



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
PSICOLOGIA - MESTRADO**



BRUNE COELHO BRANDÃO

**A PRODUÇÃO DE CORPOS TRANS E SUAS INTERSEÇÕES COM OS
PROCESSOS SAÚDE-DOENÇA: EFEITOS (IN)DESEJÁVEIS E
AUTONOMIA DOS CORPOS**

Orientadora: Juliana Perucchi

JUIZ DE FORA
2016



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
PSICOLOGIA - MESTRADO**



BRUNE COELHO BRANDÃO

**A PRODUÇÃO DE CORPOS TRANS E SUAS INTERSEÇÕES COM OS
PROCESSOS SAÚDE-DOENÇA: EFEITOS (IN)DESEJÁVEIS E
AUTONOMIA DOS CORPOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação
em Psicologia como requisito parcial à obtenção do título
de Mestra em Psicologia por Brune Coelho Brandão.

Orientadora: Juliana Perucchi

**JUIZ DE FORA
2016**

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Brandão, Brune Coelho .

A produção de corpos trans e suas interseções com os processos saúde-doença: : efeitos (in)desejáveis e autonomia dos corpos / Brune Coelho Brandão. -- 2016.

131 f.

Orientadora: Juliana Perucchi

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Instituto de Ciências Humanas. Programa de Pós Graduação em Psicologia, 2016.

1. Gênero. 2. Identidade trans. 3. Corpo. 4. Saúde. 5. Patologização. I. Perucchi, Juliana, orient. II. Título.

TERMO DE APROVAÇÃO

BRUNE COELHO BRANDÃO

Dissertação defendida e aprovada, em 04 de novembro de 2016, pela banca constituída por:

Prof. Dr. Marco Aurélio Máximo Prado
Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)

Profa. Dra. Marcella Beraldo de Oliveira
Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF)

Orientadora: Profa. Dra. Juliana Perucchi
Universidade Federal de Juiz de Fora

JUIZ DE FORA
2016

AGRADECIMENTOS

Mais uma produção acadêmica é finalizada. Mas não é apenas uma produção de conhecimento, é o meu surgimento enquanto pesquisadora no mundo acadêmico. Apesar de todas as críticas que tenho a nosso modelo científico de produção do conhecimento nos programas de pós-graduação e das minhas grandes crises acerca dessa posição, optei por esse caminho e muitas pessoas foram fundamentais para que eu pudesse de fato ocupar essa posição e receber esse título.

Primeiramente, gostaria de agradecer a uma força maior que possui vários nomes em vários contextos, mas que, independente desses nomes, no rege, no ilumina e nos surpreende com percalços e com belas surpresas durante toda a nossa trajetória. Obrigada Divindade pelo dom de existir, pensar e ser afetada pelas coisas.

À minha mãe, agradeço pelo carinho e zelo por toda a minha vida. Você não só me gerou, mas propiciou que eu pudesse ser o que sou hoje: essa mulher que acaba de se tornar mestra em psicologia. Obrigada por me ouvir, por acalantar meu choro, por me fazer perceber que não devo desistir e por sempre acreditar em mim, mesmo quando eu mesma não acreditava mais. Você é uma inspiração de vida para mim, a pessoa mais importante e que nunca me abandonou.

Ao meu pai, por sempre estar do meu lado, me respeitar muitas vezes sem me entender, mas que aos poucos me entendia cada vez mais. Obrigada pelo apoio, por suprir todas as minhas necessidades e sempre se preocupar com a segurança de sua filha – como um pai zeloso sempre o faz. E por sempre acreditar que os estudos eram o maior patrimônio que você poderia me deixar – você sempre teve razão.

À minha família, pelo apoio incondicional e orgulho pelo meu trabalho, sempre me ligando elogiando pelas minhas apresentações públicas nas mídias e nos eventos.

Em especial para a minha tia Maria Helena que, além de tia é madrinha, que sempre me apoiou mesmo passando pelo momento mais difícil da sua vida, na luta contra um câncer. Você me mostrou que os processos que passou com o corpo a fizeram ressignificar a vida – o bem mais sublime que temos – e sua força me inspirou a continuar, um exemplo de vida e superação. Mesmo passando por tudo, sabia exatamente quando eu estava mal e sempre se preocupava e rezava por mim. Obrigada pelo carinho!

À minha avó Maria José, que mesmo mal sabendo ler e escrever, sempre valorizou os estudos da sua primeira neta – a primeira também a se formar e ingressar na pós-graduação. Você me ensinou que sensibilidade e respeito vão muito além de educação formal e que a religião católica pode ser sim um instrumento de luta por direitos humanos – basta compreender o verdadeiro amor de Jesus. Me orgulho de uma senhora do contexto rural que mal estudou,

mas que entende de gênero muito mais que muitas pessoas pós-graduadas pelas universidades afora.

Às minhas tias Lúcia e Cirene que sempre ligavam ou me visitavam preocupadas comigo, com as pressões da vida universitária e sempre me incentivavam a ter fé e continuar. Obrigada pelo zelo e preocupação!

À minha tia avó Eunice por sempre nos ouvir e apoiar, por incentivar meus estudos junto a meus pais e por ter deixado que, durante um período da graduação eu pernoitasse em sua casa por alguns dias para não voltar tarde para casa. Obrigada pelo carinho, cuidado, zelo e por sempre estar por perto nas horas mais difíceis. Mesmo não tendo condições de estudar e tendo dificuldades de leitura, você é muito mais humana que muitas pessoas letradas.

Às minhas companheiras e meus companheiros do núcleo PPS, por renovarem minha esperança em um modelo de ciência mais ético, digno e comprometido, em que pesquisadores são, acima de tudo, pessoas que também sentem e se afetam com os contextos pesquisados. A troca com vocês me tornou uma pesquisadora e uma pessoa melhor.

À minha orientadora – Juliana Perucchi – pela longa trajetória de ensinamentos desde a iniciação científica. Em uma relação de tantos anos e com alguns conflitos, obrigada por me fazer trabalhar arduamente, obrigada por me deixar mais sábia, obrigada por me fazer aprender um pouco mais rápido, obrigada por deixar minha pele um pouco mais espessa e, acima de tudo, - obrigada por me fazer uma guerreira!

Em especial, à Gláucia pelo carinho e dedicação, por sempre acreditar em mim mesmo quando nem eu mesma acreditava. Você é um exemplo para mim de pessoa e de profissional. Quero ser uma psicóloga igual a você quando eu crescer!

À Natalia e ao Junior, por trabalharem comigo durante todo o grupo de apoio, pelo esforço e dedicação. O apoio de vocês foi fundamental nessa etapa da vida. Quero sempre trabalhar com pessoas como vocês.

Ao grande amigo Renan, por me mostrar que sou capaz de fazer pesquisa e ensinar – você é a prova viva disso. Sem você, esse título não faria o menor sentido. Obrigada por acreditar em mim. O trabalho com você foi muito gratificante e me impulsionou a continuar. Me orgulho de como você cresceu academicamente e, acima de tudo, se tornou um ótimo amigo. A primeira experiência desse tipo a gente nunca esquece.

À minha grande amiga Marcela, companheira de defesa, que passou por situações extremamente conturbadas nesses dois anos de mestrado e se manteve forte. Sua força e capacidade de lidar com as adversidades me inspiram. Te admiro muito, amiga!

À minha grande amiga Céu, também companheira de mestrado, mas em outro programa. Obrigada pelas trocas, por me fazer constantemente a refletir sobre aspectos teóricos, éticos e políticos da vida e por me trazer leveza, mostrando que há outros contextos de pós-

graduações diferentes – que ainda há esperança. Passar por esse momento junto a você foi essencial.

À minha grande amiga Rayssa, por ter me acompanhando desde a iniciação científica e me incentivar a continuar. Obrigada pelas conversas, pela serenidade, pelo carinho, pelas trufas recheadas e pelo cappuccino. Obrigada por me fazer continuar e não desistir do trabalho na reta final. Você foi essencial para que eu continuasse!

À minha grande amiga Didi, minha companheira de aventuras. Obrigada pelas trocas, pelo companheirismo, pelos momentos conjuntos de depressão em relação à pós-graduação e por sempre estar por perto – mesmo demonstrando afeto do seu jeito estranho e cativante.

À minha grande amiga Dani, pelo companheirismo no núcleo PPS, pela leveza, pela criticidade e comprometimento social do seu trabalho. Uma grande amiga e uma grande profissional, que me inspira e tira grandes risadas. Sua aura traz leveza.

Às minhas grandes amigas Lud, Aninha e Ju, por me acompanharem durante a graduação e por, mesmo tenho seguido caminhos um pouco diferentes (mesmo na pós) me mostraram um bem muito precioso e forte que nos une – a amizade sempre permanece! Obrigada por acreditarem em mim!

Aos grandes amigos Jessica G, Jéssica M e Luciano, companheiros desde o ensino médio. Nossos sonhos se tornaram realidade e fico muito feliz em vê-los bem, cada qual em sua área. Obrigada por acreditarem em mim e me mostrarem que a amizade perdura durante anos até a eternidade.

Ao grande amigo Michel, pelo carinho, companheirismo e por estar do meu lado durante esses dois anos. Você me ajudou a reconhecer meu valor enquanto mulher, psicóloga, professora e pesquisadora. Você me fez acreditar que sou uma mulher à frente do meu tempo, como sempre repetia. Obrigada por ouvir os meus choros e me incentivar a continuar na pós-graduação. Você me mostrou que carinho supera as circunstâncias quando há sinceridade e honestidade. Te admiro enquanto pessoa! Em especial, agradeço à sua filhinha, a Manu. Poder acompanhar esse processo de nascimento me encheu de energia e vontade de usar a psicologia para criar um mundo melhor para ela e todas as crianças que estão por vir.

Aos amigos Yohan e Maria Antônia, pelo apoio e por mostrarem como nosso trabalho de fato contribui para a vida das pessoas (e como elas sempre nos retribuem também). O carinho e experiência de vocês me trouxeram até aqui.

À amiga Bruna, pelos anos de amizade, cumplicidade e pela militância. As trocas com você foram essenciais para o meu crescimento pessoal e profissional. Admiro sua história de vida. Estamos juntas na luta, amiga!

Ao amigo Thiago, pelo contato e amizade criados ao longo do tempo. Admiro sua força e onde você chegou.

Às pessoas do grupo de apoio e militância VisiTrans pelo contato. Obrigada por tornarem meu trabalho cada vez mais gratificante. Admiro a força de todas, todos e todxs!

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela bolsa de mestrado, possibilitando a realização dessa pesquisa.

À Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), ao Ministério da Educação (MEC) e ao Programa de Pós-graduação em Psicologia (PPG-Psi) pelo apoio à pesquisa e pelas contribuições ao meu aprendizado.

Em especial, à Profa. Laísa Sartes e ao Prof. Fernando Colugnati por me ensinarem a fazer pesquisa quantitativa de um modo digno e não hierarquizado. Vocês me provaram que cada pesquisa, seja quanti ou quali, tem o seu lugar e que a eterna rixa não passa de um equívoco. Obrigada por me tornarem uma pesquisadora mais crítica.

Gostaria de agradecer também, em caráter especial e sem os quais esse trabalho não seria completo, à profa Marcella Beraldo e ao prof Marco Aurélio Máximo Prado por aceitarem compor essa humilde banca de mestrado. Obrigada pela leitura atenta do trabalho e pelas contribuições, sempre bastante pertinentes para melhoria da pesquisa realizada. Admiro ambos pelo seu relevante trabalho acadêmico, que trouxeram grande contribuição para essa singela pesquisa.

Por fim, a todos e todas aqueles e aquelas que de alguma forma contribuíram para o quer eu passasse por mais essa etapa significativa da minha vida profissional e pessoal, pois todos os ensinamentos os levarei para a vida.

RESUMO

Os estudos sobre as chamadas “transformações de gênero”, em seus primórdios, eram caracterizados por concepções que priorizavam entender as bases biológicas do gênero, vendo esse processo como algo da ordem do não-natural, com base em uma naturalização de um sexo dado pela natureza. Os primeiros estudos antropológicos eram marcados por definições anatomo-fisiológicas, que insistiam na ideia de patologização das performances trans, consideradas como distúrbios. Com o avanço dos estudos feministas, houve uma cisão entre os conceitos de sexo e gênero, possibilitando um enfoque mais voltado para a construção de realidades sociais e identitárias. Percebe-se mudanças nos estudos acerca de corpo, gênero e sexualidade, pressionando o campo de estudos do feminismo a reconhecer o caráter social e não biologizante do gênero. Com base na teoria *queer*, propõe-se romper os binarismos fixos de gênero e questiona-se o alinhamento tido com natural entre sexo-gênero-orientação do desejo como única via possível de normalidade. Em termos de assistência à saúde, estudos mostram que a organização dos serviços de saúde é voltada para uma população heterossexual, pautados em uma heteronorma que negligencia as necessidades específicas em saúde da população LGBT. Nesse sentido, travestis, transexuais, homens trans e pessoas intersexuais são negligenciadas de acesso pleno e integral à saúde pela concepção reducionista que profissionais da saúde ainda tem, com foco apenas nos processos de adoecimento, negligenciando as demandas específicas de alteração corporal de cada pessoa ou reproduzindo modelos que biologizam os gêneros dentro de um binarismo convencionalizado para definir corpos masculinos e femininos, que devem ser excludentes entre si. Assim, a presente pesquisa pretendeu compreender as relações existentes entre a construção do corpo de transexuais, trans homens e pessoas intersexuais e os possíveis impactos sob seus processos de saúde. Sua natureza é qualitativa, com um desenho exploratório. As fontes foram incluídas como informantes da pesquisa de acordo com os seguintes critérios: se reconhecer enquanto travesti, transexual ou em algum processo de trânsito de gênero; possuir mais de 18 anos; fazer uso de dispositivos na construção do seu corpo. Como forma de acesso a essa população, buscou-se realizar uma imersão a campo de inspiração etnográfica, com base na observação participante. O grupo de apoio e militante do projeto já em andamento facilitou esse trabalho, visto que a pesquisadora já trabalha no grupo enquanto facilitadora e tem uma rede de informantes em potencial. Com base nisso, selecionou-se três histórias que compoem o campo de análise dessa pesquisa: uma mulher transexual, um homem trans e um homem intersexual. Com base na metodologia de história de vida e história oral, foram realizadas entrevistas individuais que permitiram problematizar aspectos concernentes aos processos de construção corporal dessas pessoas e suas intersecções com o sistema de saúde público. A análise do material coletado foi orientada pelo método de análise do discurso, de enfoque foucaultiano, que busca constatar o lugar ocupado pelos jogos de verdade, pelas relações de poder e, sobretudo, pelas formas de relação do sujeito consigo e com os outros, na construção de um campo de experiências corporais de transexuais, trans homens e intersexuais e suas possíveis intersecções com a saúde. Percebe-se, que ainda há uma patologização de corpos que ocupam a fronteira da cisnormatividade, com base na naturalização de que há uma verdade ontológica materializada pelo binarismo sexual que irá definir o corpo e o gênero das pessoas. Toda essa concepção orienta as políticas de saúde pública acerca de pessoas transexuais e intersexuais, que tem sua autonomia cirúrgica e interventiva sobre o corpo cercada pelos dispositivos de saber-poder biomédicos, jurídicos e psicológico, que vão legitimar seus corpos e suas existências através de suas orientações.

Palavras-chave: Gênero, Indentidade Trans, Corpo, Saúde.

ABSTRACT

The Studies about the so-called "gender transformations", in its early days, were characterized by conceptions that prioritize understand the biological basis of gender. This process was view as something of unnatural order, based on a naturalization of one sex given by nature. The first anthropological studies were marked by anatomo-physiological definitions, which insisted on the idea of pathologizing trans performances, considered as disorders. With the advancement of feminist studies, there was apart between sex and gender, allowing a more focused approach to the construction of social realities and identity. Also, there is changes in the studies about body, gender, and sexuality, by pushing the field of study of feminism to recognize the social issue and not only biological issue of gender identity. Based on queer theory, they proposes to break the fixed gender binaries and to ask if the alignment made such as natural between sex-gender-orientation of desire is the only possible way of normality. In terms of health care, studies show that health services are geared toward a straight population, based on traight rules overlooking the specific necessities of LGBT population health. Thereby, travestis, transsexuals, transgender and intersex people are neglected in the full and integral access to health care by reductive conception that health professionals still have focused only in cases of illness. This conception neglect the specific demands of each person's body change also reproduce biological and binary models of gender to define male and female bodies, which must be exclusive to each other. Thus, the present research aims to understand the relationship between the construction of the body of trans men and transsexuals, intersex people, and the possible impacts on your health processes. It is a qualitative research with exploratory design. The sources were included as informants the investigation according to the following criteria: be recognized as travesti, transsexual or in any transit process; has more than 18 years; make use of dispositives in the construction of your body. For access to this population, the researcher sought to accomplish an immersion in the field by ethnographic inspiration, based on participant observation. The members of support group of the project already in progress facilitated this work, since the researcher already works in the group while enabler and has a network of informants. It has chosen three stories that even cleared the field of analysis of this research: a transsexual woman, a man trans and intersexual man. Based on the methodology of oral story and life stories, individual interviews were conducted that allowed for discussing aspects related to the construction of these body processes people and their intersections with the public health system. The analysis of the material collected was guided by the method of discourse analysis, of foucauldian approach, which seeks to see the place occupied by the true games, power relations and, above all, by the ways of the subject's relationship with yourself and with others, to build a body experiences of transgender and intersex also their possible intersections. There is still a pathologizing of bodies occupying the border of cisgender rules, based on the naturalization of a ontological truth materialized by the sexual binary differences that will define the body and the gender identity of the people. This conception directs public health policies about transgender and intersex people, surrounding the surgical autonomy theirs bodies because of the biomedical, legal and psi power that will legitimize their bodies and their existence through its guidelines.

Keywords: Gender, Transgender Identity, Body, Health.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
APA - *American Psychology Association*
Capes - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPS - Centro de Atenção Psicossocial
CTA- Centro de Testagem e Aconselhamento
CFM - Conselho Federal de Medicina
CID - Classificação Internacional de Doenças
CNS - Conselho Nacional de Saúde
CPA/UFJF - Centro de Psicologia Aplicada da Universidade Federal de Juiz de Fora
CRDH - Centro de Referência de Direitos Humanos
DSM - Manual de Diagnóstico e Estatística de Distúrbios Mentais
DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis
FAPEMIG - Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais
FTM – Female to Male
HBIQDA - *Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association*
HUPE - Hospital Universitário Pedro Ernesto
HU-UFJF - Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora
IEDE - Instituto de Endocrinologia e Diabetes
LabESHU - Laboratório de Sexualidade Humana
LGBT - Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais
Nuh - Núcleo de Direitos Humanos e Cidadania LGBT
OMS - Organização Mundial de Saúde
ONG - Organização Não-governamental
PPS - Núcleo de Pesquisas e Práticas Sociais em Políticas Públicas e Saúde
Res. - resolução
SAE - Serviço de Atenção Especializada
SUS- Sistema Único de Saúde
TIG - Transtorno de Identidade de Gênero
UAPS - Unidade de Atenção Primária em Saúde
UERJ - Universidade Estadual do Rio de Janeiro
UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais
UFPE – Universidade Federal de Pernambuco
UFRJ - Universidade Federal do Rio de Janeiro
UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina
UFU – Universidade Federal de Uberlândia

SUMÁRIO

1. Introdução: os estudos trans e sua interface com a saúde	12
2. Corpos “normais” e corpos abjetos: a (des)legitimação de corpos e performances trans na interface com a Saúde	31
3. O que os estudos de nível superior no Brasil dizem sobre as identidades trans: uma revisão bibliográfica e algumas reflexões.....	39
4. Recuperando histórias: acesso às/aos participantes	51
5. Tecendo histórias de vida: identidades trans, invisibilidade e saúde	61
5.1. O homem trans-intersexual: a invisibilidade da intersexualidade no contexto social e de saúde.....	64
5.2. A mulher transexual nas políticas de saúde: em busca da legitimação da identidade ...	80
5.3. A migração do homem trans pelo sistema público-privado da saúde: visibilidade de um novo corpo inteligível.....	99
6. À guisa de conclusão: patologização de corpos, patologização de identidades	123
7. Referências Bibliográficas	126

1. Introdução: os estudos trans¹ e sua interface com a saúde

O papel do intelectual não é mais o de se colocar "um pouco na frente ou um pouco de lado" para dizer a muda verdade de todos; é antes o de lutar contra as formas de poder exatamente onde ele é, ao mesmo tempo, o objeto e o instrumento: na ordem do saber, da "verdade", da "consciência", do discurso (Foucault, 1993, p. 42).

Os estudos sobre as chamadas “transformações de gênero”, em seus primórdios, apresentavam características de algumas posturas biologizantes e psicopatologizantes, vendo esse processo como algo da ordem do não-natural, do exótico (Benedetti, 2005). Mesmo os primeiros estudos antropológicos eram marcados por definições anatomo-fisiológicas, que insistiam na ideia de patologização das performances transexuais, consideradas como distúrbios (Leite Jr, 2012). A medicina e a preponderância da base biológica do ser humano se tornam o discurso por excelência para definir e se gerir os corpos, colocando corpos e performances desviantes à margem, como é o caso da intersexualidade (Cabral & Benzur, 2005). Desse modo, negligenciou-se dimensões culturais e simbólicas imbricadas no processo, numa postura judaico-cristã de culpabilização individual como modelo explicativo (Benedetti, 2005). Além disso, há uma crescente formulação de modelos de homogeneização estética dos corpos sexuais nas culturas ocidentais contemporâneas, generificados de maneira contínua por tecnologias institucionais desde o nascimento (Oliveira, Pinto, Pena & Costa, 2009). Isso implica dizer que, com o advento das tecnologias, os corpos se generificavam cada vez mais em função de normas binárias de gênero, que trazem integridade aos corpos no campo social (Butler, 2000). A medicina foi instaurada como um dos lugares de poder-saber acerca dos corpos e seus usos, como mecanismo de incessante vontade de saber que controla, disciplina e normatiza (Foucault, 2005).

¹ Optou-se por utilizar nesse projeto de mestrado o termo trans como um “guarda-chuva” para abarcar as experiências mulheres travestis e transexuais, de homens transexuais e de qualquer outra pessoa que se encontre em algum trânsito de gênero.

Na década de 1950, percebe-se uma produção acadêmica voltada para a especificidade do “fenômeno transexual”, buscando diferenciar as pessoas transexuais de gays, lésbicas e travestis, produzindo, assim, a categoria transexual. Esse movimento se tornou mais intenso nas décadas de 1960 e 1970, com os estudos do endocrinologista Henry Benjamin na busca pelas justificativas dessa diferença e na definição do/a “transexual de verdade”, trazendo a cirurgia como meio terapêutico da transexualidade (Bento, 2010).

Com o avanço dos estudos feministas na década de 60, houve uma cisão entre sexo e gênero, possibilitando um enfoque mais voltado para a construção de realidades sociais e identitárias. Contudo, mesmo tendo um enfoque voltado para o gênero, muitos estudos ainda adotavam uma lógica de que haveria uma base natural para o gênero, de uma essência peculiar do masculino e do feminino segundo seus próprios valores culturais, negligenciando a construção do gênero enquanto valores, práticas e significados culturais e históricos passíveis de resignificação e reinterpretação (Benedetti, 2005; Bento, 2012). No fim dessa mesma década, a Harry Benjamin Internacional Gender Dysphoria Association (HBIGDA) tratou a transexualidade como uma “disforia de gênero” (Bento, 2010), termo adotado atualmente pelo Manual de Diagnóstico e Estatística de Distúrbios Mentais em sua 5ª versão (DSM-V, 2014). Essa instituição, juntamente com os códigos internacionais de doenças (DSM e CID), tentou estabelecer critérios de definição para o diagnóstico diferencial de pessoas transexuais ainda na década de 1960, culminando na patologização e universalização das identidades trans em 1980 (Bento, 2010).

Com o advento da década de 90, percebem-se mudanças nos estudos acerca de corpo, gênero e sexualidade, com o surgimento dos chamados *Gays and Lesbians Studies*. Isso possibilitou a difusão do termo inglês *Transgendered*, trazendo um modelo explicativo com base cultural para o fenômeno, sem, contudo, fugir de representações universalistas de gênero (Benedetti, 2005). Aqui, o termo possibilita a ampliação da clássica definição de

transexualidade, com alguns apontamentos do papel da cultura na construção do gênero das pessoas, mesmo ainda universalizando suas experiências.

O feminismo também trouxe contribuições que merecem destaque para o presente trabalho. Em um primeiro momento, o feminismo visibilizou as assimetrias de poder entre os gêneros, ressaltando como homens ocupavam um *status* maior do que mulheres com base em parâmetros biológicos. Esse movimento, denominado primeira onda feminista, teve como ponto de partida a luta pelo voto feminino na Inglaterra nas últimas décadas do século XIX (Pinto, 2010). Contudo, o conceito de mulher ainda era descritivo e abstrato, devendo ser relacionado com outros marcadores sociais que atravessam os sujeitos, isto é tornar o gênero uma categoria histórica para sua problematização nas relações políticas, econômicas e sociais cotidianas (Scott, 1995; Bento 2012). Assim, surge a segunda onda feminista, problematizando o lugar invisível que mulheres lésbicas e negras ocupavam dentro do próprio movimento feminista (Lorde, 2009; Rich, 2010), isto é, problematizando que há outras formas de dominação além da clássica dominação homem-mulher (Pinto, 2010). Nessa direção, o feminismo lésbico questiona a naturalização do desejo heterossexual presente em vertentes mais clássicas do feminismo, ressaltando a heterossexualidade compulsória dentro do próprio movimento (Oliveira, Pinto, Pena & Costa, 2009), excluindo assim as mulheres lésbicas da categoria abstrata mulher (Rich, 2010). A própria ideia de interseccionalidade atravessava a categoria gênero e a articulava a outros marcadores sociais do sujeito, bem como pressionavam o campo de estudos do feminismo a reconhecer o caráter social e não biologizante da sexualidade, ou seja, a desnaturalizar e desessencializar a categoria mulher (Bento, 2012). Pensar nesse deslocamento nos possibilita incluir mulheres travestis e transexuais como sujeitos do feminismo, como mais uma nuance interseccional que chama o campo de estudos feministas a discutir pautas referentes a essas mulheres que, anteriormente, estavam excluídas dos estudos feministas mais clássicos. Como desdobramento, há ainda o

questionamento da naturalização da masculinidade, pautada também em termos essencialistas de um homem naturalmente viril e agressivo, em um movimento que colocam masculino e feminino em construções relacionais simultâneas (Bento, 2012). Podemos pensar, então, como pessoas trans podem de fato se constituir com sujeitos das problematizações feministas, e romper com alinhamento com parâmetros normativos de sexo-gênero, como é o caso também das pessoas intersexuais (Cabral & Benzur, 2005).

Nesse sentido, para além dos estudos lésbicos feministas, vale destacar a teoria *queer*, que propõe romper os binarismos fixos de gênero. O *queer* tem algumas traduções para o português: pode significar esquisito, estranho. Mas, no contexto de língua inglesa, refere-se muitas vezes a ofensas a homens e mulheres homossexuais e transexuais, assumido pelas/os estudiosas/os no sentido de se colocar contra a normatização de corpos e performances (Louro, 2001). Há o surgimento, então, de uma espécie de teoria contrassexual, na qual o sexo perde sua condição de essência (Oliveira, Pinto, Pena & Costa, 2009). As problematizações giram em torno de construções sociais do corpo através de determinadas tecnologias, haja vista que:

Os feminismos não compreendiam ainda que a natureza era o produto último da tecnologia e não o contrário; que «ser homem» e «ser mulher» consiste na permanente produção e reprodução tecnológica da sua diferença. Para mais, ao recorrerem extensivamente ao conceito de *gender* para explicar a construção assimétrica do «masculino» e do «feminino» nas nossas sociedades, os feminismos mantinham uma relação de acrítico silêncio com o «sexo», produzindo uma falsa dicotomia entre feministas essencialistas (crentes nas qualidades transformadoras da natureza feminina) e Construcionistas (incapazes de desconstruir essa irredutível «verdade» biológica do corpo) (Oliveira, Pinto, Pena & Costa, 2009, p. 18).

Assim, entender o deslocamento que o feminismo faz, permite afirmar, como o fazem alguns estudos, que “os feminismos *queer* entendem as categorias de gênero como produtos/efeitos duma ficção social heterossexista em que as categorias mulher, homem, lésbica e gay resultam duma produção fluida de discursos performativos que desestabilizam a universalização dessas mesmas categorias identitárias” (Oliveira, Pinto, Pena & Costa, 2009,

p. 23). Em sua definição de gênero, Butler (2000), filósofa feminista *queer* estadunidense, nos traz gênero como performance, como atos repetitivos e reiterativos que vão se naturalizando no corpo. O gênero deixa de ser visto sob o viés tradicional em que é um significado inscrito culturalmente em um sexo previamente dado, em uma perspectiva em que gênero está para a cultura assim como sexo está para a natureza. Suas proposições buscam problematizar esse lugar do sexo enquanto “pré-discursivo”, do gênero como a interpretação cultural desse fenômeno que é, por si só, considerado natural. Esse pensamento possibilita também se pensar acerca da própria produção discursiva do sexo enquanto categoria fundante (Butler, 2003). Em sua definição, a autora nos propõe sexo enquanto norma regulatória que traz integridade aos corpos, que determina os limites discursivos de produção dos corpos sexuados (Butler, 2000). O sexo, então, se desnaturaliza, propondo uma virada ontológica sob os sujeitos no feminismo e sob os estudos a serem desenvolvidos. Isso possibilita que a identidade feminina constituída no movimento feminista sofra um deslocamento e uma ampliação, visto que a pretensa unidade buscada no movimento feminista se baseava em parâmetros biológicos e de diferenciação sexual como critérios para a identidade feminina, em que haveria uma essência própria do que é ser mulher. Dessa maneira, mulheres travestis e transexuais se tornam objeto do feminismo bem como as pessoas que estão à fronteira das normativas imperativas do sexo e questionam através da materialidade de seus corpos a produção discursiva do sexo como naturalmente dado – as pessoas intersexuais também se tornam sujeito do feminismo (Cabral & Benzur). Essa teoria propõe a desnaturalização das categorias homem-mulher e ampliação desse binarismo (Jesus, 2013), ressaltando que a produção de identidades na contemporaneidade é mais fluída do que se cabe no binarismo de gênero (Jesus, 2015). Abrem-se, então, novas possibilidades identitárias que se tornam, contudo, porosas, atravessadas por diferentes discursos que as tornam legítimas.

Vale ressaltar, contudo, que a grande parte dos estudos sobre este tema parte do campo da antropologia, no qual foram produzidas investigações sobre mulheres travestis (Benedetti, 2005; Pelúcio, 2007; Borba & Ostermann, 2008; Jimenez & Adorno, 2009; Maia & Viso, 2010; Pelúcio, 2010; Colling & Pirajá, 2011; Almeida, 2012; Duque, 2012; Peres, 2012; Leite Jr, 2012); sobre mulheres transexuais (Bento; 2010; Bento, 2011; Bento, 2012; Bento & Pelúcio, 2012; Leite Jr, 2012), sobre homens trans (Almeida, 2012; Bento, 2012) e sobre pessoas intersexuais (Machado, 2008; Machado, 2012; Machado 2014). É a partir dos anos 2000 que se vê um forte crescimento no estudo da temática, trabalhando muitas vezes as identidades de travesti e transexual de forma conjunta nas investigações (Amaral, Silva, Cruz & Tonelli, 2014), algo que era marcadamente separado em trabalhos anteriores desde a década de 1980 (Bento, 2010). Especificamente no campo da psicologia, vê-se uma produção científica voltada muito mais para transexualidade sob um viés psicanalítico (Lionço, 2006; Arán & Murta, 2009; Arán, Zaidhaft & Murta, 2008; Arán, Murta & Lionço, 2009; Sampaio & Coelho, 2012), negligenciando-se a travestilidade e a intersexualidade. Sobre a travestilidade, há alguns textos recentes problematizando a constituição da identidade travesti (Amaral, 2012; Tonelli & Amaral, 2013). Ainda dentro da psicologia, vê-se um crescimento de produções voltadas para o acesso à saúde de pessoas travestis e transexuais, como a discussão de políticas e princípios do Sistema Único de Saúde e sua articulação com o Processo Transexualizador (Lionço, 2008a; Lionço 2008b; Lionço, 2009; Perucchi, Brandão, Berto, Rodrigues & Silva, 2014; Perucchi, Brandão & Silva, 2015), além de produções em interface com a Educação, problematizando a inserção de professoras travestis e transexuais no contexto escolar (Prado & Torres, 2014).

Além disso, há o fato da população travesti e transexual no Brasil não ser contabilizada oficialmente pelo governo, através de dados sociodemográficos. Isso faz com que se mantenha o desconhecimento a respeito dessa população, inviabilizando a elaboração

de políticas públicas eficientes e relegando-as a uma situação de vulnerabilidade social, com poucos recursos para lutar por seus direitos de cidadãs e cidadãos.

Em termos de assistência à saúde, estudos mostram que os serviços de saúde são organizados voltados para uma população heterossexual, pautados em uma heteronorma que negligencia as necessidades específicas em saúde da população LGBT (Cerqueira-Santos *et al*, 2010; Borges & Souza, 2012; Mello *et al*, 2011; Perucchi, Brandão, Berto, Rodrigues & Silva, 2014; Perucchi, Brandão & Silva, 2015). Mais que isso, o campo da saúde busca trabalhar com o conceito ampliado de saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS) que considera a saúde não só como ausência de doenças e enfermidades, mas como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, tendo em vista que o processo de viver com ou sem saúde não se reduz, portanto, a uma evidência orgânica, natural e objetiva e nem como um estado de equilíbrio, mas está intimamente relacionada às características de cada contexto sociocultural e aos significados que cada indivíduo atribui ao seu processo de viver (Dalmolin *et al*, 2011). Percebe-se ainda que muitas cidades, a exemplo desta na qual se realizou a presente pesquisa, não possuem atendimentos voltados para as demandas de alteração corporal de pessoas travestis e transexuais, como atendimento endocrinológico na atenção primária, bem como há um desrespeito ao uso do nome social e à identidade de gênero, garantido pela portaria 1820 do Ministério da Saúde (2009), nos espaços de saúde pública que atendem a população em geral (Cerqueira-Santos *et al*, 2010; Perucchi; Brandão; Berto; Rodrigues & Silva, 2014; Perucchi; Brandão & Silva, 2015). A população trans acaba por não receber atendimento humanizado e frequentemente não buscam atendimento nas instituições de saúde pública, seja para demandas específicas da saúde trans ou outras demandas no campo da saúde, visto que seus direitos básicos de cidadãs/ãos são desrespeitados ao passo que não possuem um atendimento humanizado e acolhedor, atravessado por preconceitos (Cerqueira-Santos *et al*, 2010; Mello *et al*, 2011). Além disso, a revisão bibliográfica de

Amaral, Silva, Cruz e Tonelli (2014) nos mostram que grande parte da produção de dados em saúde sobre travestis ocorre no âmbito de serviços de DST/Aids, como o trabalho de Cerqueira- Santos e colaboradores (2012), ao passo que a produção acerca de homens e mulheres transexuais fica restrita ao atendimento no processo transexualizador (Arán, Zaidhaft, & Murta, 2008; Arán & Murta, 2009; Arán, Murta & Lionço, 2009; Bento, 2010; Bento & Pelúcio, 2012; Teixeira, 2012).

Nesse sentido, travestis, transexuais e trans homens são negligenciados/as de acesso pleno e integral à saúde, seja pela falta de conhecimento dos/as profissionais em como lidar com as complicações decorrentes do uso de silicone industrial ou o uso excessivo de hormônios (Borges & Souza, 2012) ou pela concepção reducionista que profissionais da saúde ainda têm, com foco apenas nos processos de adoecimento (Dalmolin *et al*, 2011; Lionço, 2008). Percebe-se uma dificuldade no acesso à saúde e uma invisibilidade da questão do gênero (Cerqueira-Santos *et al*, 2010; Perucchi; Brandão; Berto; Rodrigues & Silva, 2014; Perucchi; Brandão & Silva, 2015), no sentido de que as especificidades da população LGBT deveriam ser garantidas via o princípio da equidade, que se propõe a garantir um atendimento igualitário levando em consideração as especificidades de cada segmento da população (Ministério da Saúde, 1990). Trabalha-se com uma visão de que há diferentes determinantes sociais do processo de saúde, atravessados pelas diferentes produções sócio-históricas que atravessam os sujeitos, os colocando em situação de desigualdade social no acesso à saúde (Lionço, 2008a). A equidade seria, portanto, a via de garantir a universalidade do serviço a populações marginalizadas e que tem seus direitos muitas vezes negligenciados, bem como trazer um olhar integral para as pessoas atendidas, não as reduzindo. Para tal, há documentos acerca das especificidades do atendimento a pessoas trans, como o Brasil sem Homofobia (2004) e a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (2010). Tais documentos orientam o quanto a discriminação e a exclusão afetam

a saúde da população LGBT, porém, no que concerne a pessoas trans, focam apenas no processo transexualizador, como raros apontamentos a crises de depressão e ansiedade em travestis (Brasil, 2010). Apesar do montante de documentos no campo da saúde referenciando as políticas públicas para as pessoas LGBT a partir do documento Brasil Sem Homofobia, há uma lacuna na implementação desses aspectos a fim de buscar a integralidade no serviço (Mello *et al*, 2011). A questão da saúde de pessoas trans no âmbito da saúde pública acaba sendo restrita ao serviço especializado do Processo Transexualizador, mais uma vez ferindo o acesso universal e integral (Lionço, 2008a). Nesse sentido, é preciso pensar ações que contemplem as necessidades em saúde de pessoas trans para além dos serviços de HIV/Aids e o processo transexualizador (Mello *et al*, 2011).

O processo transexualizador no Brasil foi instaurado através da portaria 1.707 (Ministério da Saúde, 2008), responsável por regulamentar, a nível nacional, serviços de saúde que englobam cirurgia, assistência e cuidados a pessoas transexuais (Melo *et al.*, 2011), negligenciando, contudo, outras experiências de gênero (Lionço, 2009). Em um primeiro momento, travestis e trans homens foram negligenciados dessa demanda, que não aponta para um cuidado integral, mas sim aponta apenas para ações necessárias para o trânsito da vivência de gênero e readequação corporal (Lionço, 2009). Mesmo tendo instaurado o processo transexualizador no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS percebe-se que esse acesso foi conquistado via patologização das identidades trans, forjando um campo enunciativo de cura e normatização das várias experiências de gênero (Bento, 2010; Bento & Pelúcio, 2012). Muitos trabalhos (Arán, Murta & Lionço, 2009; Almeida, 2012; Bento & Pelúcio, 2012; Leite Jr, 2012; Teixeira, 2012) questionam a perspectiva reducionista focada na “correção” da genitália para alinhá-la ao gênero manifestado, negligenciando as demandas corporais mais complexas inerentes ao processo transexualizador que invisibilizam pessoas trans que não almejam a cirurgia de transgenitalização, fato que ocorre com bastante frequência com as

travestis. Os protocolos reproduzem modelos universais e ahistóricos de gênero, cada vez mais reproduzindo um modelo biomédico de enquadramento das pessoas trans (Bento, 2010), fato que determina que, para se ter acesso ao sistema de saúde, toda pessoa trans deve seguir à risca os critérios artificiais de testabilidade que produzem a/o verdadeira/o transexual, condição que exige a presença de desconforto da genitália como forma primordial de legitimação biomédica e psiquiátrica da identidade (Arán, Zaidhaft, & Murta, 2008; Arán & Murta, 2009; Arán, Murta & Lionço, 2009; Almeida, 2012; Bento & Pelúcio, 2012). É uma identidade materializada através de um laudo médico que abre portas no campo dos serviços de saúde do processo transexualizador, excluindo quem não se encaixa nesses protocolos cristalizantes. Esse modelo na verdade não garante direitos em saúde de fato (Bento & Pelúcio, 2012), ferindo a universalidade – acesso a todas/os ao serviço, já que parte da população T não vê contemplada em suas demandas nessa política – e a integralidade – visto que as pessoas trans são vistas de modo reduzido a uma psicopatologia, que possui como recurso “terapêutico” a cirurgia de transgenitalização (Bento, 2010). A portaria nº 2.803, de 19 de novembro de 2013 (Ministério da Saúde, 2013), revogou a de 2008, redefinindo e ampliando o processo transexualizador e se propondo a estar consoante a essas reivindicações, como de fato acontece com a construção do processo: marcada por avanços e impasses (Lionço, 2009).

O universo trans, que engloba travestis e transexuais, é pautado em termos de (auto) identificações (Benedetti, 2005). Considerando as aproximações entre essas duas categorias identitárias, pode-se afirmar que ambas as identidades (travesti e transexual) buscam promover modificações em seus corpos visando deixá-lo mais próximo possível do considerado gênero feminino, vestindo-se e performando-se como tal. Contudo, segundo alguns estudos realizados na área (Benedetti, 2005; Gimenez & Adorno, 2009), o que marca uma cisão entre a identidade travesti e a identidade transexual é o fato dessa última necessitar

da cirurgia de transgenitalização para a sua transformação, algo que não ocorre com as travestis, de acordo com os critérios nosológicos do biopoder sobre os corpos. Em alguns casos, o feminino travesti é distinto do feminino das mulheres não-transexuais e transexuais (Colling & Pirajá, 2011). Mesmo que procurem pelo *status* de feminilidade, as travestis “não querem abrir mão de alguns bens simbólicos que julgam próprios da masculinidade, tais como independência, autonomia, força física, racionalidade, entre outros” (Pelúcio, 2004, p. 133). Padrão este que coloca a travesti em uma posição de abjeção ainda maior que a transexual, visto que ela não busca a total anulação ou alteração das características consideradas femininas, vivendo na fronteira do gênero, no espaço poroso do masculino e feminino hegemônicos (Maia & Viso, 2010, Colling & Pirajá, 2011; Gimenez & Adorno, 2009). Jesus (2012) destaca que a travesti muitas vezes se reconhece no feminino, mas busca para si o *status* de um terceiro gênero, reivindicando a identidade travesti, ressaltando que não é procedimento cirúrgico que determina a diferenciação, mas as relações das pessoas com o seu processo de constituição de gênero. Percebe-se que a categoria travesti deve ser então encarada consoante à sua relação com classe, etnia e sexo, visto que tal categoria muitas vezes é associada à prostituição, às meninas de camadas mais pobres e que migram para as grandes cidades (Gimenez & Adorno, 2009) ao passo que a classificação transexual está vinculada a sua institucionalização nos dispositivos médicos como campo de saber-poder legítimo para nomear esses corpos e atuar sobre esses – a categoria se torna uma psicopatologia na década de 1980 (Bento, 2010). Vale destacar a fragilidade que acompanha a cisão entre essas duas categorias (Amaral, Silva, Cruz & Tonelli, 2014). Embora haja tais definições como norteadoras de trabalhos acadêmicos acerca do mundo trans, vale ressaltar que tais identidades muitas vezes se misturam, se borram, se imbricam de acordo com a realidade social encontrada, pois como aponta Butler:

O “eu” é o ponto de transferência daquela repetição, mas simplesmente não é uma asserção forte o suficiente para dizer que o “eu” é situado; o “eu”, esse “eu”, é

constituído por essas posições e essas “posições” não são meros produtos teóricos, mas princípios organizadores totalmente embutidos de práticas materiais e arranjos institucionais, aquelas matrizes de poder e discurso que me produzem como um “sujeito” viável (Butler, 1998, p.18).

Desse modo, há vários modos de nomeação identitária. O plano da cultura geralmente é a forma como as pessoas assumem diferentes posicionamentos identitários no campo social. Vale ressaltar que as identidades assumidas estão intimamente relacionadas com espaços de sociabilidade, origem social e capital cultural, além de aspectos concernentes à história de vida e singularidade de cada sujeito. O que se destaca nessa presente pesquisa é a forma como os discursos ditos científicos atravessam as invenções das categorias travesti e transexual (Leite Jr, 2011), apontando para uma leitura mais contextual e da produção historizada dessa diferença desde os primeiros estudos médicos acerca da dita transexualidade (Bento, 2010).

Nesse aspecto, por possuírem diferentes discursos de poder-saber nomeando e legitimando seus corpos e experiências, e por estarem atravessadas por diferentes marcadores sociais para além da produção da feminilidade, como classe, raça, geração e território, as mulheres travestis foram forjadas historicamente com categorias identitárias colocadas mais à margem dentro do universo feminino trans, muitas vezes com base em parâmetros essencialistas que vinculam uma genitália, mesmo produzida pela intervenção médico-cirúrgica, ou o desejo expresso e persistente de obtê-la como um diferencial que acaba por hierarquizar experiências e universalizá-las. Tendo em vista essa produção no decorrer dos anos, faz-se necessário pensar a diversidade dentro da própria experiência de trânsito de gênero (Bento, 2010; Leite Jr, 2011; Jesus, 2012).

Por outro lado, há as experiências daquelas pessoas que migram de corpos designados como pertencentes ao gênero feminino para o masculino. Em relação ao que ocorre com as meninas travestis e transexuais, essa diferença de categoria não é tão marcada assim, visto que as identidades trans se pautam na autoidentificação (Benedetti, 2005). Se, para elas, a

principal diferença forjada pelos dispositivos biomédicos é a definição da transexual ter a necessidade da cirurgia de transgenitalização, ao passo que a travesti geralmente se sente confortável com o órgão genital, essa cisão não existe para o campo discursivo de nomeação dos homens transexuais. Independente de quererem mudar o órgão genital ou não, se reconhecem como homens trans. Isso mostra que essa classificação é arbitrária e as identidades são muito mais fluídas e porosas que as categorias criadas e que as intervenções cirúrgicas voltadas à redesignação dos órgãos genitais são apenas um dos muitos elementos inerentes a esse complexo processo. No caso das mulheres travestis e transexuais, aponta-se para uma constante medicalização das identidades como forma de torná-las legítimas no campo social, implicando na hierarquização de que se assumir transexual é mais aceito do que se assumir travesti (Leite Jr, 2011). A produção de identidade ainda é vista sob o viés de pertença a grupos sociais, trazendo o recorte de como a sociabilidade atravessa o autoconceito e os sentidos valorativos que as pessoas atribuem ao se nomearem em uma identidade social (Silva & Cerqueira-Santos, 2014). Dessa forma, a imbricação das identidades travesti e transexual são atravessadas por diferentes discursividades que as produzem enquanto identidades sociais, vinculadas a contingências sócio-históricas, econômicas, culturais, bem como a contextos mais micro, a saber o grupo social e de suporte ao qual atribuem sentido valorativo de pertença.

Assim, optou-se por utilizar o termo homens trans para se referir às experiências da transexualidade masculina em termos gerais, consoante com a proposta de Almeida (2012, p. 513) que considera “como equivalentes as categorias empíricas homem transexual, homem trans, transhomem, *transman*, FTM²” ou “transexual masculino”, haja vista a escassez de estudos sobre tal identidade, bem como a falta de políticas públicas destinadas a eles (Bento, 2012). Dentro dessa categoria, há aqueles homens trans que não fazem uso de cirurgia nem

² Sigla em inglês utilizada tanto por próprios transexuais quanto na literatura médica para designar o que Almeida (2012) e o referido projeto de qualificação nomeiam como ‘homem trans’. Em tradução literal, ‘*female-to-male*’ significa ‘feminino para masculino’.

ingestão hormonal, utilizando-se de recursos culturais que deixam o corpo mais próximo do chamado masculino, como roupas, sapatos, cortes de cabelo e atividades laborais convencionadas como masculinas. Há também os que jogam com a fluidez de gênero através de performances públicas, ingerindo testosterona, mas não buscando a mastectomia ou outros procedimentos cirúrgicos. Por fim, existem aqueles homens que se utilizam de hormônios, cirurgias e todos os aparatos sociais designados como masculinos para suas alterações corporais (Almeida, 2012).

Porém, homens trans estão excluídos das portarias de saúde que normatizam o processo transexualizador no Brasil, haja vista que a neofaloplastia (procedimento cirúrgico de construção do pênis), a histerectomia (retirada de útero e ovários) e a mastectomia (retirada das glândulas mamárias) são consideradas experimentais, mesmo já sendo realizada há algum tempo por mulheres (Bento, 2012). Assim, percebe-se que a experiência trans masculina, longe de ser universal e marca por um modelo social de homem hegemônico, é atravessada por modelos de masculinidade alternativos (Bento, 2012; Connell & Messerschmidt, 2013).

O conceito de corpo de que se busca trabalhar, longe de ser uma matéria orgânica dada pela natureza, é que este é uma produção cultural, um produto de uma série de discursividades (Butler, 2000). Dentro dessa perspectiva, todo corpo é, além de um modo do sujeito se relacionar com seu entorno social e transmitir significados sobre si mesmo, uma constante construção do sujeito, produzida pela cultura. Dentro dessa perspectiva, “a corporificação do sujeito não deve ser entendida somente como uma categoria biológica nem como uma categoria sociológica, mas como um ponto de superposição entre o físico, o subjetivo e o sócio-histórico, repudiando radicalmente o essencialismo” (Peres, 2012, p. 544).

A construção do corpo de travestis, transexuais e homens trans é realizada por uma série de procedimentos, dentre os quais se pode destacar o uso de próteses (físicas, tais como

o silicone cirúrgico e a prótese peniana – os popularmente chamados *packers*³ -, e injetáveis, como o silicone industrial), procedimentos cirúrgicos (como a retirada de glândulas mamárias e/ou do útero; cirurgia de transgenitalização) o uso de hormônios (geralmente com dois objetivos no caso das mulheres trans: primeiramente, diminuir o nível de testosterona no corpo e, posteriormente, aumentar o nível de estrogênio, contrabalanceando taxas hormonais; ou apenas o uso de testosterona, no caso de trans homens), a maquiagem e montagem⁴ (roupas, acessórios e performance femininas ou masculinas) e o uso de atores não-humanos⁵ e tecnologias (depilação, o fazer as unhas, o fazer o cabelo, etc., no caso de mulheres trans, e o uso do faixas torácicas/*binders*⁶ ou camisetas largas para esconder os seios, etc., no casos dos homens trans). É interessante pensar essa construção do corpo como marcações que almejam coerência cultural, visto que a dor experimentada nas sessões de aplicação de silicone líquido, as náuseas provocadas pela ingestão de hormônios em grande quantidade, assim como as diárias intervenções corporais, fazem parte do “cuidar-se”, valor moral caro principalmente às travestis. Só assim elas se tornarão “belíssimas”, classificação estético-moral que aponta para um conjunto de cuidados que dedicam ao corpo e, assim, à construção da Pessoa (Pelúcio,

³ *Packers* é um termo de língua inglesa utilizado para denominar, em sites de venda voltados para homens trans, as próteses penianas que tem função de dar volume, ficar ereta e permitir a relação sexual e, ainda, permitir urinar em pé.

⁴ “A montagem ou montagem resulta do ato de vestir-se com roupas de mulher e implica em um processo de manipulação e construção de uma apresentação que seja suficientemente convincente, sob o ponto de vista das travestis, de sua qualidade feminina” (Benedetti, 2005, p. 67).

⁵ O conceito de atores não-humanos faz parte da Teoria Ator-Rede (TAR), desenvolvida por Bruno Latour (2005). Essa perspectiva teórica redefine a noção de social, buscando uma não-dicotomização entre natural e social, bem como propondo a noção de atores humanos e não-humanos, incluindo esses últimos na análise do social. O social, desse modo, é compreendido através de associações entre elementos heterogêneos que compõe uma rede de relações. A sociedade não representa aqui um contexto no qual as coisas são enquadradas, mas deve ser lida como um dos inúmeros elementos que se conectam, circulando dentro de pequenos condutores, elementos estes que promovem a junção de elementos heterogêneos. O coletivo seria um termo mais apropriado para designação desse campo social. Essa definição é traduzida nas relações que as pessoas estabelecem na coletividade com a materialidade em suas práticas cotidianas. A proposição do autor é que o pesquisador não se deve atentar apenas para os atores humanos de seu campo de pesquisa, mas também para os movimentos e as agências dos atores não-humanos. De modo sucinto, os atores não-humanos representam então aqueles artefatos que não refletem apenas objetos intermediários entre a ação humana, mas que tem valor mediador e agenciador dessa materialidade dinâmica – propondo seu caráter transformador.

⁶ *Binder* é o termo de língua inglesa utilizado popularmente pelos homens trans e em sites de venda voltados para eles com o intuito de nomear as faixas torácicas produzidas para esconder os seios geralmente de modo a ficarem menos volumosos, mais masculinos e de forma que não prejudique a coluna vertebral.

2007). O projeto busca considerar todos esses procedimentos como dispositivos, definidos por Foucault como:

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 esses elementos (Foucault, 2005, p. 244).

Desse modo, trabalha-se com o pressuposto de sujeitos como em constante construção, em um processo, em um fluxo marcado por contingências concretas, situadas e que são regidas por políticas de localização não-fixas nem cristalizadas em identidades definitivas e finalizadas. São transitoriedades do eu, atravessadas por valores e significados temporais e espaciais utilizados para dar sentido às experiências vividas (Peres, 2012).

Por isso, a decisão pelo uso do termo trans neste trabalho, com vistas a ampliar a discussão para além da transexualidade institucionalizada pelos dispositivos médicos e legitimada como única experiência universal legítima, pela via da patologização e da produção da medicina sobre sua identidade (Bento, 2010). O termo transgênero é muito utilizado para tal sentido, o de ampliação da transexualidade e deslocamento de uma postura genitalizante para a complexidade do processo. Trans aqui, conforme visto anteriormente, representa experiências para além dos clássicos estudos aqui denotados, sendo sinônimo de transgeneridade. Isso implica dizer que o termo visa abarcar as experiências mulheres travestis e transexuais, de homens transexuais e de qualquer outra pessoa que se encontre em algum trânsito de gênero, independente de sua configuração corporal estar inscrita em uma matriz binária e excludente pênis-vagina. A proposta é ampliar a noção é pensar todos os corpos e performances que estejam em posições convencionadas como monstruosas (Leite Jr, 2012) pela produção discursiva dos jogos de saber-poder científicos na contemporaneidade, conforme o breve histórico aqui torna visível. As pessoas não-trans, então, passam a ser nomeadas como cisgênero. Mesmo não havendo consenso do uso do termo transgênero no

Brasil, há um uso marcado como equivalente a não-cisgênero (Jesus, 2012; Jesus 2013). Questiona-se o lugar de privilégio que uma identidade cisgênera possibilita, colocando essas pessoas em uma posição naturalizada como o normal. Mas o que seria cisgênero? Conforme Guia técnico sobre pessoas transexuais, travestis e demais transgêneros, para formadores de opinião (Jesus, 2012), cisgênero ou vulgo cis, como popularmente o termo ficou conhecido em meios acadêmicos e militantes, é uma pessoa que “se identifica com o gênero que lhe foi atribuído quando ao nascimento” (Jesus, 2012, p.10). A cisgenridade pode ser vista, então, como um alinhamento convencionado compulsório entre o gênero autodefinido pela pessoa com a configuração corporal designada pela sociedade como sendo a única possível alinhada a esse gênero, dentro de uma matriz binária corporal. Desse modo, uma pessoa que nasce com pênis e se autoidentifica como homem, bem como uma pessoa que nasce com vagina e se autoidentifica como mulher, são consideradas dentro de um alinhamento dito como natural, não problematizando o seu próprio processo de construção do gênero e seu lugar de privilégio na manutenção das identidades trans como patológicas. A cisgeneridade seria também “as identidades ou expressões de gênero legitimadas pelas normas cisgêneras dominantes” (V., 2014, p. 5). Assim, qualquer corpo que fuja a essa normativa se encaixa no guarda-chuva trans, nesse constante trânsito que busca romper com normativas binárias de alinhamento entre sexo e gênero (Butler, 2003; Jesus, 2015). Nomear a cisgeneridade seria, então, uma estratégia de desnaturalizar sua existência enquanto gênero normal e natural, tornando-a apenas mais um modo de interpretação do gênero e não como uma norma regulatória que seve de parâmetro para colonizar e subjugar as identidades trans (ou não-cis) a uma posição exótica ou patológica (V., 2014). Essas tensões são produzidas por um movimento incipiente denominado transfeminismo que questiona como uma produção de identidade de gênero é naturalizada como um processo da ordem do cotidiano e como uma identidade de gênero trans

é vista como da ordem do patológico, do não-natural (Jesus, 2012; Jesus, 2013; Jesus, 2015; V., 2015).

Encarando então que não se trabalha com uma perspectiva de sujeito dado, mas que este está em constante construção, atravessado por discursos morais, científicos e tecnológicos, há de se problematizar a questão da liberdade sobre o corpo. Considerando que pessoas trans têm suas vivências patologizadas em um rígido sistema binário que estabelece uma relação de dependência e consonância *a priori* entre sexo, gênero e desejo (Arán, Zaidhaft, & Murta, 2008; Arán & Murta, 2009; Arán, Murta & Lionço, 2009; Bento, 2011; Almeida, 2012; Bento, 2012; Bento & Pelúcio, 2012; Duque, 2012; Peres, 2012; Sampaio & Coelho, 2012; Jesus, 2015); e considerando também que para estas pessoas terem acesso a procedimentos de alteração corporal nos serviços de saúde foi necessária a psiquiatrização das suas experiências trans (Arán, Zaidhaft, & Murta, 2008; Arán & Murta, 2009; Arán, Murta & Lionço, 2009; Almeida, 2012; Bento & Pelúcio, 2012; Leite Jr, 2012; Teixeira, 2012), então, como pensar a liberdade dessas pessoas no espaços médicos e científicos de sujeição? Como transformar um corpo docilizado por normas de gênero naturalizadas a configurações biológicas em processos que envolvem saberes e práticas de diferentes ciências e, portanto, diferentes estratégias de saber/poder, em processos de autonomia sobre seu próprio corpo?

Trazendo reflexões acerca da perspectiva foucauldiana acerca da liberdade, percebemos que a liberdade se faz presente no constante cuidado de si, no sentido de que o sujeito pode se (re)construir pelas artes das suas experiências, de seus inventos. Essa liberdade não seria, contudo, integral, mas sim, micro espaços de resistência nos quais as relações de poder de dominação e sujeição do sujeito sofrem oposição; seriam, portanto, espaços de resistência às sujeições que os diversos saberes submetem pessoas (Filho, 2008).

Assim, as experiências trans são trazidas para a integridade de concepções universalizantes, que negligenciam as especificidades de cada caso, de cada (re)invenção do

gênero passível de se vivenciar (Bento; 2011; Colling & Pirajá, 2011; Bento, 2012; Bento & Pelúcio, 2012; Almeida, 2012; Duque, 2012; Leite Jr, 2012; Peres, 2012). Dessa maneira, constata-se as imposições da heteronormatividade, compreendida como “a legitimação do modelo heterossexual como norma regulatória das relações sexuais e de gênero na sociedade ocidental contemporânea, que se torna uma imposição ao invés de ser uma entre tantas formas de viver a sexualidade” (Colling & Pirajá, 2011, p. 513). Torna-se imperativo, então, historicizar tais experiências, considerar as diferentes posições de sujeição e as possibilidades de que, mesmo que não seja integralmente, essas experiências podem construir formas de liberdade que possibilitem o exercício livre e autônomo sobre o corpo, isto é, que pessoas trans possam determinar quais procedimentos mais lhes satisfazem, dentro de uma concepção mais ampliada de gênero e de saúde física e mental. Seria, portanto, a liberdade sob o processo do sujeito de determinar sua própria vida, em um exercício de constante litígio; em um exercício agonístico de si, nas possibilidades de sua existência (Filho, 2008).

Enfim, todos esses procedimentos elucidados em parágrafos anteriores possuem impactos sob a saúde de pessoas trans, impactos esses que podem ser divididos em dois grandes grupos: os desejáveis e os indesejáveis. Impactos desejáveis são aqueles desejados pelas travestis, transexuais e homens trans, tais como modelação do corpo dentro de uma estética feminina ou masculina, e os indesejáveis, pelo contrário, dizem respeito àquelas consequências que não são programadas e/ou desejadas a acontecer, como complicações na saúde e óbito. Assim, o presente projeto de pesquisa pretende compreender as relações existentes entre a construção do corpo de travestis, transexuais e homens trans e os possíveis impactos sob seus processos de saúde, problematizando como o corpo trans é enunciado e produzido enquanto materialidade inteligível nos jogos discursivos de verdade atravessados pelos lugares de saber-poder da medicina, psiquiatria e da psicologia.

2. Corpos “normais” e corpos abjetos: a (des)legitimação de corpos e performances trans na interface com a Saúde

Não há distúrbio patológico em si, o anormal só pode ser apreciado em uma relação.
(Canguilhem, 2009, p.74)

A temática do corpo tem sido alvo de investigação pela ciência. Sua interseção com a cultura torna-se inevitável à medida que contemporaneamente há uma série de procedimentos voltados para modificações corporais. Contudo, vale ressaltar que:

No final do século XX, neste nosso tempo, um tempo mítico, somos todos quimeras, híbridos – teóricos e fabricados – de máquina e organismo; somos, em suma, ciborgues. O ciborgue é nossa ontologia; ele determina nossa política. O ciborgue é uma imagem condensada tanto da imaginação quanto da realidade material: esses dois centros, conjugados, estruturam qualquer possibilidade de transformação histórica (Haraway, 2009, p37).

Pensar o corpo enquanto uma construção social, atravessado por discursividades que o tornam material, é uma maneira de problematizar a concepção de natureza dada e como os processos psicossociais dos sujeitos possuem efeito de poder sob seus modos de subjetivação e construção de corpos que foram considerados dados *a priori* por uma natureza. O que a autora aponta é que é necessário ir além de uma perspectiva ingênua de que certos corpos são modificados e outros não, visto que a própria noção de natureza deve ser questionada, refletindo acerca de que muitas vezes o natural é visto como o sem valor, o pré-cultural, superfície sobre a qual se inscrevem os valores da cultura (Butler, 2000). Porém, a própria noção de natural é efeito de uma série de discursividades que produzem uma lógica de integibilidade dos corpos, essa noção não está isenta do nosso conjunto de valores produzidos sócio-historicamente. Todo corpo é, então, além de um modo do sujeito se relacionar com seu entorno social e transmitir significados sobre si mesmo, uma constante construção do sujeito, produzido e normatizado pela cultura. O corpo deve ser pensado não mais como uma forma passiva de inscrição de significados culturais, mas como uma construção em si, normatizado pelas marcas do gênero enquanto categoria estruturante da lógica de corpos masculinos e

corpos femininos, de modo que se torna impossível pensar a existência de corpos significáveis sem a marca anterior do gênero (Butler, 2003).

Nesse sentido, cabe pensar aqui acerca da noção de gênero enquanto performance, sendo essa regida pela reiteração de normas regulatórias, isto é, “como a prática reiterativa e citacional pela qual o discurso produz os efeitos que ele nomeia” (Butler, 2000, p.151). O conceito de performatividade é tomado emprestado do campo da linguística, ressaltando uma relação diferente entre linguagem e corpo: a linguagem não apenas descreve corpos, mas, no instante que os nomeamos, ela produz de fato tais corpos e sujeitos. Esse processo de produção é limitado e constringido em processos de construção de verdade em que as normas regulatórias de gênero determinam as possibilidades de existência dos corpos, como estes de fato podem se materializar (Louro, 2001). As performances, portanto, são as materializações repetidas a todo o momento que se tornam, doravante, naturalizadas e cristalizadas nos sujeitos, limitando seu gênero e produzindo significado e expressão à matéria, mais que isso, a produzindo enquanto categoria inteligível no contexto social.

Cabe ainda pensar nesse aspecto sob a noção de abjeção, que é uma posição daqueles corpos que escapam, que de modo paradoxal são forjados pela própria norma que os excluem (Louro, 2001). De acordo com Butler, em entrevista a concedida a Prins e Meijer (2002), posições abjeto são ocupadas por aqueles corpos que não importam. Sob um argumento epistemológico, são corpos que não são inteligíveis e, sob um argumento político e normativo, não têm uma existência legítima. São aqueles corpos que habitam zonas inóspitas, que não importam, pois fogem das normas de integridade estabelecidas pelas normativas sócio e historicamente convencionadas. Mas ao mesmo tempo são necessários para estabelecer o limite e a fronteira, é o exterior dos corpos que materializam a norma (Louro, 2001) – os corpos que efetivamente importam. Ao ocupar esse lugar, a abjeção coloca corpos em uma posição inferior, de subcidadania, podendo ser a todo o momento violados.

Seguindo por essa perspectiva, as experiências dos corpos, inclusive de seus processos de produção, podem ser problematizadas a partir da perspectiva conceitual da historiadora Joan Scott, que recusa a separação entre experiência e linguagem, à medida que insiste na qualidade produtiva do discurso. Não se busca decifrar a experiência sob o nosso conjunto de valores, mas, pelo contrário, trabalha-se com uma experiência historicizada, uma vez que:

A experiência, de acordo com essa definição, torna-se, não a origem de nossa explicação, não a evidência autorizada (porque vista ou sentida) que fundamenta o conhecimento, mas sim aquilo que buscamos explicar, aquilo sobre o qual se produz conhecimento. Pensar a experiência dessa forma é historicizá-la, assim como as identidades que ela produz (...) historicização que implica uma análise crítica de todas as categorias explicativas que normalmente não são questionadas, incluindo a categoria “experiência” (Scott, 1999, p.28).

Cabe aqui trazer a proposta de Georges Canguilhem (2009), em seu livro *O Normal e o Patológico*. Em sua obra, o autor francês busca desconstruir a ideia de que há uma definição universal de normal e, para além disso, que tudo o que foge dessa normalidade não deve estar necessariamente vinculado ao conceito de patológico. Através de discussões com filósofos e fisiologistas, Canguilhem (2009) tensiona como as atribuições de eventos normais e patológicos passam pela via interpretativa da linguagem e pelo valor atribuído aos fenômenos. Trazendo para nosso alvo de investigação e consoante com a proposta de Scott (1999), a própria noção de corpo deve ser historicizada e compreendida a partir de sua relação com as experiências do sujeito, ou seja, sua relação com o meio que o envolve. Assim, pode-se dizer que, ao trazer os estudos apontados por Canguilhem sobre índices fisiológicos do corpo, pode-se “considerar os valores médios das constantes fisiológicas humanas como a expressão de normas coletivas de vida seria apenas dizer que a espécie humana, inventando gêneros de vida, inventa, ao mesmo tempo, modos de ser fisiológicos” (Canguilhem, 2009, p. 68). Considera-se, pois a plasticidade corporal e como os estilos de vida tensionam formas de corpo, atravessados por padrões normativos de gênero, para focar no tema de análise desta pesquisa. Portanto, cabe problematizar como a diferença entre corpos ditos masculinos e femininos mantinham silêncio acrítico em relação ao conceito de sexo e negligenciavam a

produção e reprodução constante e tecnológica da sua diferença. O gênero e suas categorias devem ser pensados como efeitos de uma ficção social que desestabilizam a suposta universalização das identidades (Oliveira, Pinto, Pena & Costa, 2009).

Considerando o corpo humano então como produto de uma atividade cultural, a constância de certos traços, revelados por uma média, depende da fidelidade a certas normas de vida, sejam essas de forma consciente ou não. Mais do que uma normatividade vital, a frequência estatística traduz também uma normatividade social (Canguilhem, 2009). Transpondo essa hipótese do autor para a questão das normas de gênero, a frequência estatística de certos corpos, de modos de agir, de pensar e de sentir que acabam sendo divididas em “ser homem” e “ser mulher” nada mais representam uma normatividade social explicadas por um aparato de diferenças biológicas. Assim, problematizando o binômio sexo-gênero e sua divisão artificial entre a natureza de um sexo dado e o processo cultural de atribuir um gênero a esse corpo, o sexo é visto como uma norma produzida culturalmente que governa a materialização dos corpos, tem “o poder de produzir – demarcar, fazer, circular, diferenciar – os corpos que ele controla” (Butler, 2000, p. 152).

Também cabe problematizar a categoria de “mulher” e seu binômio “homem” – o que cabe como mulher legítima ou homem legítimo? Quando se fala de gênero, é preciso contextualizar que existem pessoas cisgênero e transgênero. Cisgênero ou cissexual, como já vimos anteriormente, é um termo utilizado para nomear uma pessoa não-trans, isto é, uma pessoa que nasceu com determinada genitália (sexo) que fora de forma convencional alinhada pela linguagem como consonante ao gênero com a qual se identifica. Evita-se o uso de termos como bio mulher ou bio homem para desnaturalizar o gênero e romper com o pressuposto de senso comum de que se nasce homem ou mulher. Na verdade, gênero é uma construção sexual que tanto pessoas trans quanto cis estão submetidas independente das suas genitálias e configurações corporais. Cabe problematizar aqui então a noção de gênero. Esse conceito,

proveniente da linguística, mostra-se como uma forma de classificar fenômenos, representa um sistema socialmente convencionado utilizado para a realização de distinções. No feminismo americano, seu uso rejeitava o determinismo biológico e reiterava o caráter social que fundava as distinções entre as diferenças anatômicas percebidas (Scott, 1995). Todavia, a divisão arbitrária e excludente entre cisgênero e transegênero acaba por legitimar o que seria uma mulher ou homem “de verdade”, pautada em termos biologicistas, e uma mulher ou homem de segunda ordem, que ocupará a posição invisível nas discussões sobre direitos. Nesta linha de reflexão parece pertinente destacar a já bastante conhecida e célebre afirmação de Simone de Beauvoir, que diz:

Ninguém nasce mulher: torna-se mulher. Nenhum destino biológico, psíquico, econômico define a forma que a fêmea humana assume no seio da sociedade; é o conjunto da civilização que elabora esse produto intermediário entre o macho e o castrado que qualificam de feminino. Somente a mediação de outrem pode constituir um indivíduo como um Outro. (Beauvoir, 1967, p. 9).

Nesse sentido, é a normatização social que traz integridade para os corpos, classificando e nomeando a materialidade dos corpos que se tornam, assim, possíveis de serem entendidos no contexto social. Doravante, pode-se refletir acerca das posições abjeto que rompem as fronteiras do gênero e da própria concepção binária de sexo, que são muitas vezes associadas a anomalias ou patologias. O desvio estatístico de corpos ou performances acaba por vezes a ser reduzido, seja pela fisiologia ou pela medicina, a patologias, quando, na verdade, representam apenas normas diferentes de vida. Essa vinculação, considerada arbitrária por Canguilhem, reitera o suposto universal do corpo humano. Longe de se ressaltar a igualdade entre os corpos generificados, essa ideia torna-se, assim, um mecanismo de exclusão e uma postura etnocêntrica, visto que “uma tal noção totalizadora só poderia ser alcançada ao custo de produzir novas exclusões” (Butler, 1998, p. 17). Travestis, transexuais e trans homens carregam consigo a ideia de patologização, isto é, são tratadas como posturas identitárias desviantes, pensadas a partir da lógica da própria norma – instaurada pelo saber

médico – da naturalização do sexo colado a um determinado gênero (Butler, 2000; Bento, 2012; Bento & Pelúcio, 2012; Peres, 2012).

Como a doença é definida por uma norma de vida que, porém, é incapaz de ser transformada em uma nova norma válida em suas condições de existência; se a doença eclode quando o organismo é modificado de tal modo que culmina em reações catastróficas no meio em que habita (Canguilhem, 2009), porque então a construção de corpos fora de uma norma produzida socialmente pode ser considerada como patológica? Não seria apenas a instauração de uma nova norma que traria satisfação para o sujeito durante seu constante processo de subjetivação? Canguilhem auxilia novamente nesta importante reflexão, ao afirmar que:

É sempre a relação com o indivíduo doente, por intermédio da clínica, que justifica a qualificação de patológico. (...) É claro que a patologia pode ser metódica, crítica, armada de meios experimentais. Essa patologia pode ser considerada objetiva, em relação ao médico que a pratica. Mas a intenção do patologista não faz com que seu objeto seja uma matéria desprovida de subjetividade. Pode-se praticar objetivamente, isto é, imparcialmente, uma pesquisa cujo objeto não pode ser concebido e construído se referência a uma qualificação positiva e negativa; cujo objeto, portanto, não é tanto um fato, mas, sobretudo, um valor (Canguilhem, 2009, p.93).

Dessa maneira, não só o corpo individual é alvo do biopoder, mas também a população à medida que este normatiza acontecimentos aleatórios dentro de uma multiplicidade biológica. Mas, para esse poder de dimensões grandes funcionar, deve-se haver o rascismo – o corte entre o que deve viver e o que deve morrer (Foucault, 1999). Considera-se uma censura dentro de um domínio biológico, com a função de fragmentar o contínuo biológico. Como aponta Foucault:

Quanto mais espécies inferiores tenderem a desaparecer, quanto mais os indivíduos anormais forem eliminados, menos degenerados haverá em relação à espécie, mais eu – não enquanto indivíduo, mas enquanto espécie – viverei, mais forte serei, mais vigoroso serei, mais poderei proliferar (Foucault, 1999, p. 305)

Por meio desta lógica se instauram estratégias do biopoder, de poder deixar morrer. No caso de pessoas trans, isso se reflete na pouca assistência às especificidades dos cuidados

com a saúde. Percebe-se que os serviços de saúde ainda se organizam para uma população dentro da heteronorma e cishnorma, ignorando as peculiaridades da saúde de pessoas LGBT (Bento & Pelúcio, 2012; Bento, 2012; Borges & Souza, 2012). O conceito ampliado de saúde deveria nortear tais práticas, ampliando a noção de saúde para além de somente ausência de enfermidades, mas como um estado de completo bem-estar físico, mental e social. Assim, o processo de viver com ou sem saúde seria encarado na sua intersecção com os contextos socioculturais e com os significados que cada pessoa constrói ao seu processo de viver (Dalmolin *et al*, 2011). Desse modo, travestis, transexuais e trans homens não têm suas demandas contempladas no acesso integral à saúde, haja vista que há um desconhecimento dos profissionais de saúde em como lidar com os processos de transformação corporal em relação ao trânsito de gênero (Borges & Souza, 2012), bem como há uma concepção limitada de saúde por parte dos profissionais, focando somente nos processos de adoecimento (Dalmolin *et al*, 2011). O exercício do poder de deixar morrer se faz presente, como Foucault (1999, p. 306) define como “assassinio indireto: o fato de expor à morte, de multiplicar o risco de morte ou, pura e simplesmente, a morte política, a expulsão, a rejeição, etc.”.

O lugar de abjeção que o corpo trans ocupa no cotidiano acontece através da morte em função da identidade de gênero destoante ao que lhe fora convencionado com base em parâmetros biológicos e o desrespeito das performances e do nome social através de injúrias, ridicularização e uso do nome de registro. Mais que isso, essa abjeção se amplia a nível de relação com o Estado (Bento & Pelúcio, 2012; Bento, 2012). A invisibilidade que pessoas trans ainda detêm nas suas relações como o sistema de saúde, por exemplo, reflete o não-lugar ocupado, o deixar morrer. Essa negligência materializa o corte de quem deve viver e quem não deve para que outra população sobreviva, pois “a importância – eu ia dizer a importância vital, do racismo no exercício de um poder assim: é a condição para que se possa exercer o direito de matar” (Foucault, 1999, p. 306). É uma lógica sutil de transfobia reconhecer as

vivências trans, mas não lhes conferir o mesmo *status* de cidadania, de normalidade (Jesus, 2015; V., 2015). Por isso, a patologização como condição primordial para o acesso a serviços que deveriam ser universais (Lionço, 2008b; Lionço, 2009).

Portanto, pensar o corpo de pessoas trans fora de uma postura patologizante e biologizante mostra-se fecundo à medida que se coloca em questão os valores dos fisiologistas e dos médicos na instauração da patologia. O patológico somente tem esse caráter em relação a algo – e através de determinados objetivos para colocar determinados corpos nessa posição. Problematizar essa lógica e seus efeitos de poder sob a vida das pessoas representa um cuidado ético e metodológico incontornável.

3. O que os estudos de nível superior no Brasil dizem sobre as identidades trans: uma revisão bibliográfica e algumas reflexões

O que assusta é perceber que tão pouco saber dito científico gerou tanto poder (Bento, 2010)

Com o intuito de ter uma visão mais panorâmica sobre a produção acadêmica acerca de pessoas trans, realizou-se uma revisão bibliográfica no site do Portal de Periódicos, da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes). O Portal é uma biblioteca virtual disponível para instituições de ensino e pesquisa brasileiras e conta produções científicas nacionais e internacionais. Há em seu acervo mais de 36 mil títulos com texto completo, 130 bases referenciais e 12 bases dedicadas exclusivamente a patentes. Por toda essa amplitude, decidiu-se realizar a revisão apenas no site do portal de periódicos da Capes.

Foram realizadas buscas nesta base de dados com os seguintes descritores separadamente: travesti, travestilidade, transexualidade, transexual e transexualismo. Como filtro, restringiu-se os resultados para: apenas artigos, com busca exatamente pelos descritores acima apresentados, em periódicos revisados por pares. Foram encontrados 369 textos com o descritor ‘travesti’, 13 textos com o descritor ‘travestilidade’, 25 textos com o descritor ‘transexualidade’, 215 textos com o descritor ‘transexual’ e 27 textos com o descritor ‘transexualismo’. É importante notar que os descritores que se referem às experiências trans como um processo, tais como travestilidade, transexualidade e transexualismo, resultaram em um menor número de resultados (65 artigos no total) em comparação com aqueles descritores que representam a identidade de gênero em si, como transexual e travesti (584 no total).

Foram analisados os resumos, a fim de se ter uma visão geral do que está sendo produzido acerca do tema estudado. Assim, excluiu-se os artigos repetidos, aqueles que

não apresentaram resumos disponíveis, as entrevistas, resenhas e fichas editoriais também recuperadas nos resultados e os artigos que abordavam outros temas, como por exemplo artigos que não traziam em seus resumos menção às categorias pesquisadas. Os idiomas constatados dos textos recuperados foram: português, espanhol (Espanha e América Latina), inglês, francês e alemão.

As principais áreas de conhecimento dos artigos foram: psicologia, psicanálise, medicina (psiquiatria e endocrinologia), literatura, cinema e comunicação social. Os principais temas dos artigos foram: clínica com pessoas transexuais; as relações entre psicanálise e pessoas trans; direitos de saúde e reprodutivos de transexuais; relações com a família/hereditariedade (estudos de quantas pessoas trans haviam de acordo as gerações); cuidados na atenção primária a pessoas trans; hormonioterapia; lugar da psiquiatria no processo trans (artigo em francês); aspectos de cirurgias plásticas em pessoas trans; a presença de personagens trans no cinema, tais como em filmes como XXY⁷, em seriados e literatura, contando com obras em língua portuguesa e espanhola; as relações com o HIV/Aids. Os artigos que abordam temas relativos à saúde da população trans sob o viés médico, como cuidados na atenção primária e hormonioterapia, são de língua inglesa, ou seja, produções internacionais.

Percebe-se que muito da produção recuperada com os descritores travestilidade, transexualidade e transexualismo data do ano de 2012, ano em que ocorreu o movimento de despatologização das identidades trans no contexto nacional e internacional, algo que, desde a elaboração do diagnóstico de transexualismo na década de 1950 nunca havia

⁷ XXY é um filme argentino, escrito e dirigido por Lucía Puenzo, lançado em 2007. Ele retrata a história de um/uma adolescente intersexual que, devido a uma mutação genética apresenta características de ambos os sexos. Para proteger o/a filho/filha do preconceito e deixar para que ele/ela mesmo/mesma faça a opção sobre a sua sexualidade, para só depois ser submetido/submetida a tratamentos hormonais e/ou cirurgia, os pais o/a levam ainda criança para morar em uma vila no litoral do Uruguai, onde desenvolvem pesquisa biológicas e criam a menino/menina de forma livre. No entanto, o drama do enredo se dá quando um outro adolescente se apaixonou por ele/ela, sem saber, a princípio, de sua situação especial. A família passa, então, a sofrer imensa pressão social.

ocorrido antes (Bento & Pelúcio, 2012). Esse movimento fora bastante amplo, como apontam Beto e Pelúcio (2012, p. 573) foram

mais de 100 organizações e quatro redes internacionais na África, na Ásia, na Europa e na América do Norte e do Sul que estão engajadas na campanha pela retirada da transexualidade do DSM e do CID. As mobilizações se organizam em torno de cinco pontos: 1) retirada do Transtorno de Identidade de Gênero (TIG) do DSM-V e do CID-11; 2) retirada da menção de sexo dos documentos oficiais; 3) abolição dos tratamentos de normalização binária para pessoas intersexo; 4) livre acesso aos tratamentos hormonais e às cirurgias (sem a tutela psiquiátrica); e 5) luta contra a transfobia, propiciando a educação e a inserção social e laboral das pessoas transexuais.

Em relação à revista científica, destaca-se um número expressivo de produções na Revista de Estudos Feministas⁸, não apenas no ano de 2012. Há resultados de pesquisa com os descritores que possuem o sufixo –ADE (travestilidade e transexualidade), que questionam a postura patologizante das identidades trans e trazem as interseções com a escola, produções essas que constam em 2012 e na Revista Estudos Feministas. Com o descritor transexual, percebe-se que foram encontrados muitos artigos em inglês, com foco nos artigos a partir dos anos 2000, na área da saúde. Contudo, vale destacar que, com o referido descritor, obteve-se artigos datando das décadas de 1970 (1975 e 1977), 1980 (1985) e 1990 (1991, 1997). Esses artigos focavam a discussão da transexualidade em sua interface com parâmetros biológicos de construção de identidade de gênero. Em relação aos descritores travestilidade, transexualidade e transexualismo, foram encontrados os resultados que apresentaram maior amplitude de período de tempo.

Optou-se, em realizar uma análise qualitativa dos artigos encontrados com os descritores travestilidade, transexualidade e transexualismo. No escopo do recorte proposto, encontram-se textos que abordam a experiência de mulheres travestis (Borba & Ostermann, 2008; Jimenez & Adorno, 2009; Maia & Viso, 2010; Colling & Pirajá, 2011;

⁸ Segundo informações do site da revista, a Revista Estudos Feministas é um periódico de publicação quadrimestral, indexado e interdisciplinar, de circulação nacional e internacional. A Revista Estudos Feministas aceita originais, em português e em espanhol, em forma de artigos, ensaios e resenhas, que podem ser tanto específicos a uma determinada disciplina quanto interdisciplinares em sua metodologia, teorização e bibliografia.

Almeida, 2012; Duque, 2012; Peres, 2012; Leite Jr, 2012; Sampaio & Coelho, 2012), mulheres transexuais (Arán, 2009; Arán, Zaidhaft, & Murta, 2008; Arán & Murta, 2009; Arán, Murta & Lionço, 2009; Bento, 2011; Bento, 2012; Bento & Pelúcio, 2012; Leite Jr, 2012;) e homens trans (Almeida, 2012; Bento, 2012). Percebe-se que muitos estudos (Arán, 2009; Arán, Zaidhaft, & Murta, 2008; Arán & Murta, 2009; Arán, Murta & Lionço, 2009; Jimenez & Adorno, 2009; Maia & Viso, 2010; Colling & Pirajá, 2011; Bento, 2011; Almeida, 2012; Bento, 2012; Bento & Pelúcio, 2012; Duque, 2012; Peres, 2012; Leite Jr, 2012; Sampaio & Coelho, 2012) trabalham com os conceitos de performatividade de gênero, de matriz heteronormativa e de construção de posições de abjeção, todos estes, conceitos advindos da teoria *queer*.

Nesse sentido, trabalha-se com a noção de que gênero não representa uma convenção social imposta a uma matéria previamente determinada por fatores orgânicos, como o sexo e os cromossomos XX e XY, mas representa um efeito de performances, consoante à teorização de Judith Butler (2003), que irá permitir que a trajetória sexuada dos seres humanos seja constituída e reconhecida, adquirindo forma estável por conta dos processos de repetição e reiteração das normas heteronormativas (Borba & Ostermann, 2008; Arán & Murta, 2009; Arán, Murta & Lionço, 2009; Jimenez & Adorno, 2009; Maia & Viso, 2010; Bento, 2011; Almeida, 2012; Bento, 2012; Bento & Pelúcio, 2012; Duque, 2012; Peres, 2012; Leite Jr, 2012; Sampaio & Coelho, 2012). Essas normas heteronormativas são destacadas como uma forma de legitimar o modelo heterossexual e binário de gênero como uma norma que regula as relações sexuais e de gênero no mundo ocidental moderno. Questiona-se, assim, que tais normas seriam imposições quando, na verdade, representariam apenas uma entre as várias possibilidades de experienciar a sexualidade. As pessoas trans, por não se adequarem ao perfeito alinhamento no sistema sexo/gênero/desejo/prática sexual ocupariam um lugar à margem, na fronteira – seriam as

pessoas abjetas, categoria de subumanidade a quais são submetidas por representarem um “desvio” do sistema construído sócio-historicamente como natural, ou seja, algo ininteligível, seguindo a linha de raciocínio de Butler que também é explorada nesse trabalho.

A abjeção coloca travestis, transexuais e trans homens em situação de vulnerabilidade social, seja através de violências no contexto escolar, em que piadinhas, deboches e agressões físicas são perpetradas por alunos e silenciadas pela escola, que se omite (Bento, 2011), seja nas dificuldades de acesso a alguns espaços públicos ou ao mercado de trabalho, tendo que recorrer ao mundo da prostituição como meio de sobrevivência, meio este que ser travesti ocupa uma posição privilegiada sempre ressaltada na busca por clientes (Jimenez & Adorno, 2009; Maia & Viso, 2010; Peres, 2012), ou ainda nas dificuldades de acesso ao sistema integral de saúde, tendo que recorrer para a via de patologização de suas vivências para se ter acesso a sua (sub)cidadania cirúrgica e (sub)autonomia sobre seu corpo (Arán, Zaidhaft, & Murta, 2008; Arán & Murta, 2009; Arán, Murta & Lionço, 2009; Bento & Pelúcio, 2012). Assim, cria-se mecanismos nosológicos e avaliativos para se distinguir o/a “verdadeiro/a” transexual, digno/a de acesso à hormonioterapia e cirurgia de transgenitalização, pois essas pessoas detém o rótulo de transexualismo e transtorno de disforia de gênero (Arán, Zaidhaft, & Murta, 2008; Arán & Murta, 2009; Arán, Murta & Lionço, 2009; Bento & Pelúcio, 2012; Peres, 2012; Sampaio & Coelho, 2012). Ao reproduzir tais preceitos, o sistema de saúde deslegitima identidades e as universaliza em um mesmo pacote, negligenciando-se a construção sócio-histórica do chamado parâmetro científico da patologização. Como descreve Bento e Pelúcio (2012, p. 578):

O que temos de “científico” é a definição de transtornos de gênero ou disforia de gênero estabelecendo protocolos universalizantes, definindo a normalidade de gênero, orientando e autorizando intervenções para, ao fim, se reconhecer anemicamente que não há confiabilidade em suas afirmações. Chegamos ao verdadeiro conteúdo do DSM-IV: é um texto que materializa uma visão cultural

hegemônica e singular de gênero, mas que, contraditoriamente, consegue seu êxito por apresentar-se como universal porque tem como aliada a retórica da cientificidade de seus achados.

Percebe-se ainda uma produção (Arán, Zaidhaft, & Murta, 2008; Arán, 2009; Arán & Murta, 2009; Arán, Murta & Lionço, 2009; Bento & Pelúcio, 2012; Leite Jr., 2012) que questiona o dispositivo de diferença sexual cristalizado de determinadas leituras da psicanálise, propondo modelos alternativos que tirem as experiências trans do rol das psicoses. Há discursos advindos da medicina, da psiquiatria e de parte da psicanálise que colocam a alcunha de “transtorno de identidade” à transexualidade, com base em uma não-conformidade do sujeito para com o seu sexo anatômico. Dentro da psicanálise lacaniana, há defensores de que a transexualidade seria um tipo específico de psicose, por conta da suposta recusa da diferença sexual, entendida aqui como a castração simbólica. Transexuais, nessa corrente mais estrutural da psicanálise, devido à “forclusão do nome do pai” teriam uma identificação não com “uma mulher”, mas com a figura idealizada, “A mulher”. Esse mecanismo primário seria indispensável à estruturação subjetiva, propiciando apreender os registros do imaginário e os da realidade do corpo. Nesse sentido, pessoas transexuais teriam uma identidade sexual foracluída, “fora do sexo”, do real. Contudo não é porque apresentam uma forma distinta de estruturação psíquica que transexuais são pessoas psicóticas. Há autores que defendem que a transexualidade se deve através de uma relação de simbiose com a mãe, que, contudo, não prejudica sua capacidade de integração social. Desse modo, essa relação originária não deve ser vista como psicotizante. Como afirma Márcia Arán em um de seus importantes estudos sobre o tema:

O dispositivo da diferença sexual construído na modernidade através da naturalização de sistemas normativos de sexo-gênero exclui a transexualidade das possibilidades subjetivas consideradas normais e legítimas. Nesses termos, é fundamental deslocar essas fronteiras excessivamente rígidas do simbólico que pretendem perpetuar o modelo binário e heterossexual da compreensão da diferença para que a transexualidade possa habitar o mundo viável da sexuação. Dessa forma,

estaremos mais livres para compreender as diversas formas de identificação e de subjetivação possíveis na transexualidade (Áran, 2009, p. 668).

Há aproximações do conceito de abjeto ao conceito de monstro através da patologização das identidades trans (Leite Jr., 2012). Uma reflexão pertinente ao presente trabalho traz a categoria monstro como aquela para descrever os interditos, os vistos como “desvios sexuais”. O monstro, nessa concepção, seria:

(...) que ‘mostra’ algo: uma revelação divina, a ira de Deus, as infinitas e misteriosas possibilidades da natureza, aquilo que o homem pode vir a ser, as bordas entre o humano e o inumano. (...) O monstro representa uma categoria de pensamento, uma tentativa inteligível de classificar e orientar condutas em relação àqueles aqueles seres e pessoas que a princípio escapam da inteligibilidade cultural do período (Leite Jr, 2012, p. 561-562).

Durante o século XIX, como advento da cientificidade e da racionalidade modernas, os chamados monstros foram colocados na categoria de doentes mentais ou perversos, equivalendo-os ao caos. Uma solução para lidar com essa categoria seria a destruição ou aniquilamento (literais ou simbólicos) de tais pessoas. Ou seja, ao se patologizar identidades trans, travestis, transexuais e trans homens tem sua complexa humanidade questionada, visto que tal posição pressupõe um desvio de um curso normal e sadio - o curso da humanidade. O que resta como lugar possível de ser habitar para a inteligibilidade então é o monstro. Desse modo, deve-se repensar não só os lugares que pessoas trans são chamadas a habitar, retirando seres da categoria de monstros e realocando-os no âmbito da humanidade, mas também, refletir os limites da categoria convencionada como “humano”, reconstruindo suas margens incategorizáveis - o abjeto – bem como desenvolver uma nova postura ao que é classificado como monstro (Leite Jr., 2012).

Curiosamente, um dos textos recuperados (Fuentes, 2013), em língua espanhola, trata a questão do “transexualismo” como um transtorno de identidade de gênero, diferenciando-o

do “hermafroditismo”⁹, visto que este representa alterações cromossômicas, gonodais e nas características sexuais que o tornam ambíguo ao passo que o transexualismo seria um distúrbio de ordem psicológica, em que o sexo está claro, bem definido no quesito biológico. Por outro lado, trazendo à tona o DSM, o transexualismo se distingue do travestismo porque neste último não há uma dicotomia entre o sexo e os sentimentos psicológicos da pessoa, tampouco a necessidade persistente de alteração das características de um sexo para o outro (Fuentes, 2013). Há ainda uma produção que traz apontamentos para o diagnóstico diferenciado que a psiquiatria pode realizar, trazendo o papel da psiquiatria nos casos de identificação do transtorno de identidade de gênero (Gorin-Lazard *et al.*, 2008).

Assim, busca-se definir o que seria um “transexual de verdade”, segundo os manuais de distúrbios e patologias internacionais existentes. Dentro dessa perspectiva, uma pessoa portadora do transtorno de identidade de gênero deve apresentar as seguintes características: ter um sexo biológico definido (em termos cromossômicos, gonádicos e fenotípicos); reconhecer-se como pertencente ao sexo oposto ao qual nasceu; que esse sentimento de pertença seja forte e persistente o suficiente para que a pessoas procure alterar sua biologia com vistas a se adequar ao seu sentimento psicológico; que o transtorno seja crônico, mantendo-se ao longo do tempo; que não se manifeste em concomitância a outras desordens mentais, tais como a esquizofrenia. Além disso, costuma haver a presença do que o autor denomina de alterações da personalidade, como depressão e ansiedade (Fuentes, 2013). Contudo, questiona-se que sintomas depressivos e de ansiedade não são condições intrinsecamente coladas a um dito transtorno de identidade, mas defende-se o pressuposto de que são as condições sócio-históricas e culturais que colocam as pessoas trans em uma posição marginal, a abjeção, que podem causar tais sintomas (Bento, 2012; Bento & Pelúcio, 2012).

⁹ Nesse trabalho, a autora optou pelo uso do termo intersexualidade, que será melhor explorado adiante.

Nesse sentido, no Brasil, constata-se a necessidade de se diagnosticar o gênero para que pessoas trans tenham acesso a serviços de saúde, sendo necessário o acompanhamento psiquiátrico de dois anos para se ter um laudo que possibilite intervenções (Arán, Zaidhaft, & Murta, 2008; Borba & Ostermann, 2008; Arán & Murta, 2009; Arán, Murta & Lionço, 2009; Almeida, 2012; Bento & Pelúcio, 2012; Teixeira, 2012). Então, grande parte da produção encontrada defende a ideia de despatologização das identidades trans como uma forma de garantia de autonomia sobre o corpo e reconhecimento das diversidades na própria experiência da transexualidade e da travestilidade (Arán, Zaidhaft, & Murta, 2008; Borba & Ostermann, 2008; Arán & Murta, 2009; Arán, Murta & Lionço, 2009; Almeida, 2012; Bento & Pelúcio, 2012; Leite Jr, 2012; Teixeira, 2012. Peres, 2012; Sampaio & Coelho, 2012). Argumentos que patologizam tais identidades partem, frequentemente, de pressupostos biologizantes e universalizantes do ser humano e do gênero. A visão de que se tem atualmente não é mais de um corpo passivo a atribuições e significações sociais, mas de um corpo como um elemento ativo na construção de significados (Borba & Ostermann, 2008). Sobre o DSM, pode-se dizer que ele é um dispositivo que estabelece protocolos universalizantes que definem a normalidade de gênero com base em um suposto alinhamento entre sexo/gênero/prática sexual, ou seja é um texto normativo que “materializa uma visão cultural hegemônica e singular de gênero, mas que, contraditoriamente, consegue seu êxito por apresentar-se como universal porque tem como aliada a retórica da cientificidade de seus achados” (Bento & Pelúcio, 2012, p. 578).

As experiências trans são cristalizadas e tratadas de forma universal, negligenciando-se aspectos sociais, culturais e históricos de sua produção. Acerca dos serviços do processo transexualizador do Sistema único de Saúde – SUS, a patologização não garantiu direitos de fato, mas criou uma situação de tentar curar e normatizar as múltiplas experiências de gênero (Bento & Pelúcio, 2012). Dessa maneira, questiona-se o modelo reducionista dos tratamentos

a pessoas trans, muitas vezes focados apenas nas cirurgias de transgenitalização e colocando pessoas trans que não desejam alterar suas genitais à margem do sistema de saúde, como é o caso de muitas travestis (Arán, Murta & Lionço, 2009; Almeida, 2012; Bento & Pelúcio, 2012; Leite Jr, 2012; Teixeira, 2012). Seria como se houvesse um protocolo que colocasse que toda pessoa trans sente desconforto com sua genitália e sua identidade só seria, portanto, legitimada, através da cirurgia (Arán, Zaidhaft, & Murta, 2008; Arán & Murta, 2009; Arán, Murta & Lionço, 2009; Almeida, 2012; Bento & Pelúcio, 2012), concepção esta bastante tradicional no meio médico e também no senso comum, de que haveria uma verdade no corpo sexuado que definiria a identidade de cada indivíduo. A permanência destes discursos até os dias atuais explicita significativamente não apenas a necessidade da ampliação dos serviços e assistência à saúde, mas também a outras áreas como a educação e a segurança pública, e a formação dos/as profissionais que prestam tais serviços. Esta tarefa exige que se trabalhe efetivamente na promoção da atenção integralizada da população de travestis, transexuais e trans homens no Brasil. O gênero deve ser, ao invés de diagnosticado, questionado à medida que traz autonomia para pessoa avaliar desde o uso ou não de acessórios, roupas e artefatos sociais, até às decisões cirúrgicas e intervenções, suas próprias e de outros, sobre o seu próprio corpo.

Pensar na autonomia sobre o corpo remete à questão da pluralidade das experiências trans, nas quais a polissemia é tão profícua que se torna limitado e, até mesmo ingênuo, tentar delimitá-las a um crivo de verdade acerca do que seria viver verdadeiramente transexualidades. Parece pertinente então questionar a interioridade da subjetividade, reconhecendo que esta se inscreve no registro social, sendo historicamente marcada e atravessada por relações de saber/poder engendradas por discursos que podem por um lado normatizar a fabricação de sujeitos, ou, por outro, singularizar esse processo (Peres, 2012); é

o questionamento da ficção que ocorre na produção da identidade de qualquer sujeito, seja ele transgênero ou cisgênero. Nesse sentido:

As travestilidades, quando expressam singularidades, se efetuam pela perspectiva do nomadismo, pelos modos de subjetivação que se apoiam na diferença das diferenças, ou seja, a própria diferença é nômade, porque não se totaliza em uma marca identitária, mas se apresenta como fluxo; e, se por acaso ousarmos falar em identidade, será sempre transgressora, transitória, razão pela qual está sempre aberta para novas conexões, para experimentações existenciais que se atualizam pelo viés da diversidade estética em suas variações, sociais, raciais, sexuais, culturais, gendradas, políticas, de modo a negociar a circulação e a ocupação tanto de territórios geopolíticos quanto de territórios existenciais (Peres, 2012, p. 541-542).

Seguindo este *background* teórico, apresentado na revisão de literatura, percebe-se que há discussões acerca da construção de identidades através de dispositivos normativos de gênero. Contudo, é interessante pensar acerca das chamadas identidades dissidentes, que rompem com ou migram pelo binarismo imposto, bem como suas relações com seus processos de produção de corpos – que são efeitos de contingências sociais, históricas, culturais e econômicas. Vale levar em consideração a singularidade dos processos, pois, como nos alerta Bento (2012, p.2663):

Não existe uma “identidade trans”, mas posições de identidade organizadas através de uma complexa rede de identificações que se efetiva mediante movimentos de negação e afirmação aos modelos disponibilizados socialmente para se definir o que seja um/a homem/mulher de “verdade”. Não há identidade sexual típica para as pessoas trans. Suas sexualidades são feitas do mesmo material que as outras experiências: interdição, desejo, rebeldia, sofrimento, alegria.

Assim, deve-se pensar que a produção das identidades trans como patológicas e universais restringidas a critérios de testabilidade e verificação, descritos nos Manuais Diagnósticos e Classificações de Doenças, a exemplo do DSM (versão atual e anteriores) e o CID, ocorreram através do lugar de poder-saber que os discursos científicos ocuparam no campo de legitimidade de experiências singulares, destituídas de poder para se auto-afirmarem (Bento, 2010; Bento 2012). Percebe-se então uma produção acadêmica recente que contesta essa produção e que busca historicizar a produção de conhecimento científico bem como seus

efeitos de poder sobre os corpos, sendo tarefa que se busca não só nessa pesquisa, mas também em investigações futuras.

4. Recuperando histórias: o acesso às/aos participantes

A referida pesquisa é de natureza qualitativa, com um desenho exploratório. As fontes foram incluídas como informantes da pesquisa de acordo com os seguintes critérios: se reconhecer enquanto travesti, transexual ou em algum processo de trânsito de gênero; possuir mais de 18 anos; fazer uso de dispositivos¹⁰ na produção do seu corpo. Como forma de acesso a essa população, buscou-se realizar uma imersão a campo de inspiração etnográfica, com base na observação participante – metodologia proveniente da Antropologia que propõe um trabalho que busca tornar familiar o que lhe é estranho e estranhar o que lhe é familiar, no sentido de pensar sob a lógica e os valores do grupo pesquisado (Fonseca, 1999). O grupo de apoio e militante do projeto de extensão¹¹ já em andamento (que possibilitou a execução do grupo) facilitou esse trabalho, visto que a pesquisadora já trabalha no grupo enquanto facilitadora e tem uma rede de informantes em potencial.

Para expandir o campo, a pesquisadora realizou uma busca por informantes-chaves, que são aquelas pessoas que, no decorrer do trabalho de campo, propiciam "a entrada fraterna na sociedade ou no grupo a ser estudado", assegurando a entrada da pesquisadora no campo e o protegendo das suspeitas da comunidade. Assim, as/os informantes foram contatadas/os e convidadas/os a participar da pesquisa. A abordagem inicial foi realizada a partir de contatos que a equipe do núcleo PPS¹² já mantém com sujeitos travestis e transexuais em Juiz de Fora,

¹⁰ Como dispositivos, para fins desta pesquisa, serão considerados o uso de próteses físicas (silicone cirúrgico) e injetáveis (silicone industrial); o uso de hormônios (antiandróginos e feminilizantes/masculinizantes); uso de tecnologias, como depilações a laser, depilações a cera, produtos para cabelos e pele, etc; e maquiagem e acessórios de “montaria”, tais como roupas, sapatos, lingerie.

¹¹ Projeto de extensão “Cidadania e Direitos humanos: um trabalho grupal com pessoas travestis e transexuais em Juiz de Fora, Minas Gerais”, que se desdobrou da pesquisa "Pesquisa-intervenção em Grupo de Apoio com Pessoas Travestis e Transexuais da Zona da Mata mineira", tendo como participantes interlocutoras/es jovens não cis residentes em Juiz de Fora e cidades da região. Projeto apoiado pelo edital PPM-00322-15 da FAPEMIG.

¹² O Núcleo de Pesquisas e Práticas Sociais em Políticas Públicas e Saúde (PPS) é localizado na Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), integra o Programa de Pós-Graduação de Psicologia da UFJF e tem como principal objetivo integrar um grupo de pesquisadoras(es) e estudantes feministas em torno das temáticas de diversidade sexual, políticas públicas, saúde e educação. Além disso, o núcleo busca promover

que permitiu a formação do grupo de apoio e militância VisiTtrans (Perucchi; Brandão; Berto; Rodrigues & Silva, 2014; Perucchi; Brandão & Silva, 2015). A partir de um/a informante chegou-se a outros/as por meio de rede social de modo a se ter um conjunto de material que dê visibilidade a essas narrativas singulares. Utilizou-se da amostragem de conveniência, constituída por saturação (Marre, 1991). A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de ética da Universidade Federal de Juiz de Fora através do parecer consubstanciado no. 810.904 em 25 de setembro de 2014. Nesse sentido, ela está de acordo com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa estabelecido na Res. 466/12 CNS e com a Norma Operacional CNS 001/2013.

Vale salientar que a presente pesquisa articulou-se, ao longo dos dois anos em que foi realizada, a um projeto que contou com apoio da FAPEMIG¹³ intitulado “Gênero, sexo e corpo travesti: abjeções e devires nos contextos urbanos de Minas Gerais”, que buscou estudar a construção de corpos trans de forma mais ampla, problematizando a produção das subjetividades contemporâneas tendo como foco as sexualidades desviantes/dissonantes da heteronorma. Essa pesquisa compõe um importante campo de investigações desenvolvidas por pesquisadores/as de universidades mineiras¹⁴ e de outras regiões do Brasil (UFSC/UFPE)¹⁵ acerca do tema do universo travesti e seus desdobramentos no âmbito educacional, familiar e da saúde. Em Juiz de Fora, como desdobramento dos resultados dessas

pesquisas e intervenções voltadas para o respeito às diferenças e se utiliza da ciência como meio de busca de autonomia para os sujeitos participantes de suas investigações/intervenções.

¹³ Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais.

¹⁴ Vale destacar que há experiências de pesquisa pertinentes desenvolvidas em outras universidades de Minas Gerais. Destaca-se aqui a pesquisa “Direitos e violência na experiência de travestis e transexuais na cidade de Belo Horizonte: construção de um perfil social em diálogo com a população”, realizada pelo Núcleo de Direitos Humanos e Cidadania LGBT (Nuh) da UFMG sob a coordenação do professor doutor Marco Aurélio Máximo Prado e como as ações que articulam pesquisa e extensão no trabalho com a comunidade travesti em Uberlândia, sob coordenação do professor doutor Emerson Fernando Rasesa da UFU.

¹⁵ Aqui destaca-se o projeto “Gênero, sexo e corpo travesti: abjeções e devires”, pesquisa que teve apoio do Edital MCT/CNPq/MEC/CAPES nº 02/2010 – Ciências Humanas, Sociais e Sociais Aplicadas e com Bolsa PQ (2011/2015), coordenada pela professora doutora Maria Juracy Filgueiras Toneli do Núcleo de Pesquisa Margens, do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), tendo como parceiros os núcleos LabESHU (Laboratório de Sexualidade Humana) da UFPE e o Núcleo de Pesquisas e Práticas Sociais em Políticas Públicas e Saúde (PPS) da UFJF, neste último a pesquisa foi realizada sob a coordenação da professora doutora Juliana Perucchi.

investigações, houve a implementação de um grupo de apoio e militância para travestis e transexuais, que facilitou a imersão no campo da pesquisa.

As reuniões do grupo tiveram início em janeiro de 2014 e totalizaram mais de 20 encontros realizados no Centro de Psicologia Aplicada da Universidade Federal de Juiz de Fora (CPA/UFJF). Optou-se pela elaboração de um *setting* menos formalizado e que não reproduzisse a perspectiva psicopatologizante das experiências trans. A sala a qual o trabalho se desenvolve apresenta tapete e almofadas objetivando tornar o ambiente acolhedor, visto que o objetivo do grupo não é desenvolver terapia grupal, mas refletir acerca das experiências trans das/os participantes e perceber quais os impactos da transfobia presentes no contexto municipal e que atravessam suas histórias de vida na circulação pela cidade, problematizando meios de enfrentamento. Todas/os sentam-se no formato de círculo, formando uma roda de conversa na qual a equipe pesquisadora atua como facilitadora das discussões. Essa proposta metodológica se aproxima à noção de grupos focais, em que são discutidos tópicos específicos a partir de informantes selecionados tendo por base a comunicação e interação grupal (Kitzinger, 2000 citado por Trad, 2009). Por meio dessa interação grupal, percebe-se a produção de sentidos que as/os participantes atribuem às suas vivências, tornando-as protagonistas na produção do saber e aproximando o/a pesquisador/a da realidade estudada. Sob esse aspecto, pondera-se que “o conhecimento é algo que se faz junto, sendo coletivamente produzido e tendo como matéria-prima a linguagem em uso e outras materialidades que compõem as relações cotidianas” (Batista, Bernardes & Menegon, 2014, p.104).

Sob uma perspectiva mais operacional, pode-se constatar que o grupo de apoio e militância intitulado como VisiTrans funcionou no esquema de ‘rodas de conversa’, com a equipe intervindo e tentando focalizar e aprofundar as discussões que surgiam. Esta estratégia de trabalho em grupo foi inspirada na noção de ‘grupo focal’. O objetivo foi propiciar um

espaço coletivo no qual as/os participantes pudessem compartilhar experiências e no qual a equipe de pesquisa pudesse identificar os principais enunciados que emergissem dessas experiências. O trabalho do grupo focal implementado sob a escolha da modalidade ‘roda de conversa’ mostrou-se uma técnica privilegiada de diálogo e intercâmbio de modos de vida e ideias, possibilitando a plena comunicação e expressão das/os participantes do grupo. Ao contrário do que orienta um modelo de ciência mais tradicional, as conversas no cotidiano, mostram-se uma metodologia relevante de pesquisa em psicologia social, haja vista que, por ser uma forma de interação social e de socialização humana mais próxima da realidade das pessoas pesquisadas, possibilitam a construção ativa do conhecimento (Batista, Bernardes & Menegon, 2014).

Os temas dos encontros foram livres e deliberados pelas próprias pessoas presentes no dia. Os temas mais comuns foram: lacunas no acesso integral aos serviços de saúde e desrespeito ao uso do nome social e da identidade de gênero (Perucchi; Brandão; Berto; Rodrigues & Silva, 2014; Perucchi; Brandão & Silva, 2015). Os participantes do grupo são em grande maioria itinerantes, contabilizando um total de aproximadamente vinte e cinco pessoas que passaram pelo espaço no período desta pesquisa. Dentre essas, contavam vinte mulheres travestis e transexuais, quatro homens trans e uma mulher cissexual, companheira de um dos homens. A equipe optou por não restringir o grupo a apenas pessoas que se autoidentificam com uma identidade de gênero destoante do alinhamento convencional com o sexo estabelecido, visto que outras pessoas cissexuais próximas também se deparam com episódios de preconceito e necessitam de suporte coletivo. Os dados do grupo foram considerados como adicionais na construção do material analisado pela pesquisadora, bem como sua inserção ao grupo possibilitou a seleção de algumas histórias de vidas que foram recuperadas em outro espaço através de entrevistas individuais.

Para o desenvolvimento dessa pesquisa, a autora definiu três pessoas participantes do grupo para problematizar suas histórias de vida a partir dos seguintes critérios: participação ativa no grupo VisiTrans, possibilitando a sua imersão ao campo social dessas pessoas e a produção de dados do diário de campo; o atrelamento institucional com a mesma instituição de saúde, vinculada ao serviço de média e alta complexidade do SUS (processo transexualizador) cuja cidade mais próxima de Juiz de Fora é o Rio de Janeiro; e o tempo de experiência nos processos transformação corporal. Desse modo, foram selecionadas três histórias: de uma mulher transexual, um homem transexual e homem intersexual, mas que chegou ao grupo com uma identidade trans. Todas essas produções de identidade serão problematizadas no capítulo de análise. As histórias selecionadas ampliam a noção de identidade trans ou não cisgênera ao contemplar também as pessoas intersexuais, que são também identidades colonizadas pelas normas cisgênero vigentes (V., 2014; V.2015) e frequentemente invisibilizadas (Cabral & Benzur, 2005; Machado, 2012). Essas normas nos fazem problematizar que:

Vivemos em um mundo no qual identidades humanas individuais são forjadas em e através de construções de diferenças de gênero [constructs of gendered difference]. No ocidente, a noção de subjetividade humana (do sujeito humano como tal) erigiu-se sobre a fundação ficcional de dois gêneros fixos, unificados, e coerentes em um dos quais todos nós somos inseridos (pela força, se necessário) ao nascer.” (Thomas, 2006, p. 316, grifo do autor).

O critério de seleção das histórias amplia a mera noção da classificação médica da transexualidade e almeja dar visibilidade também a identidades colonizadas e mais marginalizadas, como as pessoas intersexuais. O guarda-chuva trans abarca suas experiências como o corpo e o gênero (Jesus, 2015), visto que há uma norma regulatória cisgênera que atua também sobre seus corpos, produzindo-os como patológicos (V., 2014).

Contudo, dentro desses critérios estabelecidos, percebe-se que nas participações do VisiTrans, havia poucas pessoas que se reconheciam como mulheres travestis (apenas duas) e que elas foram em apenas aproximadamente duas reuniões do grupo de um total de mais de

20 encontros, o que limitou a envergadura da referente pesquisa ao não contemplar mulheres travestis nas análises. Uma hipótese para tal autorreconhecimento pode ser justificada pelo fato dos grupos ocorrerem em um espaço da universidade marcadamente pelo campo de poder da Psicologia, levando às pessoas a optarem por uma identidade mais medicalizada, tornada mais legítima pelo discursos científicos de poder-saber (Bento, 2010; Leite Jr, 2011), levando-se em consideração o estigma negativo que a identidade travesti ainda carrega socialmente (Pelúcio, 2004; Maia & Viso, 2010, Colling & Pirajá, 2011; Gimenez & Adorno, 2009). Além disso, muitas mulheres buscam os serviços para encaminhamento para o processo transexualizador, que desloca para segundo plano as necessidades de mulheres travestis, priorizando a cirurgia de transgenitalização (Lionço, 2008b; Arán, Murta & Lionço, 2009; Lionço, 2009; Almeida, 2012; Bento & Pelúcio, 2012; Leite Jr, 2012; Teixeira, 2012).

As entrevistas ocorreram no local de escolha da/os própria/os participantes e tiveram duração de 2 a 3 horas. Investigou-se questões relativas à história de vida de cada participante, focalizando temas como suas relações com seu corpo e gênero, bem como a busca por recursos no campo da saúde para satisfazer suas demandas de alteração corporal. A história de vida mostra-se uma metodologia importante no campo de pesquisa qualitativa das Ciências Sociais, pois possibilita uma aproximação da pesquisadora com os participantes de pesquisa, deslocando e minimizando o lugar de autoridade que a pesquisadora ocupa no processo de investigação científica, valorizando a subjetividade entre pesquisadora e pesquisado (Spindola & Santos, 2003). Nesse sentido, permite que pesquisador possa apreender os significados que os próprios participantes atribuem ao fenômeno estudado. Vale ressaltar que, a tradução do termo em inglês remete a duas posturas metodológicas um pouco distintas, diferenciadas na década de 1970 por sociólogo americano Denzin. *Life story* (podendo ser traduzida com estória ou relato de vida) preocupa-se com o ponto de vista da pessoa que está narrando, é uma história narrada pela própria pessoa que a vivenciou – perspectiva essa trabalhada pela

terminologia História de Vida nesse trabalho. Em contrapartida, a *life history* é compreendida não só nas narrativas dos sujeitos, mas em adição a dados advindos de documentos médicos e jurídicos, testes psicológicos e testemunhos de pessoas que conhecem o sujeito (Spindola & Santos, 2003). De acordo com Bertaux (1980 apud. Ribeiro & Santos, 2000) essa metodologia pode ser definida como:

um procedimento metodológico que utiliza a história de uma vida, narrada ao entrevistador tal qual foi vivenciada pelo sujeito, levando o pesquisador a focar o ponto de convergência ou divergência dos seres humanos, em suas condições sociais, da cultura e da práxis, assim como as relações sócioestruturais e da dinâmica histórica (p. 48).

Assim, trabalha-se com a história relatada pela própria pessoa que a vivenciou, buscando apreender a sua cotidianidade e os sentidos atribuídos a ela, sem, contudo, negligenciar seu momento histórico (a temporalidade envolvida na construção de seu relato) e social (as relações sociais que atravessam sua história) (Spindola & Santos, 2003). A história de vida vincula-se à memória, que não está apenas no campo subjetivo, mas é uma vivência situada em um contexto histórico e cultural (Scott, 1999; Souza, 2007). Assim, pode-se perceber que

A memória é escrita num tempo, um tempo que permite deslocamento sobre as experiências. Tempo e memória que possibilitam conexões com as lembranças e os esquecimentos de si, dos lugares, das pessoas, da família, da escola e das dimensões existenciais do sujeito narrado (Souza, 2007, p.64).

A História de vida, portanto, vai além de um caráter meramente subjetivo, localizando os relatos dos sujeitos em suas condições sócio-históricas de produção. Além disso, possibilita a aproximação da realidade apreendida pelos sujeitos, com a cotidianidade deles e como eles próprios atribuem significado às suas experiências com o corpo, possibilitando uma participação ativa do sujeito pesquisado na construção do conhecimento – perspectiva que rompe com o dualismo sujeito-objeto nas ciências humanas e sociais (Batista, Bernardes & Menegon, 2014). Trabalhar histórias nos possibilita enxergar que elas podem ser contadas sob

diferentes perspectivas ou pontos de vista, mas que não há uma verdade em si que as diferencia como verdadeiras ou falsas (Scott, 1999).

A análise dos dados ocorreu a partir da Análise do Discurso de Foucault (Foucault, 1996; Foucault, 2012). Dentro dessa perspectiva, a análise não se concentra apenas nas falas das histórias de vida das referidas pessoas, mas nos entrecruzamentos de discursos que atravessam e produzem os sujeitos enquanto falas possíveis, materializando suas experiências com o corpo. Esses feixes de enunciados são encarados não como uma verdade em si, puramente recuperada na produção discursiva das entrevistas com os sujeitos, mas como possibilidades de acontecimentos discursivos, circunscritos em uma variedade de contingências sócio-históricas e culturais que possibilitam a sua eclosão exatamente no lugar de outros discursos, percebendo a materialidade do que é visível e está exatamente no lugar de outro discurso, invisibilizando certos enunciados. Conforme orientação do próprio filósofo, “analisamos os enunciados não como se estivessem no lugar de outros caídos abaixo da linha de emergência possível, mas como estando sempre em seu lugar próprio” (Foucault, 2012, p. 146). Essa exclusão, todavia, compõe um jogo de poder de enunciação discursiva atravessada por lugares de poder-saber que produzem falas e sujeitos viáveis no campo social e político, é uma exclusão em função de “um campo anônimo, cuja configuração defina o lugar possível de sujeitos falantes” (Foucault, 2012, p. 149).

Sob esse olhar teórico-metodológico, vale ressaltar, portanto, mais algumas exigências do método, descritas em alguns princípios. Foucault (1996) nos atenta para o princípio da inversão, que nos faz enxergar um jogo negativo de um recorte e uma rarefação do discurso como uma instância fundamental e criadora. Mesmo sendo rarefeito, contudo, de acordo com o princípio da descontinuidade, “os discursos devem ser tratados como práticas discursivas, que se cruzam por vezes, mas também se ignoram e se excluem” (Foucault, 1996, p.52-53). Vinculada a essa regularidade, há o princípio da especificidade em que não se deve tornar o

discurso em um jogo de significações prévias, ou seja, “não há providência pré-discursiva que o disponha a nosso favor” (Foucault, 1996, p. 53). Por fim, há a exterioridade do discurso, em que se deve pensar o discurso, mas “a partir do próprio discurso, de sua aparição e de sua regularidade, passar às suas condições externas de possibilidade, àquilo que dá lugar à série aleatória desses acontecimentos e fixa suas fronteiras” (Foucault, 1996, p. 53). O trabalho metodológico de análise se debruça sobre o que é visibilizado e excluído no campo discursivo como possibilidade de existência e quais são esses discursos que atravessam as pessoas e suas experiências com o corpo, ocupando posições de sujeitos que fazem ver e falar acerca das produções de múltiplas identidades generificadas na contemporaneidade como efeito de poder dessas práticas discursivas que se materializam.

Assim, ao se adotar a metodologia de análise do discurso, de enfoque foucaultiano, busca-se constatar o lugar ocupado pelos jogos de verdade, pelas relações de poder e, sobretudo, pelas formas de relação do sujeito consigo e com os outros, na construção de um campo de experiências corporais de travestis e transexuais e suas possíveis interseções com a saúde. Mais que isso, a abordagem teórico-metodológica adotada possibilitou que aspectos da vida social dos sujeitos que compõem enunciados pudessem ser descritos e examinados a partir da ótica da produção de sentidos, que, longe de serem concebidos como naturais e aparentemente imutáveis ou oriundos de discursos previamente arranjados, foram então alvo de problematização e de análise (Foucault, 2012).

Partindo-se de uma base epistemológica feminista, considera-se que a ciência não possui uma pretensa objetividade neutra, ou seja, todo saber é localizado (Haraway, 1995). O saber é então localizado de acordo com os marcadores sociais que atravessam o pesquisador e constitui o produto de uma construção de verdade historicizada, não de algo puro e objetivo em um paradigma tradicional, dentro dos moldes da reflexividade. Trata-se do reconhecimento da posição parcial, contingencial e historicamente datada do pesquisador,

visto que há relações de poder/saber no campo científico. No que concerne à objetividade em uma pesquisa feminista, vale destacar as ponderações de Haraway de que a pesquisa deve privilegiar “a contestação, a desconstrução, as conexões em rede e a esperança na transformação dos sistemas de conhecimento e nas maneiras de ver.” (Haraway, 1995, p. 24).

Nesse sentido, longe de se utilizar o campo da psicologia como um lugar de saber-poder acerca dos corpos em trânsito de gênero, almeja-se compreender os significados que as/os próprias/os participantes atribuem ao seu corpo em uma perspectiva que não patologiza as vivências trans. As experiências com o corpo foram problematizadas dentro de uma perspectiva que historiciza as experiências e as identidades, colando-as à produção discursiva e material dos corpos. Nesse sentido, a experiência não é a causa, mas um efeito de uma contingência histórica, cultural e temporal que possuem efeitos sob os corpos (Scott, 1999).

A perspectiva de ciência que se busca nesta pesquisa, em contraponto à produção colonizadora de poder-saber da psicologia e da norma cisgênera (V., 2014; V., 2015) acerca da construção de corpos de travestis e transexuais, é a de localizar o saber e de problematizar a objetividade científica com base na ideia de construção social das formas de conhecimento, especialmente aquelas ditas científicas. Como Haraway aponta:

A ciência - o jogo real, aquele que devemos jogar - é retórica, é a convicção de atores sociais relevantes de que o conhecimento fabricado por alguém é um caminho para uma forma desejada de poder bem objetivo. Tais convicções devem levar em conta a estrutura dos fatos e artefatos, tanto quanto os atores mediados pela linguagem no jogo do conhecimento (Haraway, 1995, p. 10).

Assim, a ciência, mais do que mera e ingenuamente uma forma de apreender o mundo em sua realidade, é uma fabricação de discursos de verdade com efeitos políticos de poder em que os atores envolvidos nessa fabricação devem ser levados em consideração. Com essa perspectiva, a pesquisadora buscou se localizar interseccionalmente, problematizando não só os marcadores sociais das pessoas participantes da pesquisa, mas colocando em xeque os seus

próprios, como a sua identidade de mulher transexual, também usuária do mesmo hospital em que a/os informante/s da pesquisa fazem acompanhamento.

5. Tecendo histórias de vida: identidades trans, invisibilidade e saúde

Tendo em vista o percurso metodológico percorrido para compreender as histórias de vida das pessoas envolvidas nessa pesquisa, a pesquisadora realizou entrevistas com base na história de vida de cada participante. A convidada e os convidados foram informada/os sobre os objetivos da pesquisa e convidada/os para uma conversa acerca da proposta. Desse modo, foram selecionadas três histórias.

A primeira delas é de Arthur¹⁶, que chegou ao grupo com uma identidade de homem trans, mas ressaltando que o discurso médico o nomeara como intersexual (algo até então pouco conhecido por ele). Sua inserção ao grupo VisiTrans permitiu que a pesquisadora pudesse ter acesso a sua história e ao seu caminho até sua vinculação ao hospital que realiza cirurgias genitais reconstrutoras. Pela confusão que o seu corpo trazia junto aos dispositivos de saúde enquanto um corpo inteligível e por algumas nuances de sua história problematizadas a seguir, sua história fora selecionada para compor essa pesquisa.

Outra história que se destaca é a trajetória de Angelina, que se autoidentifica como mulher transexual. Ela acompanha os trabalhos do VisiTrans desde a implementação do grupo, em janeiro de 2014, e se mostra bastante envolvida com o suporte às novas meninas que surgem no grupo. Sua trajetória é encarada dentro do grupo (e muitas vezes fora dele também) como uma experiência que orienta as demais pessoas, principalmente as meninas, na sua inserção junto ao processo transexualizador. Por essa visibilidade e por estar se tornando uma referência para as pessoas trans em Juiz de Fora, sua história fora selecionada para ser problematizada nesse trabalho acadêmico.

¹⁶ Todos os nomes foram trocados por nomes fictícios para preservar a identidade de cada participante, conforme parâmetros éticos de pesquisa pautados no sigilo das informações.

Por último, a próxima história selecionada é a de Tarso, que se autoidentifica como um homem trans. Ele está no grupo de apoio também desde o início das atividades e ocupa o lugar dentro do grupo de homem trans mais experiente, por estar há mais de dez anos na busca de serviços de saúde para suas necessidades de alteração corporal. Assim, sua trajetória nos traz apontamentos importantes acerca da vinculação dos homens trans junto ao processo transexualizador e ao cuidado à saúde, o que justifica a sua composição no escopo dessa pesquisa.

A pesquisadora manteve contato com Tarso e Angelina desde janeiro de 2014, no início do VisiTrans, e com Arthur desde maio de 2014, quando ele foi a primeira vez ao encontro do grupo. Fora esses encontros, os demais contatos com essas pessoas ocorreram em atividades de lazer, como piqueniques organizados no bosque da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) e em reuniões mais reservadas na casa de Arthur. Os três têm um laço de amizade e é comum marcarem encontros sociais fora do espaço destinado aos encontros do VisiTrans. Esse contato compõe material de pesquisa de diário de campo da pesquisadora, que teve, ao decorrer desses meses, algumas imersões ao campo da realidade social dessas pessoas.

As entrevistas foram realizadas no local onde cada pessoa se sentia mais à vontade, pelo fato de trazer questões pessoais da trajetória de vida de cada uma delas. Com o consentimento, cada entrevista foi gravada para fins de pesquisa, resguardando o cuidado ético dos dados. Arthur e Angelina optaram pela entrevista em suas próprias casas; já Tarso, por algumas questões familiares e por morar em outra cidade da região, optou pela realização da sua entrevista na casa da Angelina (local em que ele sempre fica quando está em Juiz de Fora).

Com essas três histórias, que tem muito a nos oferecer, podemos refletir acerca dos corpos trans (sejam eles masculinos, femininos ou não-binários) e saúde, tanto no sentido

de bem-estar das pessoas envolvidas como o acesso aos serviços de assistência, cuidado, prevenção e promoção à saúde.

5.1. O homem trans-intersexual: a invisibilidade da intersexualidade no contexto social e de saúde

Espero que tenha entendido. Espero que finalmente tenha entendido que, quando se traça uma linha, essa passa através da carne sensível de alguém (Kaldera, 2000)

Arthur chegou ao grupo no mês de maio de 2014. Eu já havia ouvido falar de sua história em dois momentos. O primeiro deles em uma reunião com a psicóloga do Centro de Referência de Direitos Humanos da cidade. Ela me relatou, em sigilo profissional, que encaminhara Arthur para o grupo pelas dificuldades que ele estava encontrando de suporte e acesso à saúde. Sua intersexualidade havia sido revelada para mim pela psicóloga, que estava tendo dificuldades em encontrar serviços de assistência no caso de Arthur. Segundo relatos do próprio, o primeiro encontro no Centro de Referência de Direitos Humanos (CRDH) ocorreu no fim de 2013. O segundo momento em que ouvi sobre ele foi em uma reunião com o setor de endocrinologia do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU-UFJF) na busca por parceria para atendimento endocrinológico da população de travestis e transexuais de Juiz de Fora, conforme já visibilizado pelo material do grupo VisiTrans (Perucchi; Brandão; Berto; Rodrigues & Silva, 2014; Perucchi; Brandão & Silva, 2015). Lá, fui informada sobre uma pessoa intersexual que chegou com a demanda de cirurgia. Tais informações despertaram-me interesse. Nesse ponto, Arthur já havia sido transferido para uma Unidade de Atenção Primária em Saúde (UAPS) no início de 2014 e encaminhado para tratamento no Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU-UFJF). Finalmente, após essa trajetória pela cidade, considerando ainda sua trajetória anterior na sua cidade de origem (uma pequena cidade do Vale do Aço Mineiro), Arthur foi a um encontro do grupo de apoio buscando o suporte que em outros lugares não conseguira, buscando algo que pudesse satisfazer suas necessidades de alteração corporal. Ele fora encaminhado pela psicóloga do Centro de Referência em Direitos Humanos. Como a intersexualidade é muito invisibilizada,

acreditou-se que seu caso era bem próximo da transexualidade, por isso os encaminhamentos realizados. Vamos primeiro conhecer Arthur e sua produção identitária antes de entrar em sua trajetória na busca por assistência em saúde, visto que sua experiência se encaixa no grupo pelo fato de ser uma vivência fora dos parâmetros cisgêneros (V., 2014) problematizados nessa pesquisa.

Arthur é um homem de estatura baixa (aproximadamente 1,50m), barba curta, jeito cordial e educado. Chegou na companhia de sua companheira, Guinever. Ambos têm meia idade, Arthur com 58 anos e Guinever com aproximadamente dois anos a menos. No encontro, após a explicitação dos aspectos éticos de realização desta pesquisa, desenvolveu-se propriamente o grupo, no qual Arthur já passou a relatar sua trajetória desde o fim da década de 1990 para a concretização de seu sonho: “ter sua identidade masculina reconhecida”.

Eu sempre me identifiquei como homem. Sempre como homem, não tive nunca nenhuma identidade com o sexo feminino. Por força de circunstâncias é que eu tive que me vestir de mulher até 50 e poucos anos, mas eu sempre me identifiquei como homem.

Sua identificação era como homem, seja cis ou trans, um homem. E trouxe a questão do corpo, da genitália ambígua. Vale destacar, considerando as reflexões de Joan Scott (1999) acerca da experiência na constituição da identidade, a pertinência em analisar o que na ordem do discurso faz o sujeito explicar, trata-se de um exercício sobre o qual se produz conhecimento de si (e a si mesmo como sujeito), pensando a experiência e as identidades que ela produz como historicizadas e contingenciais. No excerto acima, pode-se perceber que o enunciado “força de circunstâncias” se associa a uma condição necessária, ressaltada pelo verbo ter: “eu tive que me vestir de mulher”. Essas circunstâncias, que marcam a história de vida de Arthur e sua identidade social como uma mulher, se sobrepõem à consciência que ele tem sob si, se reconhecendo como homem. Esse efeito de poder elucidado pelos jogos discursivos coloca Arthur em duas posições

distintas: I) a de necessariamente assumir uma identidade feminina, resultado de uma produção discursiva da família e da medicina sob o seu corpo e II) o seu reconhecimento com o que é convencionalizado como o masculino: trajes, brincadeiras, modos de se portar. As suas experiências de gênero e com o corpo devem ser historicizadas e vinculadas ao processo linguístico de produção de identidade, à medida que se ressalta a qualidade produtiva do discurso sob o corpo de Arthur. Localizar como a produção da linguagem opera sob o autorreconhecimento de Arthur e como uma performance de gênero lhe foi imposta com vistas a trazer integridade para o seu corpo nos faz refletir como a produção de uma experiência historicizada coloca em jogo a identidade o tempo todo – a desloca para uma posição considerada mais aceitável do ponto de vista dos jogos de poder elucidados no seu contexto sócio-histórico. Assim, questiona-se a produção da experiência visível como legítima e que deve ser inevitavelmente assim (Scott, 1998), ou seja, problematizar que o corpo considerado fora do padrão de genitália bem definida é a experiência legítima e que, exatamente por isso, deve invisibilizar os desejos de Arthur para com sua identidade, afinal ela fora pelo menos provisoriamente definida como feminina pela família. Devemos pensar aqui nos processos históricos que se utilizam dos recursos do discurso para posicionar os sujeitos e apresentar suas experiências. As circunstâncias aqui descritas por Arthur fazem exatamente isso: recolocam as posições de sujeito de quem pode definir e quem tem autoridade para tal nesse momento histórico – família e medicina são autorizadas a gerenciar sob seu corpo e a nomeação que deverá receber. Vamos pensar então o processo de produção da intersexualidade na vida dele e a lógica que se desdobrou durante sua trajetória de vida.

Desde seu nascimento, a questão da intersexualidade fora revelada à família.

Arthur: (...) o médico que fez o parto quando eu nasci, ele foi uma pessoa muito boa, então ele conversou muito comigo e com a minha mãe [quando] eu tinha 10, quase 11 anos, então ele disse qual seria a minha situação, e a minha situação biológica (...) que ele não poderia fazer nada no momento, porque eu teria que crescer.

Brune: A situação biológica no momento?

Arthur: No caso de eu ser intersex. (...) Por causa de eu não ter um corpo feminino; nunca tive um corpo feminino; sempre tive um corpo masculino. Então com as consultas que a minha mãe me levava, ele disse assim: “Não, o melhor é esperar.”
Brune:...desde o nascimento?
Arthur: Que eu tenha.eu nasci assim.
Brune: Entendi, mas o médico não nomeou desde o nascimento, como foi?
Arthur: Não, não, não, não, porque eu fui registrada como mulher. Então eu nasci e, e eu não sei porque ninguém nunca me disse quando descobriram isso, mas, eu fui registrada como mulher.
Brune: Mas a família já sabia essa coisa?
Arthur: Eu penso que sim.
Brune: De ter um corpo intersexual?
Arthur: Isso. Eu penso que sim, só que lá em casa, cada família tem a sua forma de se conduzir, né? A minha família sempre foi uma família muito discreta. O dia que eu me percebi diferente, eu é que abordei a minha mãe.
Brune: Ah é? E como foi isso?/
Arthur: Não foi ela que me abordou. Eu tinha mais ou menos uns, uns 10 anos mais ou menos.

A intersexualidade aparece nomeada e revelada à família pelo saber médico. O corpo ganhava integridade, rompendo as fronteiras binárias da frequência estatística encontrada: de um pênis e uma vagina convencionados como excludentes entre si. O sexo como dispositivo de demarcação corporal de uma identidade binariamente generificada depara-se com um desvio biológico materializado. O médico nomeia seu corpo dentro de uma nova categoria, à margem – surge a intersexualidade na vida de Arthur. Muitas vezes a intersexualidade é definida limitadamente como um corpo hermafrodita, que possui as duas genitálias. Contudo, ao se pensar sobre intersexualidade, uma das primeiras coisas que se deve considerar é a variação (Cabral & Benzur, 2005). Assim, percebe-se, no campo acadêmico incipiente na área das Ciências Humanas e Sociais acerca das pesquisas sobre intersexualidade, que ela é nomeada como “todas aquellas situaciones en las que el cuerpo sexuado de un individuo varía respecto al standard de corporalidad femenina o masculina culturalmente vigente¹⁷” (Cabral & Benzur, 2005, p. 283-284). Nesse sentido, o *standard* do corpo denominado masculino ou feminino é uma norma regulatória que traz integridade aos corpos que se tornam doravante sexuados (Butler, 2000), é o sexo que produz um modelo binário de corpo que coloca à margem quem não está dentro dessas

¹⁷ Todas as situações em que o corpo sexuado de um indivíduo varia a respeito da norma padrão da corporiedade feminina ou masculina culturalmente vigente – tradução livre da autora.

normas materializadas no corpo. As variações dizem respeito a alterações cromossômicas (em que XX é denominado como feminino e XY como masculino), alterações nas configurações das gônadas (variações de tecido testicular e ovário) e alterações nos genitais (pré-formações de órgãos genitais), pensando em uma multiplicidade de corpos possíveis dentro do *standard* proposto pelo discurso biomédico (Cabral & Benzur, 2005. Machado, 2012).

Já para o Conselho Federal de Medicina (CFM), sua condição é nomeada como anomalia de diferenciação sexual, dentro de um modelo biomédico classificatório estatístico. A semelhança com o anormal de Canguilhem (2009) não é mera coincidência. Produz-se a posição de sujeito vinculado à frequência estatística que, por sua vez, produz determinado corpo e estilo de vida. Assim, o CFM define:

Art.1º - São consideradas anomalias da diferenciação sexual as situações clínicas conhecidas no meio médico como genitália ambígua, ambigüidade genital, intersexo, hermafroditismo verdadeiro, pseudo-hermafroditismo (masculino ou feminino), disgenesia gonadal , sexo reverso, entre outras.(CFM, 2003, p.1)

Há de se considerar que as diferentes nomeações produzem o corpo intersexual: o discurso médico, do movimento social, do feminismo, da academia (Machado, 2014). De que intersexualidade se fala e qual a hierarquia que essas nomeações trazem? Como esses discursos atravessam os corpos à margem da dicotomia produzida pela regulação sexual da matéria, conferindo-lhe integridade, e quais os efeitos de poder sob esses corpos desviantes? Como a produção da intersexualidade enquanto “instabilidade da diferença sexual como norma e como verdade” (Machado, 2014) atravessa as histórias de vida de muitas pessoas como Arthur? Essas problematizações pretendem ser respondidas no decorrer da trajetória dessa pessoa, apresentada aqui.

Assim, lembrando que o nascimento de Arthur data de 1957, pelo desconhecimento e invisibilidade acerca da sua intersexualidade, a família se preocupa e oculta tal fato tanto de Arthur quanto da sociedade. A orientação médica era de não mexer

com este assunto, esperar para que a criança cresça e decida então, como adulta, o que fazer de seu corpo. Entretanto, esta criança vai para o seio de uma família, que por sua vez é produzida também pela norma da heterossexualidade compulsória, pelo binarismo e pelas hierarquias de gênero. E esta é então uma importante “circunstância” para a vida de Arthur. Mesmo assim, vale destacar que esperar para fazer qualquer intervenção cirúrgica na idade adulta não é uma postura comum na medicina quando se tratam de casos de genitália ambígua, frequentemente a família e a equipe médica operam a criança e definem sua genitália. Vale salientar aqui que muitas vezes a família e o médico optam não pelo bem-estar do corpo no sentido de funcionalidade vital, visto que na maioria dos casos não é necessária a cirurgia de designação sexual para o desenvolvimento saudável do corpo, mas essa ocorre para que haja uma coerência binária do indivíduo dentro de uma matriz sexual binária naturalizada como natural (Cabral & Benzur, 2005; Garbelotto, 2013; Machado, 2014). Os parâmetros geralmente utilizados pelos médicos são o da funcionalidade do corpo e o da inscrição na cultura. Os da funcionalidade muitas vezes estão ligados a parâmetros de uma genitália que funcione no sentido reprodutivo e sexual perpetuados pela sociedade (reprodução e ato sexual via pênis-vagina), já os de inscrição social se baseiam no modelo cisnormativo e heteronormativo reproduzido por nossa sociedade sexual (Machado, 2012), remetendo à coerência entre sexo, gênero e orientação do desejo como único modelo possível de existência (Louro, 2000; Butler, 2003). Mesmo não havendo cirurgia no período de infância no caso de Arthur, algo que, segundo a literatura recuperada acerca do tema é algo raro de se acontecer, seu gênero fora definido: em seus documentos, Arthur foi registrado como mulher, mesmo ele não se reconhecendo dessa forma.

Arthur: Então eu nasci e eu não sei porque ninguém nunca me disse quando descobriram isso [seu corpo intersexual], mas eu fui registrada como mulher. (...) Dentro de mim isso sempre aconteceu, eu fui uma pessoa que atrasou o meu sexo biológico aparecer, eles me registraram como menina, mas sempre dentro de mim eu

sou um homem, eu nunca me achei menina, nunca me achei menina, então, eu esperava um momento de eu me libertar.

Em relação à intersexualidade, a literatura aponta que, no caso cirúrgico, é muito comum designar o corpo convencionado como feminino, isto é, fazer alterações cirúrgicas no sentido que a nova genitália definida seja uma vagina. Como há uma máxima da medicina apontada por Machado (2014), “É mais fácil construir um buraco do que um poste” [tradução livre da autora], enunciação discursiva com grande efeito de poder sob pessoas intersexuais. Percebe-se então que há parâmetros sexistas e heterossexistas que atravessam os procedimentos de reconfiguração corporal exercido pelo saber biomédico, de modo a construir um corpo que seja sexualmente funcional dentro de uma relação estabelecida como a convencional: a relação heterossexual (Cabral & Benzur, 2005; Machado, 2012; Machado, 2014). Mesmo não sendo redefinido genitalmente, Arthur nos traz que foi uma pessoa que seu sexo biológico demorou a aparecer, relatando que seu órgão apontou com o decorrer do seu desenvolvimento.

Arthur: Dentro de mim isso sempre aconteceu, eu, eu fui uma pessoa que atrasou o meu sexo biológico aparecer, eles me registraram como menina, mas sempre dentro de mim eu sou um homem, eu nunca me, me achei menina

Logo, como não havia algo no nascimento que se pudesse considerar como um pênis, em uma perspectiva falocêntrica, tudo o que fugisse desse modelo ideal de órgão seria automaticamente designado como o seu polo historicamente construído como seu oposto: o sexo feminino, remetendo a uma ideia de que o corpo que pode ser designado como feminino é aquele sem pênis, aquele que não possui a função viril de poder penetrar (Cabral & Benzur, 2005). Além disso, como o corpo feminino é convidado a todo tempo se esconder, a se retrair, já é tratado e uma posição subalterna, uma identidade feminina traria a invisibilidade necessária para a questão que se busca invisibilizar o tempo topo: o corpo que foge à fronteira convencionada como natural em um sistema binário, o corpo variável, que ocupa a fronteira – o corpo intersexual.

A questão corporal surgiu para Arthur com dez anos, iniciada por ele e não pela família. Conforme o primeiro fragmento, houve a conversa com o médico. A intersexualidade fora nomeada, mas ocultada. Ela aparece, mas ao mesmo tempo é invisibilizada, a todo momento. Algo que não se diz, não se torna público, pois ninguém sabe como lidar. A indicação médica é esperar.

“Arthur: Então, ela me levou ao médico, chegando lá ele me examinou, ele conversou comigo, conversou com a minha mãe, mas pra ela não era nenhuma novidade, porque ele já devia ter conversado com ela outras vezes. Comigo não. Ele conversou comigo e disse assim: “Olha, eu aconselhei a sua mãe a vocês não tomarem nenhuma atitude, biologicamente falando, nenhuma atitude com relação ao seu corpo agora. [o médico] Falou isso comigo: “Sabe por que? Porque os anos passam; você ainda está em formação. Você não sabe o que que você vai querer no seu futuro.” Ele foi muito, assim, muito claro comigo, muito calmo, muito tranquilo, ele disse assim: “Você não sabe o que que você vai querer ser. Então um conselho que eu dou, é que você estude, vai trabalhar num hospital, num hospital desses grande, cidade grande, e você aí vai decidir o que que você vai querer ser, se você vai querer ser um rapazinho ou se você vai querer ser uma menina.”

No excerto acima, a postura do médico em relação à intersexualidade de Arthur é a do possa “vir-a-ser”, diferente do que acontece com a grande maioria das crianças intersexuais. Contudo o nascimento de Arthur data de 1957 e a literatura nos aponta que a partir da década de 1930 é que houve, a nível mundial, um incessante investimento na “correção” de pessoas intersexuais através de cirurgias de “mudança de sexo” (Cabral & Benzur, 2005), fato histórico que possibilitou então a existência de Arthur como não operado, haja vista que sob o ponto de vista do território ele habitava uma pequena cidade no interior mineiro, dificultando o fluxo de informações e trocas médicas que ocorre nos dias atuais. Localizar o período histórico e geográfico que Arthur está inserido nos permite perceber como os efeitos discursivos operam sob a construção da sua identidade. Assim, a não-intervenção cirúrgica pode ser produzida por esse desconhecimento geral da intersexualidade na sua cidade, associado a essa postura considerada sensível da parte do médico. Ainda que sua postura esteja circunscrita em um lugar de desconhecimento de como agir perante o caso de Arthur, o médico em questão levanta uma possibilidade binária de construção corporal e de identidade: “se você vai querer ser um rapazinho ou se

você vai querer ser uma menina”. O quadro binário, seja do corpo ou da identidade, é um forte discurso que atravessa a vida de Arthur e deve, portanto, atravessar o seu corpo em algum momento, após a sua decisão. Novamente, a intersexualidade é encarada como um problema: pode-se adiar, mas precisa-se resolver. Nesse ponto, os jogos de poder delineados pela enunciação descrita acima trazem outra posição de sujeito com grande poder sobre a vida de Arthur: a sua família. Mesmo não sabendo o motivo, ele fora registrado como menina, o quadro binário de uma identidade social deve ser definida, delimitando assim a fronteira discursiva do que deve ser dito e do que deve ser silenciado.

O que se constata nessa história de vida é que há diferentes exercícios de poder na fabricação das identidades: a percepção de si (Arthur) como consciência de si; e a consciência (de Arthur) da percepção que o médico tem de si; que difere da percepção da família, que apesar de saber deste “vir-a-ser” o cria determinadamente como uma menina. Esses jogos discursivos de verdade se tencionam na produção da identidade que virá a ser assumida por Arthur – que acata sua autopercepção e consciência de si em detrimento da nomeação que a família lhe dera e da esperança do médico do “vir-a-ser”. Não agora, mas em um futuro possível, em que haverá alguém preparado, ou seja, com saber técnico, para ajudá-lo a se enquadrar.

A patologização da intersexualidade tem como efeito a sua invisibilidade (Kraus *et al.*, 2008). Essa invisibilidade coloca pessoas como Arthur em posição abjeta à medida que não tem aparatos na saúde pública para lidar com a questão do seu corpo. Do ponto de vista biológico, do discurso médico, Arthur é uma pessoa intersexual, que precisa ser corrigido. Mesmo que não seja no nascimento, em algum momento da vida essa correção se fará necessária. Percebe-se que no Ocidente a intersexualidade foi legitimada pelo campo da medicina e colocada como algo que pertence a seu domínio de saber e prática.

O saber médico quem vai definir e praticar a correção (Machado, 2014). A Resolução 1664 do Conselho Federal de Medicina (2003) é o principal documento que coloca a medicina em jogo na legislação acerca do que denominam como anomalia de diferenciação sexual. Mesmo algumas partes da resolução destacando que “O paciente que apresenta condições deve participar ativamente da definição do seu próprio sexo” (CFM, 2003, p. 1), as contradições surgem ao passo que o mesmo documento também estabelece que “O nascimento de crianças com sexo indeterminado é uma urgência biológica e social” (CFM, 2003, p. 2). Se é uma urgência biológica e social, a questão de enquadrar a pessoa dentro do modelo binário de corpo e de gênero se perpetua, sendo a principal estratégia. Então, orienta-se que:

Art. 2º - Pacientes com anomalia de diferenciação sexual devem ter assegurada uma conduta de investigação precoce com vistas a uma definição adequada do gênero e tratamento em tempo hábil;

Art. 3º - A investigação nas situações acima citadas exige uma estrutura mínima que contemple a realização de exames complementares como dosagens hormonais, citogenéticos, imagem e anatomopatológicos. (CFM, 2003, p. 1)

Como então pensar autonomia da pessoa intersexual se, ao mesmo tempo, o conselho de medicina orienta para que o mais rápido possível seja feito o diagnóstico da chamada anomalia, com base em parâmetros voltados para a reprodução de um modelo naturalizado como normal? Tem-se uma perspectiva de um corpo pré-discursivo e ahistórico, que carrega uma base ontológica materializada pelo sexo (Oliveira, Viana & Souza, 2012). Nesse sentido, percebe-se como o biopoder naturalizado em discursos biomédicos produz disciplinas de normalização e determinam as formas de subjetivação dos sujeitos. No caso de uma pessoa intersexual, seu processo de subjetivação e construção de sua identidade de gênero estariam subordinados à normatização de um corpo denominado normal – o corpo *straight*, em que cada órgão é definido pela sua função (Preciado, 2011). A justificativa para a intervenção cirúrgica no período neonatal é de, apesar de que:

há quem advogue a causa de não-intervenção até que a pessoa possa autodefinir-se sexualmente (...) não existem a longo prazo estudos sobre as repercussões individuais, sociais, legais, afetivas e até mesmo sexuais de uma pessoa que

enquanto não se definiu sexualmente viveu anos sem um sexo estabelecido (CFM, 2003, p. 2-3)

Porém, os estudos mais recentes na área das Ciências Sociais e Humanas citados aqui (Cabral & Benzur, 2005; Garbelotto, 2013; Machado, 2012; Machado, 2014) demonstram que os casos de risco vital são mínimos no que concerne à intersexualidade. Os procedimentos cirúrgicos funcionam mais como um modo de normatizar os corpos, trazendo-lhe integridade para o convívio no meio social. Parece que a medicina, neste caso, atua como uma forma de erradicação da intersexualidade, através de tecnologias instauradas na “correção” necessária para a inserção na vida pública e social (Brum, 2010). Conforme exposto por Preciado (2012, p. 13), “com as novas tecnologias médicas e jurídicas de Money, as crianças ‘intersexuais’, operadas no nascimento ou tratadas durante a puberdade, tornam-se as minorias construídas como ‘anormais’ em benefício da regulação normativa do corpo da massa *straight*”. A anormalidade do corpo intersexual é normatizada ao longo da vida por estratégias de disciplinarização dos corpos em um incessante processo de regulação da massa *queer* e produção de um corpo dentro do padrão sexopolítico que constantemente regula, controla e normatiza.

Mesmo não sendo operado na fase neonatal, em seus documentos, Arthur foi definido juridicamente como mulher, identidade social que carregou durante mais de 40 anos. Do ponto de vista social, então, seu processo é uma migração de uma identidade feminina para uma identidade masculina – algo que costumeiramente se nomeia como homem transexual ou homem trans. Por isso, em alguns momentos Arthur chega a se afirmar como homem trans no início de sua participação no grupo, até o seu ingresso no setor de reconstrução genital de um Hospital Universitário no Rio de Janeiro (RJ) – polo mais próximo da cidade de Juiz de Fora (MG), em maio de 2014. Haja vista que o diagnóstico

de Gender Identity Disorder ou Transtorno de Identidade de Gênero (APA, 2002)¹⁸ é conferido descartando-se a possibilidade de Hermafroditismo, tratada aqui como intersexualidade, ou seja, é condição necessária que o corpo seja biologicamente definido dentro do conceito de sexo vigente. A intersexualidade ocupa uma posição que rompe a lógica de percepção de um corpo como masculino ou feminino, de uma posição dual convencionada como corpo normal e que traz integridade ao corpo. Esse fenômeno cria um estado de dúvida frente à coerência e consistência do sexo binário (Brum, 2010). Segundo esse manual psiquiátrico, uma pessoa transexual é classificada pelos seguintes critérios:

There must also be evidence of persistente discomfort about one's assigned sex or a sense of inappropriateness in the gender role of that sex (Criterion B). The diagnosis is not made if the individual has a concurrent physical intersex condition (e.g., androgenin sensitivity syndrome or congenital adrenal hyperplasia) (Criterion C)¹⁹. (APA, 2002, p.533).

As portarias do Ministério da Saúde acerca do processo transexualizador são consoantes com essa definição, orientando os/as psiquiatras a traçarem o chamado diagnóstico diferencial. Um dos critérios é o persistente desconforto com o sexo designado ou a um sentimento de que há algo inapropriado entre o papel de gênero desempenhando e o sexo, algo que fora relatado por Arthur, em suas vivências como garota.

Arthur: (...) fui criada como menina, né? As roupas não ficavam boas, nunca roupa feminina ficou bem em mim, mas eu fui criada como mulher, esperando uma oportunidade de me organizar pra viver o gênero de, de todo mundo que eu sempre quis, né? Porque eu sempre me identifiquei como homem.

Arthur: Não, eu me via como menino brincando com meu irmão, mas eu não tinha muito essa questão de, de menino, menina...a gente era criança...né, eu sempre falo isso, até pros médicos do Rio [do processo transexualizador]... É, nós éramos crianças, então eu brincava com meu irmão de bola de gude, tinha boneca que eles compravam pra mim, mas as bonecas ficaram lá...né...fizeram boneca de pano pra ver se eu gostava, mas eu nunca me liguei em boneca. Aí um monte de boneca,

¹⁸ Utiliza-se aqui a nomenclatura utilizada no DSM-IV visto que, na época que Arthur estive com o psiquiatra, esse era o diagnóstico vigente nos protocolos de saúde pública do Processo Transexualizador.

¹⁹ Também deve haver evidências de desconforto persistente com o sexo propriamente atribuído ou um sentimento de inadequação do gênero em relação ao sexo (Critério B) .O diagnóstico não é feito se o indivíduo tem uma condição física intersexual concomitante (por exemplo, androgenin síndrome de sensibilidade ou hiperplasia adrenal congênita) (Critério C) – tradução livre da autora.

boneca de pano, boneca disso, boneca daquilo...mas eu e o meu irmão, nós sempre fomos parceiros; ele é 5 anos mais novo que eu...quando eu tinha 5 anos ele nasceu. Aí eu fiquei brincando com ele, então eu cresci brincando com menino, eu e ele, brincando com ele, as coisas de menino, mais do que de menina, né? Apesar de ter boneca, mas era os carrinhos que a gente brincava, né? Então enquanto criança, a nossa, a cultura lá de casa não tinha esse negócio de homem e mulher...

Nós encaminhamos Arthur ao processo transexualizador no Rio de Janeiro. Eu estive presente em sua primeira consulta, pois, além de pesquisadora, sou usuária do serviço - uma mulher trans que passa pelas consultas psiquiátricas às quais as demais pessoas do grupo de apoio passam. Marcamos a consulta de Arthur no mesmo dia da minha e de outra menina trans. Arthur foi o último de nós a consultar, preferiu que fôssemos antes. Ao chegar no renomado psiquiatra do processo transexualizador do HUPE e mostrar seus exames realizados pelo Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU-UFJF), não houve consulta, apenas um telefonema. O médico disse que aquele não era o lugar que Arthur deveria estar, que o seu caso não era psiquiátrico. O telefonema era para o chefe do setor de urologia, responsável pelas cirurgias de reconstrução corporal. Não só pessoas trans passam por esse setor, mas também crianças com má-formação da genitália e pessoas com genitais mutiladas. Era o critério de exclusão consoante com a proposta do DSM-IV, até então vigente na época.

Nos dirigimos para o referido setor. Os médicos e residentes estavam agitados, curiosos, em estado de rebuliço. Em um corredor do quinto andar do prédio do HUPE, Arthur entrou por uma bancada móvel que impede o acesso àquela área e fiquei do lado de fora, esperando. Passaram-se aproximadamente duas horas até Arthur sair da sala, informando que estava tudo bem.

Depois, Arthur me contou que a equipe estava curiosa com sua história. Fizeram perguntas, fotografaram. Afirmaram como era raro pessoas intersexuais da idade dele que não haviam passado por algum procedimento cirúrgico. Ele ainda disse que a equipe

confidenciou que, em muitos casos, as pessoas intersexuais já chegavam ao hospital com resultados de cirurgias mal-feitas – era muito comum a correção.

O corpo chegou ao hospital como todos os demais que encaminhávamos: um corpo trans. Mas tem algo que desloca sua posição de sujeito, algo da ordem da matéria. O corpo não é um corpo definido biologicamente, é um desvio estatístico da grande maioria – o anormal de Ganguilhem (2009). A condição física de intersexualidade enquadra a denominada desordem pela comunidade médica em uma desordem de outra categoria: não mais aplicável aos parâmetros nosológicos da psiquiatria, mas aos da biologia, da biomedicina. Por isso, a sua não-inserção no processo transexualizador e sua vinculação ao hospital por outra porta. Não é necessário a consulta com o psiquiatra, mas sim agora com a equipe de urologia. No caminho tradicional percorrido por outras pessoas transexuais, conforme os relatos e encaminhamentos realizados pelo VisiTrans, a porta de entrada é o serviço de psiquiatria, pois o laudo ocupa um papel de destaque no cuidado à saúde e em execução de procedimentos cirúrgicos em pessoas trans (Arán, Zaidhaft, & Murta, 2008; Borba & Ostermann, 2008; Arán & Murta, 2009; Arán, Murta & Lionço, 2009; Almeida, 2012; Bento & Pelúcio, 2012; Teixeira, 2012). É o psiquiatra quem encaminha para o acompanhamento com o setor de urologia, responsável pelas cirurgias e acompanhamento hormonal. No caso de Arthur, contudo, o caminho é diferente, seu corpo recebe outro nome. Dessa forma, sua experiência é ressignificada e o seu eu se transforma de acordo com as contingências de nomeação externa e dispositivos que validem suas condições, como exames clínicos, endocrinológicos, mapeamento de cariótipo, etc.

O processo de constituição de identidade passa por um atravessamento de discursos de várias ordens: médicos, jurídicos, psicológicos, psiquiátricos. Arthur ocupa uma dupla identidade. A primeira delas é dada pelo corpo ambíguo que o discurso do médico desde o nascimento nomeara como intersexual. Junto com essa classificação que lhe confere

integridade dentro do alinhamento do sistema sexo-gênero, vem a nomeação do não-dito, do não-falado. Família e médico escondem do convívio social da cidade pequena a qual Arthur nasceu. Esperar retrata tanto autonomia de Arthur em se autodefinir no período em que se sentisse mais à vontade, mas também denota desconhecimento, interdição, ocultamento. Nesse momento, eclode a segunda identidade, forjada pelo discurso jurídico: ser registrado como uma menina. O discurso jurídico suprime então a primeira identidade, do corpo nomeado mas não regulado, não definido, não inteligível. Surge um novo eu para Arthur assumir, o de uma pessoa com performance de gênero convencionalizada como feminina. E o desconforto não é da ordem do corpo, mas da performance, do nome que carrega e do gênero o qual é tratado – algo muito semelhante ao que ocorre nas experiências de homens e mulheres travestis e transexuais. Por isso, a dupla identidade: de homem trans e homem intersexual.

Deve-se pensar, então, sobre essa produção de uma identidade subalterna, que tem limitado ou nenhum acesso às instâncias de fala e (auto)nomeação, resultado de um imperialismo cultural (Spivak, 2010), atravessado pela produção de identidades medicalizadas pelos discursos de poder-saber biomédicos contemporâneos (Cabral & Benzur, 2005; Bento, 2010; Garbelotto, 2013; Machado, 2012; Machado, 2014). Nesse sentido, as identidades de homem trans ou intersexual só ganham integridade através da legitimidade do discurso científico, da norma regulatória que produz os corpos sexuados em alinhamento com sua performance de gênero (Butler, 2000; Butler, 2001). Se o corpo se borra, se mistura, há uma produção que deve ser verificada e testada pelos dispositivos médicos de exames clínicos e tecnológicos que darão o seu “parecer”. Mais do que a produção de uma identidade intersexual como sendo patológica, e sua diferenciação de outra identidade considerada patológica – a transexualidade, não descrita a nível do biológico, mas a nível psicossocial – há a constante produção e reiteração discursiva de

posições subalternas a serem ocupadas por pessoas intersexo e trans. O subalterno muitas vezes representa as camadas inferiores da sociedade constituída por modos específicos de exclusão de mercados, político-legal de representação, e a possibilidade de adesão plena em estratos sociais dominantes (Spivak, 2010). Essa produção de camadas inferiores é atravessada por parâmetros estatísticos de um corpo convencionado como normal (e tornado binariamente diferenciado (a saber, o corpo cisgênero), excluindo outras possibilidades de configuração corporal como possíveis, daí sua posição de abjeto – como a fronteira que sustenta a classe dominante enquanto representação legítima e a classe inferior como subalterna, nomeando-a através dos parâmetros que a classe dominante convencionou como verdadeiros. Desse modo, a intersexualidade é produzida em uma posição subalterna e patologizada no intuito de reiterar a coerência binária do corpo historicamente naturalizado como normal, ocupando o espectro de identidades não-cis colonizadas e tendo seus direitos subjugados principalmente à posição de poder-saber da medicina que lhe confere lugares possíveis de existência: o da correção e normatização de sua matéria.

5.2. A mulher transexual nas políticas de saúde: em busca da legitimação da identidade

O gênero, como categoria de análise, é insólito, paradoxal, comumente invasivo e, por vezes, agressivo. Ele tem uma mola propulsora, a compulsão que nos move a um ponto sem dissonâncias cognitivas e afetivas. Independentemente de chamarem esse lugar de “identidade” ou de “subjetivação”, ele se encontra no vuco-vuco da vida contemporânea (Jesus, 2015)

Angelina é uma mulher de 34 anos, com aproximadamente 1,80m de altura, que se reconhece como “morena”. Meu primeiro contato com Angelina fora em 2011, durante a II Semana da Diversidade Sexual executada na Universidade federal de Juiz de Fora (UFJF). Na época, ela já estava em acompanhamento no processo transexualizador. Meu próximo contato com Angelina seria durante o segundo semestre de 2013. Essa aproximação me fez pensar em pesquisar a saúde das pessoas trans, muito em visto de eu mesma iniciar meu processo de ingresso no processo transexualizador no mesmo período. Em conversas informais com ela, pude perceber as lacunas na atenção integral à saúde trans no nosso país, algo que, para além da minha própria experiência de vida (por si só circunscrita por contingências sociais, acadêmicas, de classe e de raça), denotava uma relevância social e científica a ser investigada. Assim, iniciamos nosso contato que se fortaleceu nos encontros do grupo VisiTrans, visto que ela é umas participantes mais ativas e que auxiliam as pessoas mais novas com suas experiências. Ao criar um mosaico de sua história através de contatos pontuais registrados em diário de campo, levando em conta o olhar etnográfico de tornar familiar o que é estranho e estranho o que é familiar (Fonseca, 1999), decidi optar pela estratégia metodológica da entrevista baseada na história de vida de Angelina para poder aprofundar em alguns detalhes referentes ao seu próprio processo de identificação como o gênero feminino. A entrevista foi realizada na própria casa de Angelina, em seu quarto – local que ela mesma escolhera para o relato. As páginas seguintes seguem com algumas análises pertencentes à sua história, em que sua identidade enquanto mulher trans passa por todo um processo de legitimidade do campo

científico. O ponto de partida para sua identificação com o gênero feminino é relatado como percebido desde a infância, conforme fragmento da entrevista abaixo.

Brune: É... e como que você se percebeu e vivenciou esse processo com seu corpo e com seu gênero? Me fala!

Angelina: Então, foi, é... depois que eu me entendi. Vou falar um pouquinho de quando criança né? Porque nas minhas lembranças, né? Eu sempre gostei de brincadeiras mais quietinhas, eu não me identificava com brincadeiras mais violentas, com... é... eu tinha pavor de bola.

Esse discurso carrega em si a ideia de se identificar como mulher desde quando ela começou a “se entender”, tomando consciência de si enquanto sujeito e voltando à infância para contextualizar sua percepção de si. O fato anunciado com destoaante foram as brincadeiras, que não continham o caráter agressivo das brincadeiras associadas ao gênero masculino, tenho com ícone de destaque a bola. Pode-se pensar a construção de identidades de gênero atravessada por vários modos e vários sujeitos, no sentido de haver um processo de escolarização dos corpos e na produção disciplinar da masculinidade e da feminilidade (Jesus, 2015) – centrada na figura masculina colocada como hierarquicamente superior (Louro, 2000). Através desses processos, forja-se uma consciência de uma performance de gênero que deve ser coerente e estável, uma essência externalizada de uma natureza dada (Butler, 2001; Jesus, 2015; V. 2015). Contudo, mesmo em relação às brincadeiras, Angelina relata uma certa fluidez, ao passo que também gostava de “de brincar de carrinho e de montar prédios”.

Angelina: (...)E gostava de brincadeiras mais quietinhas, mas também brincava com carrinho, né? Aí tinha... é... bonequinhos, Playmobil, né? Porque eu sou mais velha, Playmobil, lego, né? Aí tinha menino e menina, né? Mas quando criança, eu não pensava que era nem menino e nem menina, eu era uma criança. Não tinha esse... não tinha esse pensamento.

Nesse trecho, percebe-se já que, apesar de já haver uma associação a uma determinada identidade de gênero, a entrevistada relata ter uma fluidez na experimentação de brincadeiras convencionadas como pertencentes a meninos e meninas (Louro, 2000), demonstrando que o próprio contexto de sociabilidade já determina lugares de gênero (Bento, 2011) para as brincadeiras, que, como a própria relata, a criança em si nem tem essa consciência plena –

independente de um processo de constituição de gênero de uma identidade trans ou cis (Jesus, 2015). A sexualidade é encarada aqui como essência e marcada pela coerência, quando, na verdade, percebe-se uma fabricação de verdade acerca do dispositivo da sexualidade que deve ser encarado não como naturalizado e em uma pretensa essência a ser descoberta, mas, do contrário, como um dispositivo histórico forjado a partir de múltiplos discursos que o fabricam enquanto a verdade: discursos esses que normatizam e disciplinam os corpos (Foucault, 2005).

Em relação a seu corpo, Angelina traz que a vergonha a acompanha desde a infância, ou seja, “desde quando começou a se entender por gente”. Os fragmentos seguintes materializam essa relação pueril com a percepção de seu corpo convencionado socialmente como pertencente ao masculino, circunscrito pelas normas regulatórias utilizadas pelo contexto social para a sua integridade enquanto pessoa (Butler, 1998; Butler, 2000), trazendo para si uma consciência do que é ser masculino ou feminino – dispositivo que atravessa todas as pessoas, sejam cis ou trans, mas que, todavia, que incide sob a subjetivação de pessoas trans principalmente através da eclosão da vergonha.

Angelina: Isso aí, desde que eu me entendo por gente, desde que eu tenho consciência, né? Tinha muita vergonha do meu corpo. É... tinha muita vergonha de sair sem camisa, né? É... eu tinha vergonha de ficar sem roupa na frente de adultos e de meninos.

Angelina: Eu sempre tive muita vergonha. E tinha vergonha, é... eu não gostava de andar com os pés no chão. Não gostava de andar sem camisa. Tipo assim, ia pra praia. (...) Aí entrava no mar e como toda criança, uma hora distraía, né? Aí ficava lá sem camisa e tal. Aí quando eu saía da água, eu já queria vestir a camisa, queria enrolar na toalha.

Angelina: Igual por exemplo, brincar na rua, que naquela época brincava na rua e tava calor e tal né? As vezes minha mãe falava:”Tira a camisa que tá calor e tal, pra não sujar, essas coisas”. Era um custo, as vezes eu até tirava, mas eu sentia vergonha, sabe?

Angelina se torna frequentemente desconfortável com o fato de ficar sem camisa em locais públicos, algo muito comum e corriqueiro para pessoas que se reconhecem como homem. Socialmente, há normativas de gênero de que performar o corpo sem camisa sem

pudor é algo legítimo para pessoas designadas como homens (por isso, a insistência da sua mãe em deixá-la sem camisa na infância), ao passo que, na sua auto-percepção, a entrevistada se vê exposta, mesmo ainda não havendo o desenvolvimento de seios – algo muito comum de ser performado pelo gênero feminino desde a infância. Além disso, havia toda a vergonha de ficar nua em frente a pessoas adultas e os meninos. Suas performances de mostra-esconde o corpo denotam que, de fato, certas atitudes corriqueiras para meninos não lhe cabiam, como a exposição do corpo – seja esse sem camisa ou completamente nu. O corpo feminino, em contrapartida, é atravessado pela normativa de que deve se esconder, principalmente dos convencionados homens. Por esse motivo, Angelina, tendo essa percepção de que não se reconhece como pertencente ao gênero masculino, esconde o corpo com a toalha e resiste ao tirar a camisa. Percebe-se aqui a produção de um corpo de consciência de si atravessado pelo gênero que o torna inteligível. Mais que isso, há a consciência de si inexoravelmente atrelada a uma ideia de gênero dentro de uma matriz binária. O corpo generificado emerge, visto que há a produção de uma matéria que ganha somente ganha integridade e legitimidade através de sua vinculação com o sexo e o gênero (Butler, 1998; Butler, 2000; Bento, 2011; Bento, 2012; Bento & Pelúcio, 2012). Desse modo, quando questionada inicialmente sobre sua relação com o corpo, Angelina traz à tona dois pontos principais: vergonha quanto ao próprio corpo e a identificação com as “brincadeiras de menina”.

A vergonha é algo que se repete nas falas de Angelina descritas acima. Na verdade, ela ocupa lugar central nas experiências trans em relação à percepção de seu corpo. Segundo as versões do DSM (aqui tratarei de citar a mais atual, que reitera o quesito vergonha/desconforto persistente com o próprio corpo como materialização da incongruência com as características do “sexo” oposto), temos como critérios angulares do diagnóstico de Disforia de Gênero (a nomenclatura substitutiva para o Transtorno de Identidade de Gênero, presente na versão anterior do DSM):

A marked incongruence between one's experienced/expressed gender and primary and/or secondary sex characteristics (or in young adolescents, the anticipated secondary sex characteristics).

A strong desire to be rid of one's primary and/or secondary sex characteristics because of a marked incongruence with one's experienced/expressed gender (or in young adolescents, a desire to prevent the development of the anticipated secondary sex characteristics)²⁰. (APA, 2015, p. 452).

Percebe-se aqui nesses fragmentos que deve haver uma incongruência bem marcada entre as características chamadas pelo documento de sexuais primárias ou secundárias que a pessoa tem e as que ela deseja ter, que pode ser visto na fala da Angelina como um desconforto e uma vergonha recorrentes desde a infância ao ficar sem camisa. Além disso, de acordo com o segundo critério, deve haver um desejo forte de se livrar dessas características sexuais, materializando o discurso de que o desconforto é muito forte ao ponto de produzir uma pessoa aprisionada em um corpo errado, corpo esse dado por uma natureza regular e binária (Butler, 1998; Butler, 2000; Bento, 2011; Jeuss, 2015, V., 2015). Esses critérios produzem o corpo trans enquanto sujeito em posição de 'transtorno', no DSM-IV, ou de 'disforia', no DSM-V, implicando dizer que há um corpo definido e que há uma incongruência manifestada pelas pessoas trans. Reitera-se assim o princípio básico de que existem de fato características sexuais, portanto designadas por uma biologia, que alinham sexo-gênero e produzem essa construção da identidade como a via normal e legítima para o gênero das pessoas (Bento, 2011; Bento, 2012; Bento & Pelúcio, 2012). O gênero, nessa perspectiva, deve então ser diagnosticado, estudado e estruturado em critérios nosológicos que vão orientar seu aparecimento e sua produção enquanto vivência disfórica e fora da linha da normalidade apresentada (Arán, Zaidhaft, & Murta, 2008; Borba & Ostermann, 2008; Arán & Murta, 2009; Arán, Murta & Lionço, 2009; Almeida, 2012; Bento & Pelúcio, 2012; Leite Jr, 2012; Teixeira, 2012. Peres, 2012; Sampaio & Coelho, 2012). Para além da normalidade

²⁰ A incongruência marcada entre a um gênero experienciado/expressado e as características sexuais primárias e/ou secundárias (ou em jovens adolescentes, a antecipada característica sexual secundárias). Um forte desejo de se livrar das características sexuais primárias e/ou secundárias por causa de uma marcante incongruência com o gênero experienciado /expressado (ou em jovens adolescentes, um desejo de impedir o desenvolvimento das características sexuais secundárias previstas) – tradução livre da autora.

estatística, o DSM reitera o desvio enquanto patologia (Canguilhem, 2009). O termo ‘disforia’, segundo o Moderno Dicionário da Língua Portuguesa Michaelis²¹ remete a uma produção semântica de “mal-estar” e “indisposição”, sintomas considerados ruins e vistos dentro de uma perspectiva de doença. Logo, o termo reitera a experiência trans como circunscrita a sentimentos ruins que se materializam na vergonha e desejo expresso de mudar as características corporais para adequar seu “gênero psicológico” ao “sexo biológico”. Percebe-se com isso que o gênero enquanto possibilidade discursiva só pode ser enunciado se atrelado a certas características convencionadas como sexuais adequadas dentro de uma perspectiva cisnormativa (V., 2014; V., 2015), o corpo generificado só é possível dentro de certas materializações. Quanto a esse ponto, o DSM-V nos informa que: “The current term is more descriptive than the previous DSM-IV term gender identity disorder and focuses on dysphoria as the clinical problem, not identity per se”²² (APA, 2015, p. 451). A justificativa para tal mudança é que o termo disforia será doravante mais descritivo e focado na disforia enquanto problema clínico, ressaltando que o problema não é a identidade em si, mas os sintomas apresentados.

Durante a puberdade há um jogo de esconde o corpo e uma maior consciência de si enquanto pertencente a uma identidade feminina. É nesse período que aos poucos se desenvolve uma autopercepção de si mais completa enquanto menina, conforme seu relato:

Brune: E na adolescência?

Angelina: Então, quando eu comecei a sentir atração, eu comecei a sentir o incomodo das características masculinas né? Aí que eu fui entender que eu não era um menino, era uma menina. Claro que isso não é automático, né? Eu fui, fui, fui, entendo isso aos poucos. Conforme eu fui parando pra pensar, porque eu já tinha mais consciência, né? Só que eu não tinha nenhuma referência! É... não se falava sobre transexualidade, não se falava nem sobre travestilidade também, que era mais comum, mas também não se falava. Eu não tinha acesso, não conhecia nenhuma travesti e num... na escola também não tinha, né? Então... não posso falar pra ninguém! Se já me criticam, já falam que eu sou gay, boiola, blá, blá, blá... Eu já

²¹ Consultado pela autora através do site:

<http://michaelis.uol.com.br/moderno/portugues/index.php?lingua=portugues-portugues&palavra=disforia>

²² O termo atual é mais descritivo que o termo transtorno de identidade de gênero do DSM –IV e foca na disforia como problema clínico, não como a identidade em si – tradução livre da autora.

tinha uma restrição do convívio social, já sofria muito bullying na escola, e os colegas de classe já me evitavam por causa disso. Imagina se eu virasse e falasse: “Ah! Sou uma menina.”, né? Então assim...

Brune: Mas na puberdade, você já tava com esse sentimento de que era uma menina!?

Angelina: Sim!

Nesse excerto, podemos perceber que seu processo de subjetivação enquanto uma mulher é atravessado pela invisibilidade da sua experiência no campo social. A falta de referência a faz se sentir um ser a parte, fora de uma lógica de que a normativa do sexo definindo a identidade de gênero da pessoa é naturalizada e, em contrapartida, o seu desvio – isto é, as identidades trans – ocupa a posição de algo invisível ou da ordem do deboche, do escrutínio das vivências desviantes como uma estratégia de violência simbólica corretiva (Louro, 2000; Bento & Pelúcio, 2012; Leite Jr, 2012; Teixeira, 2012. Peres, 2012; Jesus, 2012; Jesus, 2013; V. 2014). Nesse ponto, cabe destacar que a produção do corpo biológico masculino e feminino colocados como normais colocam as experiências do outro como menores, desviantes e invisíveis (Louro, 2000; Jesus, 2015), assim como hierarquicamente inferiores (Rubin, 2003). Por isso manter essa invisibilidade das possibilidades de existência fora da normativa sexo-gênero.

Assim, as relações com o corpo começaram a se mostrar como uma forma de resistência aos vetores cisnormativos que atravessavam seu processo de subjetivação e sua constituição enquanto sujeito generificado. Visto que Angelina não podia usar e experimentar a feminilidade, ela buscava esconder a masculinidade, isto é, apagar aqueles traços definidos como sendo do âmbito do masculino no sentido de produzir o sentimento disfórico e seu “desacordo” desde a infância, conforme o próprio DSM-V no traz (presente também na sua versão anterior).

Então, eu vestia calça, pra esconder os pelos, porque eu não podia raspar, né? (...). E o cabelo sempre ficava naquela coisa: Deixava crescer um pouquinho, depois cortava um pouquinho e depois deixava crescer... Aí quando cortava, alguém sempre comentava: “Ah! Agora tá com cara de menino.”, “Agora tá com cara de homem.”, né? E eu olhava assim (careta) e aquilo me irritava.

Conforme eu fui me desenvolvendo, fui crescendo, aí eu pra se... já tinha um andar mais feminino, passei a andar, um andar mais feminino ainda, passei a exteriorizar mais ainda a feminilidade, né? (...) E... E... até no jeito de falar. Evitava de falar gírias, né? Porque eu via isso muito no meio masculino, então eu evitava de falar tanto.

E... teve um período que eu comecei até a usar roupas mais escuras também, porque... mais sóbrias! Acho que eu não podia, é... é... exteriorizar o que eu era! Então eu tinha que esconder, esconder o meu corpo, não podia vestir o que eu gostava.

Eu nunca tentei ser diferente, eu nunca tentei viver fora do que eu sentia. Eu nunca tentei disfarçar! Infelizmente, eu fui reprimida de todas as formas: pai, irmão, sociedade, na escola, né? E a escola achava que eu que estava errada, que eu que tinha que mudar.

Percebe-se aqui uma negociação cotidiana com a família e a escola de como usar roupas, acessórios e o comprimento do cabelo. Desse modo, a autonomia sobre o uso do seu corpo é cercada pelas contingências, que não a enxergam como gênero possível dentro das performances normativas que fogem do suposto alinhamento entre corpo-gênero (Butler, 2000; Bulter, 2001; Arán, Zaidhaft, & Murta, 2008; Borba & Ostermann, 2008; Arán & Murta, 2009; Arán, Murta & Lionço, 2009; Almeida, 2012; Bento & Pelúcio, 2012; Leite Jr, 2012; Teixeira, 2012. Peres, 2012; Sampaio & Coelho, 2012, Jesus, 2012; Jesus, 2013; Jesus, 2015). Todo esse desconforto acaba sendo classificado pelo DSM-V como critério para definir sua posição de pessoa trans legítima pelo poder-saber científico a performar de outra maneira (Bento & Pelúcio, 2012). Há jogos de usos dos dispositivos de feminilização do corpo. Sua trajetória é marcada por, aos poucos, uma migração para uma figura andrógena (primeiro apagando as características masculinas e tornando o corpo mais “unissex”) para só depois de fato investir em uma construção corporal baseada em seus parâmetros de feminilidade. Nesse ponto, mais uma vez a identidade e o uso e modificação do corpo é negociado com o contexto social à volta, buscando legitimidade para a sua feminilidade e *status* de mulher. Por isso, Angelina relata que não poderia exteriorizar alguns processos de construção identitária em detrimento das formas de repressão que ela sofria, materializadas na família pelas figuras do pai e irmão e na escola pela presença do *bullying* a nomeando de

modo depreciativo como “gay” e “boiola” (conforme relatos anteriores apresentados nesse trabalho). O que impera aqui é a hierarquia das sexualidades (Rubin, 2003), em que cada vez mais que a informante se afasta do modelo cisnormativo e heteronormativo do sistema, seu corpo passa a ocupar, doravante, um lugar de inferioridade, em que pode (e deve) sofrer estratégias de violência simbólica como ofensas no sentido de corrigir o que convencionou-se estar tendo um desenvolvimento anormal da sua performance de gênero (Bento, 2011 Jesus, 2012; Jesus, 2013, V. 2014). Por isso, família e escola entram em tensão como as peculiaridades do processo de identificação de Angelina enquanto mulher, sendo esse processo da ordem do “não-natural”, do “anormal” (Jesus, 2012; Jesus, 2013), de uma identidade colonizada que não se deve se expressar por si e deve barganhar sua legitimidade em litígios cotidianos (V., 2014). Tais reflexões são materializadas através da fala de Angelina:

Conforme eu fui ficando mais feminina, mais as agressões ficam intensas, perseguição né? Tive sorte de não sofrer violência física né? Mas a perseguição foi ficando cada vez mais intensa e quando mais agressão eu sofria, e era mais dos meninos, dos homens não das meninas, mais feminina eu ficava.

Esses processos de subjetivação e de poder se colocar em uma posição legítima de sujeito nos jogos discursivos que produzem a realidade social como a encaramos muitas vezes podem ser violentos e cercearam as possibilidades de se reinventar e resistir, trazendo consequências para a saúde dessas pessoas. No relato de Angelina, percebe-se que todo esse litígio possibilita o desenvolvimento de sintomas depressivos.

Angelina: Na minha adolescência, pré-adolescência, eu tinha vontade de... eu tinha pensamentos mesmo de me matar, tinha vontade de me matar. Eu pedia pra Deus me levar. Eu queria morrer! Vira e mexe eu queria morrer. (...) E eu era muito sozinha, me sentia muito sozinha, não tinha amizades, então assim, é... a solidão também mexe muito com o emocional da gente, né? A solidão leva a gente até a pensar nas coisas negativas e... a gente sofrendo preconceito. Eu já um problema como meu “eu” dentro do meu corpo, a autoestima né? Ainda sofrendo agressão verbal, mexe mais ainda com a autoestima.

Assim, mostra-se profícuo problematizar aqui que contexto é esse que possibilita essa emergência das pessoas trans enquanto depressivas, incongruentes como o corpo e a

sociedade, que deve sofrer represálias sociais e dificuldades cotidianas, em uma espécie de ostracismo social em detrimento de ser convencionalizada como depreciativamente anormal. Há atravessamentos na história de vida de Angelina enquanto mulher transexual que a segrega, a leva, além de sofrer violência simbólica, ser colocada na posição de isolamento. Os jogos discursivos colocam a sua possibilidade de existência enquanto sujeito viável como invisível, que deve se esconder e, quando se mostra, deve pagar por resistir às normativas que imperam. É um corpo que ninguém deve entender, nem ela. É um corpo inteligível, corpo abjeto que doravante terá seus plenos direitos de autonomia de se autodefinir e modificar condicionados a negociações com os lugares de poder-saber que a colonizam. Essa é a possibilidade de existência do corpo trans produzido por uma série de nuances discursivas que se tornam legítimas para defini-lo: o corpo que deve contidamente pedir permissão para existir enquanto sujeito de direitos plenos, visto que seu afastamento da hierarquia das sexualidades lhe confere status inferior e lhe obriga a solicitar favores para poder se materializar. Essa resistência de materialização e da liberdade da possibilidade de si culminam na depressão, relatada pela participante da pesquisa. Ao contrário dos manuais diagnósticos que produzem uma verdade de que as pessoas trans possuem tendência depressiva e suicida em si (Bento & Pelúcio, 2012), cabe problematizar aqui quais as possibilidades de existência que a colocam em uma posição subalterna e de adoecimento cotidiano. Essa perspectiva colonial da medicina, psiquiatria e psicologia negligenciam os determinantes sociais da saúde que deveriam ser considerados em todo o processo (Lionço 2008b; Lionço, 2009; Dalmolin *et al.*, 2011), de modo a entender quais os impactos dessa produção discursiva colonizada dos corpos trans em sua saúde.

O desejo de alterações corporais começa a surgir, mas há uma falta de conhecimento de como operacionalizar esse desejo, ressaltando um desconhecimento acerca do processo transexualizador, política pública de direito da pessoa trans no Brasil. Apenas em 2005, uma

amiga lhe diz sobre notícia na televisão sobre a cirurgia realizada pelo SUS, o que abre um leque de possibilidades para Angelina. Então, como forma de atender suas necessidades, ela busca por uma ONG LGBT na cidade (onde acaba descobrindo acerca do nome social e recebe reportagens sobre transexualidade). Nesse lugar, Angelina relata que fez acompanhamento psicoterápico para lidar com preconceito das pessoas, frequentou algumas reuniões gerais da instituição. Quanto ao atendimento psicoterápico realizado, Angelina mostrou-se insatisfeita com o papel da psicologia. Conforme seu relato:

Angelina: Eu entrei em atrito com a minha psicóloga. Eu achei que ela não tava muito sabendo lidar com as questões da transexualidade, né? Ela me fazia umas perguntas meio esquisitas. Não sei te falar agora, né? Não lembro. Só que eu tava assim (sinal com as mãos contraídas). Aí, eu desisti...

Pelo trecho acima, percebe-se o desconforto de Angelina perante algumas perguntas consideradas esquisitas que lhe foram feitas e que a própria não se lembra. Nesse ponto, cabe destacar que muitas vezes a psicologia se mostra despreparada em lidar com as demandas específicas das pessoas trans, ressaltando seu lugar de poder-saber sobre a legitimidade do gênero de pessoas trans (Bento & Pelúcio, 2012; Sampaio & Coelho, 2012). Mesmo dentro de uma ONG LGBT, Angelina não encontra ainda o caminho para a política nacional que contemple as necessidades de pessoas como ela no Brasil.

Nesse mesmo lugar, relata que conheceu uma pessoa que trabalhava nessa ONG LGBT e também em uma ONG voltada para o suporte à profissionais do sexo (trans e cis). Por esse trabalho na outra ONG, essa pessoa conheceu uma assistente social do Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) e do Serviço de Atenção Especializada (SAE)²³ que estava auxiliando um homem trans (no caso, o Tarso) para encaminhá-lo ao processo transexualizador. Assim, a assistente social do CTA a recepcionou bem e informou sobre o

²³ O Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) e o Serviço de Atenção Especializada (SAE) fazem parte da política de DST/Aids da saúde pública. O CTA é responsável principalmente pela realização de exames para diagnosticar DST/Aids enquanto o SAE conta com uma equipe multidisciplinar, composta por médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, voltada para as demandas em saúde das pessoas que vivem com DST/Aids.

Tratamento Fora de Domicílio - TFD²⁴, bem como a encaminhou para um urologista considerado aberto quanto à questão do gênero, que fez o pedido de encaminhamento para tratamento na capital de Minas Gerais. Nessa consulta com o urologista ela fora informada da necessidade de acompanhamento psiquiátrico de dois anos. Após duas tentativas fracassadas de inserção no processo transexualizador, uma em Belo Horizonte e outra no Hospital Universitário da Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ, finalmente ela se insere através do Hospital Universitário Pedro Ernesto – Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ). O que se constata no seu relato é que: há uma dificuldade inicial de encontrar um serviço que a encaminhasse para o processo transexualizador, sendo que apenas um local voltado para políticas de DST/Aids conseguiu auxiliá-la, mesmo não sendo seu foco de atendimento. Depois, há uma dificuldade em contar com um serviço de saúde especializado que a recebesse, visto que dois lugares encontraram problemas técnicos em recebê-la e acabaram encerrando suas atividades. A população trans, principalmente em municípios menores, ainda tem uma grande dificuldade de primeiramente conhecer o processo transexualizador e, após, conseguir uma instituição de saúde que possa facilitar esse caminho até os centros credenciados junto ao Ministério da Saúde. Por não ser o alvo principal desse trabalho, fica o apontamento para uma problemática de pesquisa que possa esmiuçar essas nuances de negligências no acesso a serviços de direito, bem como quais as estratégias utilizadas para contornar tais situações. Aqui em Juiz de Fora - MG, a implementação do grupo de apoio e militância chamado VisiTrans é uma tentativa nesse sentido de promoção de cidadania e saúde às pessoas trans (Perucchi; Brandão; Berto; Rodrigues & Silva, 2014; Perucchi; Brandão & Silva, 2015), mas que não carrega consigo parceira formalizada com a prefeitura municipal ou com o processo transexualizador do Hospital Universitário Pedro Ernesto.

²⁴ O Tratamento Fora de Domicílio (TFD), é uma política de saúde que preconiza que, se um município não pode oferecer um serviço de atenção à saúde de uma pessoa, a secretaria de saúde é obrigada a custear a locomoção até o local em que haja um serviço de saúde mais próximo que atenda a necessidade dessa pessoa.

Durante a sua permanência no processo transexualizador do HUPE, o uso de hormônios e procedimentos cirúrgicos foram realizados sob a tutela médica psiquiátrica. A Psiquiatra é a porta de entrada do serviço e é quem encaminha para os demais setores (Arán, Zaidhaft, & Murta, 2008; Arán & Murta, 2009; Arán, Murta & Lionço, 2009; Bento & Pelúcio, 2012 ; Teixeira, 2012. Peres, 2012; Sampaio & Coelho, 2012). Como a entrevistada relata:

Angelina: Aí, primeira consulta, ele [o psiquiatra] perguntou o que eu queria. Falei que eu tinha vontade de operar. Aí eu já sabia do tratamento hormonal, eu já sabia, é... mais ou menos, de alguns procedimentos. Aí ele falou que eu ia consultar mais de dois anos, né? Se ele constatasse que eu era transexual, que ele me daria o laudo, né? Me atendeu muito bem, né? Muito tranquilo. Me encaminhou pra mim ser matriculada no hospital. Pra fazer o cartãozinho do hospital, e já me encaminhou pra urologia. Me deu o encaminhamento pro laboratório de urologia [setor responsável na HUPE pela hormonioterapia].

Sem o documento de encaminhamento do psiquiatra responsável, o processo não se torna possível. Só então o tratamento de fato acontece, o que nos levar a refletir acerca da via da patologização da identidade pelo discurso médico mesmo dentro do processo transexualizador: para que a identidade feminina de Angelina seja legitimada e seus procedimentos em relação ao corpo autorizados foi necessário que ela se consultasse primeiramente com o psiquiatra para só então dar início ao uso de hormônio. Nesse sentido, é o lugar de poder-saber que coloniza ocupado pelo médico quem dita o sofrimento da pessoa trans com o próprio corpo e quais devem ser suas demandas de cirurgia, que são diagnosticadas no processo transexualizador. O gênero, mais uma vez, através do processo de patologização é diagnosticado e constatado pelo lugar de poder-saber do psiquiatra. Assim, as identidades desviantes são cotidianamente colonizadas, mesmo nos serviços que deveriam de fato atender suas especificidades em saúde através de um olhar integral e ampliado (Loinço, 2009; Dalmolin, *et al*, 2011).

No seu tratamento hormonal, Angelina nos traz como efeitos feminilizadores do uso de hormônios:

Angelina: Eu não sentia muita transformação no corpo não. Eles falaram q ia demorar um certo tempo, né? E realmente, demorou um bocado. O que eu senti de cara, foi a questão da ereção, né? Porque eu tinha ereção noturna e... Uma semana, eu já não tinha mais. A noturna, a involuntária, assim, totalmente involuntária, né? Aí, aquilo pra mim foi a glória.

(...)

Angelina: a diminuição dos pelos e a formas mais femininas mesmo. O corpo mais feminino, o peito, bunda... Demorou muito tempo! Demorou... pra fazer efeito [crescimento da bunda e dos seios], assim, visível mesmo, acho que foram mais de dois anos.

(...)

A barba, demorou muito mais tempo pra diminuir, pra ralear, mas ela raleou. Os pelos também. Mas raleou mais quando eu cheguei pra... até tinha uma... uma médica na equipe. Foi a única médica que teve na equipe, residente. Aí eu falei com ela e ela aumentou a dosagem da ciproterona até então, eu tomava 50, passei a tomar 100. Mas duas vezes ao dia. Então eu tomava duas vezes de 50 que dava 100mg ao dia. E o estradiol, a mesma coisa.

Nesses fragmentos, percebe-se as alterações corporais decorrentes do uso de medicamentos na produção de um corpo convencionado como feminino. A medicina regula e normatiza, através de taxas hormonais e ingestão de medicamentos, as formas da matéria que vai ganhando integridade e legitimidade. O efeito gradual do processo, ressaltado por Angelina é um fator a se notar. Há todo um investimento cotidiano na naturalização do uso de medicamentos que doravante vão trazer cada vez mais alterações desejadas no corpo dela. Contudo, há limites para esse uso. Mesmo fazendo uso de hormônios que bloqueiam a testosterona no organismo (a saber, a ciproterona – que teve sua dosagem aumentada pela equipe médica) e o consumo de estradiol (hormônio feminino puro), a barba – marca masculina – não fora erradicada. Quanto a esse ponto:

Angelina: Fazia os exames de sangue, levava pra eles e sempre tudo bacana, super saudável, né? E conforme o corpo foi transformando, eu fui me sentindo mais a vontade. Mas o meu problema maior, foi a questão da barba, né? Porque mesmo estando transformada, a barba incomodava muito, porque eu tinha alergia, não podia ficar fazendo muito.

Angelina teve que recorrer, então, a um procedimento que o processo transexualizador não cobria: a depilação a laser. Mesmo a hormonioterapia não foi suficiente para erradicar os pelos – principalmente do rosto – trazendo prejuízos para ela e sua identidade feminina:

Angelina: E já tava raspando já, né? As pernas, os braços, literalmente, eu raspava o corpo todo. Aí, no dia que eu já tava com a barba espetando e tinha que ir na rua, eu tinha que ir com roupa masculina (aspas com as mãos) masculina assim né? Masculina. Não dava pra sair toda feminina. Roupa. Não postura, comportamento. Faixa, até brinco, bolsinha, mas não com roupa totalmente feminina. Não usava vestido, não usava saia.

Brune: Porque o hormônio não tinha dado conta dos pelos do rosto, da barba?

Angelina: Por causa da barba.

O fato de o processo transexualizador não suprir sua demanda de erradicar os pelos da face muitas vezes a fazia, mesmo tendo sua identidade definida para si, usar roupas convencionadas como masculinas para que não sofresse as estratégias corretivas de outrora. Novamente, o corpo deveria possuir a coerência de gênero para poder circular no espaço público (Louro, 2000; Rubin, 2003; Bento, 2011; Bento, 2012). Os serviços ofertados no programa de saúde pública, dessa maneira, não eram suficientes para lidar com a construção do corpo de Angelina e suas necessidades, trazendo uma dinâmica de identidade condicionada a fatores externos: quando estava com barba, voltava à fase andrógena por medo da represália no espaço público; ao raspá-la, podia vivenciar a feminilidade de forma mais plena. Nessa questão, ela teve de judicializar a solicitação de pagamento do procedimento a laser pelo município, visto que, por estar afastada do contexto de trabalho por conta da transfobia, não teria condições de arcar com os custos do procedimento. Uma situação de vulnerabilidade no campo da saúde se torna maximizada pela vulnerabilidade no campo social e do trabalho, em uma situação que se retroalimenta e se mantém através dos vetores cisnormativos que operam nos espaços que Angelina circula: espaços esses que não veem como sujeito de direitos uma mulher de pênis e barba. Sua abjeção é reiterada e impacta diretamente em sua história de vida, não apenas sob seu corpo. Devemos pensar, assim, como o gênero é possível de ser enunciado somente dentro de certos parâmetros convencionados como coerentes e que exigem que a pessoa trans deva “se adequar”. Enquanto essa “adequação” não ocorre em um nível razoável que reitere a coerência do binarismo dos corpos masculino e feminino, a pessoa ainda não é tida como sujeito pleno de direitos, tendo que reivindicar suas necessidades (nesse

caso, materializadas através da judicialização para que o procedimento a laser seja custeado pelas esferas estatais como direito de saúde da pessoa).

Cabe ainda destacar que houve, segundo a entrevistada, poucos sintomas colaterais de hormônios relatados, sendo resumidos pela sensibilidade e um pouco de enjoo no início do tratamento. Entretanto, as principais questões de saúde levantadas por Angelina foram referentes ao seu quadro depressivo grave. Ela teve inclusive queda de cabelo e faz uso de medicação antidepressiva até os dias de hoje – uso contínuo por aproximadamente 7 anos. Ao ingressar na psicoterapia do SAE, mesmo não sendo a demanda de saúde da instituição, Angelina relata que foi (e continua sendo até a presente data) acompanhada pela psicóloga, essa sim atenta às suas necessidades de gênero. No município de Juiz de Fora - MG, *lócus* da referida pesquisa, os/as profissionais que lidam com DST/Aids no SAE mostraram-se como importantes parceiros/as engajados/as para com as demandas de saúde integral das pessoas trans.

Angelina: eu comentei que em 2009 eu tive uma crise depressiva muito forte, e eu assim, me dava uma sensação muito forte, estranha. Um sofrimento, uma angústia, um incômodo. E... muito! Isso foi começando aos pouquinhos, aí foi num crescente. E... eu acabava com uma sensação muito esquisita. Eu ficava inquieta. (...) eu fui encaminhada pro CAPS, pra fazer o tratamento psiquiátrico, prescreveram a medicação. Eu realmente fui diagnosticada com depressão. Aí, eu entrei com o medicamento. Ia nas terapias. Ia na terapia três vezes por semana e conversando e tal. E conversando com a psicóloga [do SAE], a gente começou a desconfiar que o tratamento, que o hormônio tava ajudando né?

Aqui, além do fator anteriormente citado das contingências possibilitarem o aparecimento de sintomas depressivos em detrimento da invisibilidade da identidade de gênero de Angelina e os problemas sociais enfrentados para legitimar sua identidade, há a hipótese de que o uso de hormônios funcionaria como potencializador desses sintomas. Nesse caso, ela procurou novamente o processo transexualizador mesmo após a retirada do laudo psiquiátrico para colocar em xeque sua hipótese.

Angelina: Procurei os médicos também, eles falaram: tem que continuar com seu tratamento. Isso não tem nada a ver com o hormônio e os medicamentos antidepressivos e terapia vão te ajudar (...) Segundo eles, não! Que do pouco que

eles entendiam, não! Que era pra eu continuar com o hormônio, continuar com o tratamento e o antidepressivo, a terapia e tal. Como de fato... poxa! Eu queria uma explicação porque como eu já tenho motivo... já tava com o laudo, né? O Laudo pra cirurgia, peguei em Abril de 2009. Ficava: Porque que eu tô sentindo essa sensação? Eu era pra estra tão feliz. Porque eu já tava com o laudo, já tinha entrado na fila. Mas não tinha como explicar.

A confusão perante a negação da sua hipótese de que os hormônios estariam contribuindo para o seu quadro depressivo nos faz pensar que, primeiramente, o fato de estar inserida no processo transexualizador de fato não contemplou todas as suas necessidades em saúde, visto que, mesmo em posse do laudo psiquiátrico, a espera para a cirurgia demoraria mais do que os dois anos preconizados pelo processo transexualizador (Brasil, 2013). Além disso, outras demandas corporais foram negligenciadas nesse processo, como a própria aponta em fragmentos anteriormente citados. Dessa maneira, percebe-se que muito do trazido pela Angelina como prejuízos à saúde são relacionados a problemas psicológicos em detrimento do contexto não aceitar a sua identidade de gênero, mais do que seus problemas internos com sua autopercepção de seu corpo. Pensar dessa forma nos faz refletir acerca das condições sociais e seus determinantes sob a saúde de pessoas trans: não é a transexualidade que carrega em si uma sintomática depressiva, mas sim o contexto de negligência e aniquilamento social que a adoecem (Lionço, 2009).

Por fim, vale salientar que, apesar de Angelina passar pelo procedimento de transgenitalização, a cirurgia não ocupou o ponto central da entrevista, ficando muitas vezes invisibilizada em detrimento de outras características corporais que também a incomodavam. Esse ponto nos faz refletir acerca da genitalização do gênero, enunciado que atravessa o discurso do processo transexualizador (Arán, Zaidhaft, & Murta, 2008; Borba & Ostermann, 2008; Arán & Murta, 2009; Arán, Murta & Lionço, 2009; Almeida, 2012; Bento & Pelúcio, 2012; Leite Jr, 2012; Teixeira, 2012. Peres, 2012; Sampaio & Coelho, 2012) como sustentáculo da atenção à saúde da população trans no Brasil – questão esta que está buscando ser ampliada com a portaria do Ministério da Saúde de 2013 (Brasil, 2013).

Angelina: eu estou realizada com o meu corpo, eu estou realizada com a minha identidade, eu estou realizada com a forma que eu posso expressar minha feminilidade. Com a forma que eu posso me identificar, me vestir. Eu acho que eu posso, realmente, depois da cirurgia, eu pensei em tirar e tal [o pomo de adão]. Mas pensei, eu acho que não tem necessidade. Porque também, eu acho muito interessante, também, é... a sociedade tem que acostumar com certas coisas. Então assim, as pessoas têm que acostumar a ver pessoas com corpos diferentes. Igual no meu caso, eu estou operada, mas tenho pomo de Adão e que é que tem? Eu não preciso tá passando despercebida pra ser respeitada. As pessoas têm que me respeitar do jeito que eu sou. Independente do que eu tenho no meu corpo. Então, hoje em dia, eu entendo que a gente é que define nosso corpo.

Pelo fragmento de fala da entrevistada, o gênero se mostra um processo muito complexo que, mesmo entre aquelas pessoas que demandam a cirurgia de alteração da genitália, não representam o único ponto, visto que o processo de alteração do corpo generificado não se restringe a um órgão, mas envolve o corpo como um todo. Nesse caso, deve-se ampliar a discussão, pensando o gênero como uma construção relacional e refletindo acerca da real autonomia que as pessoas possuem sobre seus corpos e suas determinações, à medida que o processo transexualizador, até a nova portaria de 2013, esteve focado na cirurgia de transgenitalização. Nas palavras da própria entrevistada:

Angelina: Não tem como você pegar um corpo designado como masculino, fazer a cirurgia e a char que a gente vai ficar feliz só com a cirurgia. A gente quer ter as formas femininas, cada um na sua identificação, né? Igual no caso de querer acabar com os pelos do rosto. A questão de acabar com os pelos do corpo. A questão de ter o corpo mais feminino, peito, bunda, coxa, né? Essas questões todas, né?

Nesse trecho, ela denota que formas femininas, tais como peito, bunda e coxa, bem como a retirada do pomo de adão (fragmento anterior) e dos pelos do rosto e do corpo fazem parte do desejo de pessoas que se identificam como o gênero feminino, cada pessoa dentro da sua singularidade. Todas essas questões levantadas por Angelina devem ser problematizadas para que, conforme a própria ressalta, “achar que a gente vai ficar feliz só com a cirurgia”. Esse trecho deixa claro que a genitalização do processo de identidade de gênero atravessa a política pública do hospital que Angelina esteve, já que “o SUS oferece só a cirurgia, pelo menos no hospital que eu peguei. Então assim, eu tive que entrar na justiça, pra conseguir o tratamento

hormonal, os hormônios de graça” Tal fato se repete em outros hospitais pelo país credenciados ao processo transexualizador, conforme aponta a literatura na área (Arán, Zaidhaft, & Murta, 2008; Arán & Murta, 2009; Arán, Murta & Lionço, 2009; Bento & Pelúcio, 2012; Teixeira, 2012. Peres, 2012; Sampaio & Coelho, 2012). Os hormônios, conforme trazido anteriormente, são dispositivos que promovem as mudanças das alterações corporais e na feminilização dos corpos, de modo a redistribuir a gordura corporal. Pensar apenas na genital e negligenciar as demais nuances de mulheres travestis e transexuais com seus corpos seria focar em uma parte e se esquecer do todo, seria reiterar o conceito de que uma vagina faz uma mulher legítima – perspectiva essa que não coaduna com a proposta desse trabalho de apresentar o gênero como uma construção histórica e social, que deve ser pensado a partir de suas possibilidades de emergência.

Portanto, com base nos dados dessa história de vida e as constantes posições de sujeito subalterno que Angelina ocupou, percebe-se a necessidade de se pensar políticas inclusivas de demais procedimentos que causam sofrimento psíquico a pessoas trans. Esse processo mostra-se profícuo à medida que permite o acesso universal de todos/as enquanto cidadãos/ãos e sujeitos de direitos, bem como torna a atenção à saúde mais integral, levando em conta os processos psicossociais de construção do sujeito generificado e sua autonomia sob seu corpo, *locus* de gerência da medicina, psiquiatria e psicologia.

5.3. A migração do homem trans pelo sistema público-privado da saúde: visibilidade de um novo corpo inteligível

Tarso é um homem de 45 anos, com altura média de 1,55m. Meu contato com ele foi através de Angelina, visto que ambos se conheciam há aproximadamente uns 6 anos. O contato inicial deles ocorreu em detrimento da ida de Tarso de Juiz de Fora até um hospital credenciado ao processo transexualizador no Rio de Janeiro, capital. Tarso já estava nessa trajetória quando Angelina foi encaminhada para o Rio. Conheci Tarso uns meses antes do início do grupo de apoio, o Vistrans. Contudo, apenas em janeiro de 2014 (data do primeiro encontro do grupo), meu contato se tornou mais próximo. Tarso falava pouco nos encontros do grupo, mas sempre trazia dados importantes de sua história e trajetória pelo sistema de saúde. Das pessoas selecionadas, ele é o que passou por mais hospitais e por um período mais longo – de aproximadamente dez anos.

Por conta desse contato próximo por todos esses anos, o local escolhido para a entrevista de Tarso fora a casa de Angelina – mais especificamente, a sala. Perguntei sobre a presença de Angelina durante a entrevista e o entrevistado preferiu que ela ficasse, visto que ela, segundo ambos, sabia de sua trajetória “de cor e salteado”. Por conta de não se recordar de algumas questões, sua entrevista foi um pouco mais curta que as demais. Esses lapsos se justificam, pois, a história de Tarso carrega situações de violência e rompimento familiar, questões que, por respeito a seus sentimentos, achei mais ético não forçar a lembrança e focar na questão central da pesquisa – sua relação com seu corpo.

Ao ser indagado sobre sua identidade de gênero, Tarso diz que se reconhece como homem transexual. O entrevistado nos traz que, assim como as pessoas anteriores que compõe o

escopo dessa pesquisa, tem uma consciência de si como sendo um menino desde a infância através de performances consideradas desviantes para a identidade feminina atribuída a ele.

Conforme sua fala:

Tarso: É.. eu desde os meus quatro, cinco anos eu sempre me identifiquei como menino (...)então eu gostava de vestir as roupinhas do meu irmão, aí às vezes (...)Aí eu gostava de vestir as roupinhas dele, aí aí a minha tia ia e escondia as roupas dele, queriam me colocar vestido, mas eu tirava, com quatro anos eu peguei uma tesoura e cortei meu cabelo todinho, fui para trás da casa e cortei tudo, com quatro anos eu era bem espertinho, sabe, jogava pedra nos carros que passavam na rua. Era bem molequinho mesmo, sabe, então isso já vem.

A sua agitação, o fato de cortar o cabelo sozinho e vestir roupas masculinas eram vistas pela família com algo típico de alguém pertencente ao gênero masculino. Ele morava com uma avó, uma mãe e um tio em uma pequena cidade de Minas Gerais, próxima ao município de Juiz de Fora- MG. Ele relata que nunca teve contato com o pai, que este não o assumiu visto que era um filho fora do casamento. Por esse motivo, a figura masculina que ficara responsável dentro da família por corrigir seus atos era seu tio. Ele trouxe que o tio constantemente o batia por conta de sua performance “de menino”. Essa estratégia seria uma forma de correção para trazer coerência entre o sexo e o gênero manifestado (Bulter, 2000; Louro, 2000). Algo que pode ser exemplificado pelo seguinte relato:

Tarso: Daí então, meu tio se casou com a minha tia de Bras- do Piau, então daí ele começou a me bater, bater, bater muito porque.. ele queria que eu fosse uma coisa que não, que não dava Entendi, com quatro, cinco anos Com quatro, cinco anos eu apanhei muito.

Essas estratégias corretivas desde a infância é algo que se repete nas histórias de vida de pessoas trans e não-cis, como no caso de Angelina e Arthur. Há a naturalização da identidade de gênero como se essa fosse determinada pelo órgão genital, de modo que o sexo será a norma regulatória que trará integridade para o corpo e norteará suas performances (Butler, 2001). Por isso, a família ocupa o lugar de correção e de manutenção dessa pretensa ordem sexual (Foucault, 2005) e de gênero (Bulter, 2000; Louro, 2000).

Contudo, seu maior desconforto especificamente com o corpo foi relatado como ocorrendo na adolescência. Nesse período, ele havia mudado da cidade do interior mineiro para Juiz de Fora. A época da puberdade é a que aparecem os caracteres secundários sexuais, nesse caso sendo representadas para ele pela menstruação e pelo aparecimento de seios.

Tarso: perdi minha adolescência também (sinal negativo com a cabeça) foi pior ainda porque aí começou a desenvolver o peito, né, então é a parte que a gente começa a detestar, porque você colocar uma camisa, já começa a aparecer (...) Aí depois vem aquele negócio de menstruação, com onze, doze anos, apesar de que eu não tinha quase nada porque eu tinha o útero atrofiado, então, pelo menos, mas mesmo assim incomodava um pouco

Brune: Mesmo assim ainda vinha, né

Tarso: Com certeza, incomodava

Brune: Pelo menos um pouco

Tarso: Pouco, mas incomodava

Esses desconfortos cotidianos ressaltam a identidade masculina de Tarso, em sua concepção de desacordo com o corpo e as performances que lhe eram impostas. No seu caso, todo esse desconforto gerava muitos conflitos na família, que não compreendia seu gênero. Sua estratégia de resistência era sair de casa com roupas masculinas e passar a noite inteira fora. A casa, ao invés de ser um local de acolhida, era, doravante, um espaço de agressões cotidianas e de deslegitimação de sua identidade. Nos relatos seguintes, esses pontos ficam claros:

Tarso: Foi difícil porque aí meus tios eram evangélicos, queriam me obrigar a ir para a igreja de vestido, mas eu não ia de jeito nenhum (...) Eu sempre ia de roupa de menino mesmo, porque eu era terrível, fugia de casa, dormia no mato, juntava com os colegas aqui em Juiz de Fora dormia por aí voltava só no outro dia, podia apanhar, não tinha problema. Eu ia de roupa de homem, eu pegava, colocava as roupas de menino em cima da laje, saía com roupa normal, trocava lá em cima e ia e vazava (bate as mãos) e era só no outro dia que eu voltava, podia apanhar, não tinha problema não (...). Então, assim, foi muito difícil, eu ficava escondido no meio do mato, meu tio, ele não batia de leve, ele espancava até sangrar

O entrevistado resistia e tentava vivenciar seu gênero de forma plena, mas as estratégias corretivas se tornavam muito violentas – a ponto de fazer que o garoto preferisse passar a noite inteira fora de casa e dormir em condições precárias “no mato”. Mesmo sabendo que haveria agressão por parte do tio, seu relato de “não tinha problema” denota que vivenciar seu

gênero ocupava lugar central em suas experiências de modo a compensar toda a correção que haveria da família no dia seguinte. Sua liberdade era cerceada a todo momento, mas ele resistia frente à violência da família, em que não havia em seu relato um ponto de apoio.

Tarso: tentou me violentar várias vezes, com onze doze anos, né, aí minha avó saía e eu ficava sozinho, meu irmão trabalhava, teve um dia que eu saí atrás do meu irmão em um bar lá, que ele trabalhava lá, ele mandou eu ficar na casa de uma vizinha até minha avó chegar, mas assim, não conseguiu fazer, mas tentou diversas vezes e todas as vezes que eu reclamava, aí minha tia dava lá uns chilikues lá que ia suicidar, problema de coração, ele pegava o cinto e ainda me batia, dizia que eu é que estava mentindo

A violências foram, além de físicas, tentativas de violências sexuais. E, como não havia alguém que pudesse exercer a função protetiva, Tarso estava sozinho. Todas as vezes que reclamava, era colocado na posição de sujeito de mentiroso – estratégia que a família utilizava para legitimar a violência e uma forma de convencê-lo que ele pediu por tal medida punitiva em detrimento de seu comportamento julgado como inadequado pelos familiares. A omissão e a outra “surra de cinto” por conta da reclamação é outra estratégia de silenciamento de sua identidade trans e a busca de correção por algo que é considerado desviante, naquele contexto e naquele período histórico. Quanto mais Tarso se afastava do modelo hegemônico de feminilidade que o seu corpo deveria seguir como norma, mais estava suscetível a tais formas de violência (Rubin, 2003).

Em detrimento dessas violências cotidianas, Tarso descreve que decidiu fugir de casa. Foram alguns episódios de fuga, ser pego pela polícia e retornar para casa. Após a morte da sua avó, ele relata que passou a trabalhar e a viver “na casa dos outros”, em suas palavras, para viver com mais liberdade.

Tarso: Ah, porque eu fui, porque aí eu não morando com eles e morando na casa dos outros, eu poderia vestir as roupas que eu queria, que eram de homem

E seu relato mostra como o trabalho de babá foi um lugar de maior aceitação do que sua família – neste período estava morando em Brasília, não mais em Juiz de Fora, local que

passou o período conturbado da adolescência. Lá, ele experienciou a liberdade de performar de modo masculino sem represálias ou estratégias violentas de correção.

Tarso: A patroa desse menininho, ela sabia mais ou menos da minha situação, aí me tratava como Tarso (...) Aí quando eu fui embora, já era o nome de Tarso. Já era o Tarso, já era o Tarso, entendeu? Então ela me respeitava, né, ela me tratava como o Tarso, a mãe dele gostava muito de mim, então eu não ganhava nada, mas o fato de ela me tratar como menino, que é o que eu queria, eu poder vestir as roupas que eu queria, então para mim me bastava e com isso eu fiquei cinco anos com ela.

Percebe-se que nesse período de cinco anos, Tarso finalmente começou a ser tratado no masculino e teve seu nome social legitimado. As vestimentas também eram masculinas. Isso, conforme seu relato, o colocava numa posição mais confortável. Havia legitimidade para sua identidade e o trabalho funciona aqui como uma forma de garantir a liberdade conquistada. Ela uma troca: trabalhava a troco de casa e comida enquanto sua patroa e as demais pessoas que frequentavam a sua casa entendiam a sua situação e respeitavam sua identidade de gênero. Desse modo, ele migrou de um contexto agressivo que silenciava sua experiência enquanto pessoa trans através da violência para um contexto em que havia negociação: seu trabalho como babá de um menininho pela liberdade de poder viver como homem. É interessante notar que Tarso trouxe como desconforto o fato da nomeação pública do seu corpo e como ela poderia se utilizar dele, ou seja, performá-lo como o gênero masculino. Contudo, as suas necessidades de homem trans eram invisibilizadas, bem como a sua não-cisgeneridade. Tarso nos traz que:

Tarso: Explicava mais ou menos, porque, na verdade, eu nem sabia o que era. Então, para eles, eu acho que eles achavam que eu era hermafrodita. Tinha os dois sexos, então eu acho que era mais fácil para as pessoas entenderem e aceitarem, né

Nesse ponto, percebe-se que a explicação mais lógica do ponto de vista das pessoas a sua volta e dele próprio era a hipótese de que, segundo as suas próprias palavras, “era hermafrodita, possuía os dois sexos”. Segundo o acontecimento discursivo de sua fala seria mais fácil entender o fenômeno da experiência de trânsito de gênero pelo viés da biologia. Nesse caso, recorrer a uma condição biológica não binária como justificativa para vivenciar

sua identidade trans fora uma estratégia que contribuiu para a aceitação social do entrevistado. Tendemos a naturalizar o gênero e as genitálias binárias, não compreendendo a formação social e histórica dos gêneros binários (Butler, 2001). Assim, naturalizar a condição oposta seria uma estratégia de manutenção da cisgeneridade enquanto padrão de normalidade (V., 2014) de modo a não ferir o pressuposto naturalizado de que “se nasce homem ou mulher com base na biologia”, haja vista que, no caso de Tarso, em decorrência da sua insistência em performar o gênero masculino, os outros passaram a não mais ver sua performance como desviante ou inadequada, mas que deveria ter alguma anomalia da ordem biológica que justificasse seus comportamentos. Mais uma vez, a biologia entra como importante lugar de poder-saber que torna aquele corpo e sua performance inteligíveis no campo social. Mais que isso, constata-se a invisibilidade dos homens trans, mesmo nos dias atuais (Almeida, 2012). Muito por conta dessa ininteligibilidade de um corpo que é naturalizado pela sua configuração biológica, a possibilidade de existência de uma pessoa trans, ainda mais se reconhecendo como um homem, é algo que está à margem das fronteiras sexopolíticas, configurado como “anormal” (Preciado, 2012).

Sobre seu desconforto, Tarso nos traz problemas com o seio e com o ato de fazer xixi publicamente. O fragmento a seguir ilustra esses desconfortos citados.

Tarso: Nunca usei sutiã também, não

Brune: Aham, mas o desconforto era com o seio, né?

Tarso: É, com o seio, então a camisa tinha que ser de dois bolsos, bem grandão, jaqueta jeans.

Brune: Tinha mais algum desconforto, você lembra? Alguma coisa que estava te incomodando?

Tarso: É, eu carregava um vidrinho de perfume com água, para mim parar nos postes e fazer xixi e fazer de conta que era um piruzinho para os outros passarem e ver que eu estava fazendo xixi. Fazia isso muito. Fazia, comprei muito neutrox, sabe, aqueles desodorantes pequenininhos. Comprei muito aquilo, agora, porque eu fazia isso também eu não, eu queria mostrar para os outros que eu era homem. Era para alguém passar e me ver ali, fazendo xixi no poste.

Nessa conversa, percebe-se que, para o entrevistado, era essencial ter sua identidade de gênero respeitada, tendo a liberdade de fazer xixi em público – como qualquer outro homem

da época fazia. Esses dispositivos minimizam o desconforto com o corpo ao passo que publicamente era reconhecido como o homem de sua autopercepção. Mais do que uma identidade subjetiva, para Tarso, o seu reconhecimento público enquanto pertencente ao gênero masculino representava sua autonomia sobre si e sobre a sua identidade – que continuava a ser barganhada cotidianamente com o contexto social.

Tarso relata que, um pouco depois desse período, conheceu um homem que ele considera até hoje como pai, em Santos Dumont – sua cidade de origem. Esse homem aceita sua identidade de gênero e o acolhe. Segundo seus relatos, ele já devia ter vinte poucos anos, mas afirmava que seu comportamento era de uma criança de treze, quatorze anos. A partir daí, pelo seu discurso, percebe-se uma retomada de sua história de vida: ao invés de trabalhar a troco da legitimação de sua identidade, agora teria um lar e voltaria aos estudos. Como fora apresentado nos fragmentos anteriores, ter a sua identidade reconhecida e não ser mais vítima de violência possibilitou uma maior autonomia de Tarso enquanto sujeito de si, a ponto de usar roupas do gênero masculino e nome consoante com a sua identidade de gênero. Porém, a volta à escola lhe causou alguns sintomas físicos relatados no passado, visto que Tarso adulterou o documento para poder utilizar a identidade masculina na instituição de ensino:

Tarso: E todas as vezes que isso acontecia [descobrir seu nome de registro] meu coração acelerava muito, quase saía pela boca, quando esse tio meu batia, eu dava crise, eu tomava remédio de nervos, com onze anos eu comecei a tomar um remédio de três miligramas, porque sete horas da noite eu dava uma crise e minha pulsação sumia, o coração acelerava e ele mesmo começava a fazer massagem em mim, aí eu tinha que ir em um posto do lado tomar injeção para mim começar a melhorar, mas isso tudo já era desses problemas nervoso, às vezes (...)

O fragmento acima mostra que Tarso é colocado numa posição de sujeito que não pode ter autonomia sobre sua identidade e, em detrimento de estratégias corretivas, como bater ou utilizar o nome considerado oficial por um dispositivo jurídico, ele apresentava sintomas físicos, além do prejuízo à sua dignidade humana ao não ter seu nome respeitado e à sua saúde psicológica. Mesmo resistindo frente a esses contextos, percebe-se situações de que as contingências ambientais o colocam em uma posição de adoecimento e medicalização durante

a infância. Desse modo, os prejuízos na sua saúde em decorrência da identidade de gênero, nesse ponto, não passam apenas pela via da construção do corpo, mas de possibilidade de existência legítima tendo seu corpo nomeado da forma que lhe sente mais confortável. Pensar dessa forma, desloca uma posição de que apenas alterar o corpo é a demanda das pessoas trans: muito mais do que algo que se materializa na pele, a própria produção da experiência trans enquanto viável no contexto social e detentora dos mesmos direitos jurídicos e de saúde das pessoas cis.

É interessante notar que, até certo ponto da trajetória de vida de Tarso, a medicina estava invisibilizada. Apesar do uso de medicamentos para minimizar os sintomas decorrentes da normatização social sofrida desde a infância, Tarso traz o contato mais próximo com médicos em um período mais a frente, somente após a mudança para a casa do pai adotivo. Antes disso, era visto como esquisito, excêntrico, errado ou até pecador, visto que sua família era evangélica. Tarso tinha uma consciência de si como desviante de algum modo, mas não sabia nomear ao certo como era esse desvio. Quando indagado sobre a identidade de gênero, ele relatou os problemas com a família em decorrência da autopercepção de si como um menino e as estratégias de correção, mas em nenhum momento chegou a nomear o que diziam acerca da sua experiência. Esse campo de nomeação disforme de pessoas desviantes da heteronorma e cisnorma convencionadas como normais passou por um processo de colonização de suas experiências (Spivak, 2010; Preciado, 2012; V., 2014). A medicina e as ciências psi, por sua vez, através de sua posição de poder-saber acerca da realidade das pessoas, funcionaram como dispositivo de produção das identidades trans enquanto patológicas (Leite Jr, 2012). Não mais eram desviantes do contexto social, mas seriam doravante diagnosticados para mitigar direitos e manter a ordem historicamente construída como natural. Assim, não mais a conduta precisava ser necessariamente corrigida, mas deveria ser diagnosticada e questionada por parâmetros científicos para poder existir enquanto instância inteligível (Bento, 2010; Bento &

Pelúcio, 2012). E é exatamente esse movimento que seguiu a trajetória de vida de Tarso: estar sob a tutela médica para solicitar legitimidade.

Sua peregrinação médica começou com a desconfiança de sua existência enquanto intersexual. Ele relata que este foi o ponto de partida para a busca por um médico em Juiz de Fora:

Tarso: ele [o pai adotivo] tinha duas amigas lá do centro espírita e um amigo, que eles achavam que eu tinha os dois sexos, então se propôs a me ajudar e trazer em médico, aí teve um amigo dele que me trouxe aqui no Hemominas. (...) um amigo dele achou que trazendo em um hospital aqui no Hemominas algum médico ia me examinar e logo já ia vir uma cirurgia, só que a coisa não foi bem assim, trouxe no médico, o médico examinou, aí não sei o que é que aconteceu, também, não deu em nada.

Nesse excerto, percebe-se que as pessoas a volta de Tarso ainda desconfiavam de uma possível ambiguidade biológica da matéria. Acharam que o caminho seria trazer ao médico, constatar a intersexualidade e logo em seguida resolver a questão cirúrgica. Contudo, como o próprio Tarso relata, a consulta não deu em nada. Nas suas próprias palavras: “Examinou e tal, aí enrolou, enrolou e não deu em nada”. Aqui, fica claro o fato de como o médico ocupa uma posição de saber técnico que cria expectativas quanto à resolução do conflito de Tarso (a sua demanda cirúrgica) que, contudo, ressalta o muito poder para pouco saber (Bento, 2010): o médico não oferece nenhum auxílio, seja técnico ou somente explicativo, para um caso fora da cisgeneridade que funciona como norma para o corpo. Ele examinou, na sua vontade de saber, de fazer o corpo se confessar como anormal (Foucault, 2005), porém nada que contemplasse as reais demandas de saúde do paciente a sua frente. O não fazer nada é invisibilizar e deslegitimar sua demanda, é negar sua existência enquanto pessoa não-cis. Por isso, não deu em nada para Tarso: seu primeiro contato com o médico não ofereceu suporte para o conflito e a demanda cirúrgica que estavam presentes. O nome e o reconhecimento social são parte das demandas de pessoas trans, mas não se pode negligenciar a demanda específica corporal de cada pessoa trans. No caso de Tarso, a questão social dentro da nova família estava favorável à sua identidade masculina, mas surge a demanda cirúrgica que o

incomodava desde a adolescência – o surgimento dos seios, a menstruação e o fato de não poder fazer xixi em pé (conforme fragmentos anteriormente expostos).

Depois dessa experiência, ao pedir ajuda a rede de amigos de seu pai, Tarso foi encaminhado para uma psicóloga. Ela, juntamente com os médicos conhecidos de seu pai, o encaminharam para uma consulta particular com um médico psiquiatra em Juiz de Fora. Nesse momento, nomearam sua questão:

Tarso: Aí em menos de uma semana, o doutor [psiquiatra] já sabia qual era o meu diagnóstico, ele falou que era transtorno de gênero (...) Deu, em menos de uma semana ele já me deu um diagnóstico do que que era, transtorno de gênero. A psicóloga também, a mesma coisa, ela acompanhou junto com ele, né?

Somente nesse momento de sua trajetória de vida que a medicina entra em cena com o seu poder-saber. No período de uma semana, o diagnóstico fora dado e conformado pela psicóloga, que ocupava posição assistente do diagnóstico. Agora, caberia tomar as medidas cabíveis para a sua questão. A patologia entra aqui como forma de legitimar as experiências vividas e como hipótese adicional à do caso de intersexualidade. Seu corpo fora nomeado cientificamente, e não como um corpo trans. Era, doravante um corpo que possuía transtorno de gênero. O gênero entra em questão, mas como uma patologia, afirmada pela enunciação transtorno. E a explicação para o pai de Tarso fora a seguinte:

Tarso: Aí o doutor mandou chamar ele [o pai], aí falou para ele, falou assim, olha, o problema do Tiago é transtorno de gênero, ele tem um corpo feminino, mas não se identifica.

Nessa explicação científica sobre a questão dada à família de Tarso, percebe-se que o médico afirma que há uma verdade de um corpo em si – ideia de que o corpo é feminino, um adjetivo que o define -, mas que o portador do corpo não se identifica com ele. Essa é a visão tradicionalmente reiterada pela medicina: de que o corpo trans é um corpo que carrega a essência ontológica do gênero binário (Butler, 2000; Butler, 2001) e que a negação desse corpo caracteriza o transtorno de gênero (Arán, Zaidhaft, & Murta, 2008; Borba & Ostermann, 2008; Arán & Murta, 2009; Arán, Murta & Lionço, 2009; Almeida, 2012; Bento

& Pelúcio, 2012; Leite Jr, 2012; Teixeira, 2012. Peres, 2012; Sampaio & Coelho, 2012). Suas experiências ocupavam até então um campo disforme e Tarso sofria represálias por ser considerado errado pela família. Havia algo de errado, mas o que era esse algo? Isso que ninguém saberia explicar? É interessante notar que, durante a narrativa do entrevistado, ele focou nos processos de correção de suas posturas consideradas masculinas e o uso do nome masculino. Mesmo relatando uma autopercepção de si enquanto sujeito do gênero masculino, essa identidade fora o tempo todo negociada nos contextos em que circulou. As questões de alterações corporais foram deslocadas para o segundo plano em detrimento da sua integridade física e psicológica serem preservadas. A primeira hipótese surgida era de um corpo ambíguo, buscando correção. A hipótese mudou, mas o discurso corretivo se manteve: agora o transtorno de gênero entre em cena.

Outro encaminhamento então fora realizado, agora para o Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU-UFJF). Após o diagnóstico dado pelo psiquiatra, o HU seria o *locus* das intervenções cirúrgicas que Tarso almejava. Contudo, as coisas não ocorreram dessa forma:

Tarso: Ele me deu um encaminhamento para o hospital escola para procurar um médico amigo dele que (...) Aqui, que poderia fazer, para poder fazer a primeira cirurgia minha, o doutor me deu esse encaminhamento. Aí esse cirurgião me examinou, aí eu fiquei feliz, achei que a coisa ia andar, aí quando eu vi ele me encaminhou para um psiquiatra no hospital escola. (...) só que eu ficava sendo passado por acadêmico, eu falava muito pouco com ele, aí formava um estagiário e ia embora, aí formava outro, formava outro, até que, aí deu cinco anos nessa brincadeira.

O entrevistado nos traz que o cirurgião o examinou, mas o encaminhou novamente para o setor de psiquiatria, agora do hospital universitário. Sabe-se que o Ministério da Saúde legisla que, para pessoas com o transtorno de gênero, é necessário o acompanhamento compulsório de dois anos para a realização dos procedimentos cirúrgicos (Brasil, 2008; Brasil, 2013), consoante com a determinação do DSM-IV (Bento & Pelúcio, 2012) e as suas versões anteriores. Contudo, Tarso ficou nesse tratamento por cinco anos, sem conseguir o laudo

necessário para autorizar a cirurgia. A invisibilidade de homens trans é algo recorrente mesmo dentro das políticas de saúde para pessoas trans (Almeida, 2012) e, nesse caso, a medicina ocupou o lugar de reiterar a patologia, tratando Tarso como um incapaz, alguém que detivesse uma psicose. Sobre o tratamento nesses cinco anos, Tarso relata que:

Tarso: eles mandavam eu fazer muito desenho, levava desenho. Levava carrinho, entendeu? Eles me, para falar verdade, eles me tratavam como se eu fosse um retardado. É, né, aí fazia muitas perguntas, né, eu sempre fazia muito desenho. É, eles me perguntavam, né, o que que eu gostava, o que que eu não gostava, eu fazia muito era desenho, o negócio era mais desenho. Brincava muito também, sabe.

Na psicanálise, a transexualidade muitas vezes é vista como uma psicose, em que a pessoa nega sua realidade material e se identifica com A mulher ou O Homem ideais (Arán, Zaidhaft, & Murta, 2008; Arán & Murta, 2009; Arán, Murta & Lionço, 2009). Essa visão tradicional está sendo questionada dentro da própria psicanálise, mas traz ranços para o tratamento de pessoas trans, haja vista que a patologia só começou a ser questionada de modo mais sistemático e ampliado durante o ano de 2012 (Bento & Pelúcio, 2012; Peres, 2012; Jesus, 2012; Jesus, 2013). Como o tratamento de Tarso data antes dessa época, a via da patologização foi um pouco mais longe: diferente das demais pessoas apresentadas aqui nesse trabalho, Tarso foi considerado além de portador de um transtorno psiquiátrico, como uma pessoa incapaz de responder por si, uma pessoa infantilizada. Os tratamentos voltados para desenhos e brincadeiras com carrinhos denotam que ele fora tratado como criança, ou, em sua própria concepção, como se ele “fosse um retardado”. A psiquiatria produziu, na história de vida dele, uma posição de alguém fora do seu pleno juízo, alguém que deveria ser tratado psiquiatricamente para curar os sintomas ou minimizá-los. A posição de louco colada à ideia de uma identidade trans (Leite Jr, 2012) é uma estratégia de colonização epistêmica das experiências trans, contempladas sob uma lente cisnormativa (V., 2014) a fim de negar sua existência inteligível como homem trans. Nesse ponto, colocá-lo como incapaz reforça a ideia de que ele está negando a verdade ontológica de seu corpo dada por uma natureza regular e

estável. Essa perspectiva negligencia os aspectos sociais, históricos e culturais que atravessam a produção do gênero na contemporaneidade, de modo a forjar um eu patológico como única possibilidade de existência – é uma forma de capturar sua resistência às estratégias corretivas no sentido de reiterar a verdade fabricada enquanto hegemônica. O corpo que resiste deve ser colocado em uma posição de corpo delirante, que vive fora de uma pretensa realidade dada pela natureza.

Tarso ainda relata que o pai foi reclamar com a psicóloga, o que desdobrou em outro encaminhamento:

Tarso: Que era meu sonho, entendeu? Arrancar os peitos e andar sem camisa, esse era o sonho. Aí, o meu pai pegou, veio, ela conversou com o meu pai, aí o que que ele fez, ele me deu um encaminhamento, me mandando para mim procurar o CAPS²⁵ em Santos Dumont e tratar pelo (CAPS), me mandando de volta para Santos Dumont, me dizendo que ali não fazia esse tipo de cirurgia, ele não me deu o parecer que eu precisava.

Mais uma vez a via da patologia é reiterada na produção discursiva de Tarso. O lugar das ciências psicológicas, ao invés de trabalharem em cima de seu sofrimento psíquico e do “sonho de arrancar os peitos e andar sem camisa”, é o de delegar ao seu corpo uma posição de tratamento psicossocial e médico a fim de continuar o tratamento que era feito: reiterar seu lugar de que não estava em seu pleno juízo e autonomia de si. Outro ponto que ressalta o poder-saber médico é o laudo: ele representa um dispositivo de poder na vida de pessoas trans (Butler, 2000; Bulter, 2001; Arán, Zaidhaft, & Murta, 2008; Borba & Ostermann, 2008; Arán & Murta, 2009; Arán, Murta & Lionço, 2009; Almeida, 2012; Bento & Pelúcio, 2012; Leite Jr, 2012; Teixeira, 2012). Nesse caso, fica claro que o médico negou a demanda de Tarso ao, após cinco anos de tratamento, não fornecer um documento que atestasse sua transexualidade – ou, dentro da nomenclatura patologizante médica, o transtorno de gênero. No campo da saúde, esse documento ainda abre portas para pessoas trans, visto que as portarias do

²⁵ A sigla CAPS significa Centro de Atenção Psicossocial, que “são instituições destinadas a acolher pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar e apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecendo-lhes atendimento médico e psicossocial”. Fonte: <http://www.spdmpais.org.br/site/institucional/o-que-fazemos/53-caps-centro-de-atencao-psicossocial.html>

Ministério da Saúde ressaltam a importância do laudo psiquiátrico (e agora, após 2013, o laudo interdisciplinar) como condição necessária para as demandas corporais de pessoas trans (Brasil, 2008; Brasil, 2013). Na história de Tarso, essa necessidade se reflete na seguinte enunciação: “Ele [o psiquiatra] não deu o parecer que eu precisava”.

Tarso relata que não se sentiu à vontade no tratamento no CAPS e declinou do serviço. Mas não desistiu de seu objetivo. Dessa vez, buscou por outro encaminhamento, agora em Belo Horizonte, capital de Minas Gerais.

Tarso: Aí o que que o meu pai fez? Me levou lá na promotora, que foi uma pessoa maravilhosa na minha vida, meu pai me levou até a ela, explicou minha história toda para ela, ela mandou e o escrivão bateu tudo bonitinho, me levou na policlínica com o papel, eles colocaram lá no computador o meu nome social, que se mantém até hoje, eu tenho até esse laudo dela, me colocando como, para colocar lá o nome social e liberar as passagens, então, todo mês a assistente social colocava oito passagens na minha mão para mim vir para o meu tratamento e voltar, todo mês. Aí o, acho que uma amiga do meu pai, marcou para mim no hospital das clínicas em Belo Horizonte. Aí eu comecei a fazer esse tratamento no hospital das clínicas.

Percebe-se no fragmento acima que, nessa nova tentativa, Tarso precisou acionar o poder jurídico para conseguir custear suas passagens e ter o encaminhamento oficializado. A área jurídica, materializada pelo documento emitido pela promotora com o nome social dele, ocupam um lugar de legitimação do seu nome e da sua demanda. Novamente, um papel elaborado por alguém que ocupa uma posição de poder abre portas para o respeito à sua identidade. A rede informal é o caminho que leva Tarso até o Hospital das Clínicas em Belo Horizonte, em uma nova expectativa de alcançar sua demanda cirúrgica. Sobre o tratamento nessa outra instituição:

Tarso: Aí comecei a me tratar lá, com uma psicóloga de lá, então as psicólogas estavam me acompanhando para me dar o laudo para mim fazer a cirurgia. Aí eu lembro que uma vez eles passaram os medicamentos para mim tomar, para limpar todo o intestino, fiz vários exames, aí quando eu, eu ia quase toda semana eu tinha que estar em Belo Horizonte com essa psicóloga, aí no final, tinha que marcar com o endocrinologista, aí esse endocrinologista só ia ter para o outro ano e meu pai estava com pressa, aí tinha um médico que atendia particular

Brune: Então você foi no endócrino só para ele dar um jeito na questão da cirurgia?

Tarso: Da cirurgia

Brune: Não foi para terapia hormonal?

Tarso: Não. Nada disso, nada disso. Não, não comentou nada, eu nem sabia que isso existia.

Novamente, solicitaram que o entrevistado fizesse acompanhamento psicológico para a cirurgia. Ele se deslocava de Santos Dumont até belo Horizonte toda semana para poder consultar, sendo que ele já havia sido assistido por cinco anos por outra psicóloga. A psicologia também é chamada a ocupar o lugar de poder-saber acerca do corpo trans a fim de produzir como efeito de verdade o descompasso psíquico entre o que deveria ser uma estrutura psíquica condizente com o corpo biológico e o que era desviante – que deveria ser diagnosticado e nomeado como transtorno. Como o primeiro tratamento não surtiu efeito no sentido de legitimar a transexualidade de Tarso, era necessário se consultar novamente com a psicóloga da instituição. E um novo campo da medicina entra em cena, a endocrinologia. Como no hospital esse setor demoraria a atender, novamente Tarso migra para o sistema privado a fim de obter a autorização para a demanda de cirurgia, que estava toda encaminhada, haja vista o uso de medicamentos para preparar o organismo para o procedimento. Porém, novamente uma frustração. Nessa história de vida, percebe-se como o participante da pesquisa é submetido a vários exames (médicos, psiquiátricos, endocrinológicos e psicológicos) com o intuito de buscar uma resolução para a demanda latente com as formas de seu corpo. O “não dar em nada” repetidamente relatado por ele implica em não ter subsídios que lhe informem e lhe possibilitem materializar as cirurgias que deseja. O transtorno fora nomeado, mas os lugares de poder-saber ocupados pelos profissionais não souberam com lidar: joga para um, joga para outro, em uma espécie de ping-pong com as demandas de Tarso. “Não dar em nada” é não obter o documento que o autoriza a entrar no centro cirúrgico para realizar o desejo de retirada da mama. A todo momento, não é sofrimento psíquico que entra em questão, mas a legitimidade da identidade (Arán, Zaidhaft, & Murta, 2008; Arán, Murta & Lionço, 2009; Almeida, 2012; Bento & Pelúcio, 2012),

literalmente forçada a se deslocar de uma cidade a outra em busca de recursos, seja no âmbito público ou no privado.

Tendo em vista a inviabilidade da cirurgia em Belo Horizonte, a assistente social de Santos Dumont descobriu um local na cidade do Rio de Janeiro em que poderiam acolher a sua demanda:

Tarso: aí a assistente social pegou e descobriu o Moncorvo Filho [instituto de ginecologia] lá no Rio. Aí marcou uma triagem para mim aí eu fui em uma triagem, aí nessa triagem eu conheci a doutora [psicóloga], aí comecei a fazer tratamento com ela, psicológico, toda semana, aí lá eu conheci dois meninos que fizeram as cirurgias lá, entendeu? Porque o Moncorvo Filho, ele tinha uma sociedade com o Gama filho

Nessa nova tentativa, agora na cidade do Rio de Janeiro, Tarso encontrou um hospital em que poderia realizar sua mastectomia (cirurgia de retirada das mamas), haja vista que conheceu dois meninos trans lá que haviam realizado o procedimento nessa instituição. É interessante notar como a psicologia entra em cena de novo – em toda instituição em que Tarso se insere (Santos Dumont, Juiz de fora e Belo Horizonte), o tratamento se inicia com a psicóloga e há o encaminhamento para o psiquiatra. Até então, essas foram as principais instâncias a qual ele consultou. Contudo, segundo seu relato, nesse hospital ele ainda consultou com mais algumas especialidades: ginecologia e endocrinologia.

Tarso: Aí ela [a endocrinologista] me pediu exame de sangue, quando ela me viu e tal, eu fui aceito, ela me pediu os exames de sangue, aí eu voltei, fiz o exame de sangue, na outra semana levei, aí estava tudo beleza, aí ela já entrou com o tratamento hormonal, comecei a tomar o durateston que é o que eu tomo até hoje (...) eu acho que foi em dois mil e sete.

Brune: Lá, então, você já estava dentro do processo Transexualizador?

Tarso: Já

Brune: Lá você já via tinha uma equipe

Tarso: Tudo, tudo bonitinho.

Nos seus relatos é a primeira vez dentro das suas peregrinações em saúde que Tarso se insere de fato na política pública de saúde do processo transexualizador. Interessante notar que é a primeira vez que ele diz que conheceu algum outro homem trans que realizou a cirurgia pretendida. Seu relato nos mostra que sua invisibilidade estava presente tanto no

contexto social como no contexto de saúde (Lionço, 2008b; Lionço, 2009), tendo em vista que suas passagens pelos hospitais de Juiz de fora e Belo Horizonte, além do CAPS de Santos Dumont, não conheciam o que era um homem trans e não acolhiam suas demandas. Por fugir da integridade de uma saúde voltada para o público cisgênero (Cerqueira-Santos *et al.*, 2010; Borges & Souza, 2012; Perucchi; Brandão; Berto; Rodrigues & Silva, 2014; Perucchi; Brandão & Silva, 2015), sua existência era vista muitas vezes como um não-lugar possível além da negação da sua real identidade – em uma concepção reducionista dos processos e identificação e dos processos de saúde das pessoas (Mello *et al.*, 2011), em especial, as pessoas trans. O processo transexualizador, apesar de seu ranço patológico (Arán, Zaidhaft, & Murta, 2008; Borba & Ostermann, 2008; Arán & Murta, 2009; Arán, Murta & Lionço, 2009; Almeida, 2012; Bento & Pelúcio, 2012; Teixeira, 2012; Peres, 2012; Sampaio & Coelho, 2012), abriu a possibilidade de que, mesmo sendo denominadas como portadoras de transtorno de gênero, pessoas trans poderiam encontrar um local que, mediante a autorização médica e psicológica, as cirurgias de alteração corporal possam ser realizadas. É uma autonomia cerceada e que deve ser tutelada: por isso várias consultas com psiquiatras e psicólogos na história de Tarso. Nesse sentido, os trânsitos de posição em que as pessoas trans passaram – de pecadores a criminosos, e por fim a anormais e a loucos (Foucault, 2005; Leite Jr, 2012) – possibilitaram alguns avanços, mas que não representam avanços plenos (Bento & Pelúcio, 2012). À medida que é necessário que profissionais da área psi autorizem os procedimentos aos quais as pessoas trans devem passar, sua autonomia é cerceada pelo discurso patológico que coloca a cisgêneridade como o padrão do normal. Nesse ponto, gênero se torna uma categoria descritiva e essencialista. O que se busca nessa pesquisa é, do contrário, ressaltar o caráter social e histórico de produção do gênero na contemporaneidade de modo a possibilitar a ampliação da discussão e reconhecer todas as suas formas de expressão. Ao ser diagnosticado – mais de uma vez, vale ressaltar – o que impera é o discurso de que o corpo

trans deve ser tutelado a fim de se reconhecer o /a transexual de verdade – termo utilizado para universalizar as experiências trans que são mais múltiplas que essa classificação nosológica médica (Bento, 2010; Bento, 2012; Bento & Pelúcio, 2012).

Mesmo dentro do processo transexualizador, de acordo com a entrevista realizada, pela perda de convênio, a cirurgia não pode ser realizada. Outra vez, acontece a migração do sistema público para o privado, visto que os profissionais dessa instituição de saúde indicaram para Tarso fazer um plano de saúde que custearia o procedimento – como lhe informaram que já havia acontecido com outros homens trans. Ele aderiu a esse plano, contudo, sem resultado. Migrou para outro plano de saúde particular, visto que o profissional de saúde que lhe indicara esse caminho havia mudado seu convênio. Voltou para o Moncorvo Filho, agora no ambulatório do Instituto de Endocrinologia e Diabetes - IEDE. Algumas consultas em que não resultaram nada, sendo nomeadas por Tarso como: “Aí já foi três anos jogados fora”. Esse fluxo de ir e voltar do público e privado marcou a trajetória dele. Mesmo no processo transexualizador, houve uma mudança de setor em detrimento da perda do convênio do setor de ginecologia do Moncorvo Filho – que realizava as cirurgias de pessoas trans. Então o paciente migrou para o IEDE, que apresenta apenas atendimento ambulatorial. Mais uma vez passou pela psicóloga e pelo psiquiatra, algo que se repete na história de Tarso:

Tarso: Aí a doutora [psicóloga] me, começou a me tratar e me passou para o psiquiatra lá, comecei a tratar lá com ele também.

Brune: E mesmo você tendo os laudos, você foi novamente passando por psicólogos, psiquiatra, sempre traz isso, né?

Tarso: Sempre, sempre

Brune: Todo lugar que você passou

Tarso: Todo lugar que eu passei

Brune: Psicólogo e psiquiatra

Tarso: Psicólogo e psiquiatra

Brune: Entendi, mesmo já tendo o laudo?

Tarso: Mesmo já tendo o laudo, aí eles, aí a doutora Tais pegou, me deu um encaminhamento porque ela falou, aqui não faz a cirurgia, aí ela me deu um encaminhamento para o Pedro Ernesto [vinculado à Universidade Estadual do Rio de Janeiro – UERJ] e me mandou procurar uma plástica.

Nas peregrinações em saúde de Tarso, há duas constantes: a presença de um psiquiatra e uma psicóloga e o uso dos termos ‘doutor’ e ‘doutora’ para se referir a eles. O fragmento acima denota que, mesmo tendo posse de laudos psiquiátrico, psicológico e de assistente social, as consultas com os profissionais da psicologia se repetem: em Santos Dumont, em Juiz de Fora, em Belo Horizonte e no hospital do Rio. Essa produção discursiva coloca o homem trans numa posição de se confessar para o campo psicológico, reiterar seu transtorno de gênero – nomeado desde o início da sua peregrinação. Os profissionais da psiquiatria e da psicologia são colocados em uma posição de autoridade – não se pode confessar a qualquer pessoa, mas a quem ocupe uma posição de poder-saber acerca da sexualidade (Foucault, 2005). Essa autoridade se materializa no tratamento de ‘doutor’ e ‘doutora’, léxicos que reiteram esse lugar. Se confessar a todo lugar, mesmo não tenho suas demandas atendidas. Essa estratégia é uma forma de colonizar as experiências trans dentro de uma matriz cisnormativa (V., 2014) que produz o corpo trans enquanto patológico e naturaliza a experiência cis enquanto natural e legítima. O desvio se coloca, se confessa e é produzido pelos lugares de poder-saber da psiquiatria e psicologia como portador de desordem mental – verdade fabricada que atravessa o processo transexualizador. Por isso, diagnosticar, rediagnosticar, confirmar a transexualidade da pessoa (Bento & Pelúcio, 2012).

O ponto final desse trajeto é o hospital Pedro Ernesto, em que Tarso realiza a mastectomia, a histerectomia e a neofaloplastia, em momentos distintos e nessa ordem. Tendo em vista que Tarso já tinha laudo psiquiátrico, não fora necessário passar pelo psiquiatra da instituição. Contudo, ele relata dificuldade na aceitação do nome social e em informar o local da cirurgia, ressaltando que mesmo dentro de uma instituição credenciada no processo transexualizador, há a possibilidade de encontrar problemas. Há uma clínica credenciada ao HUPE responsável por realizar pequenas cirurgias, nesse caso a mastectomia. Por não aceitarem o uso do nome social, a cirurgia foi cancelada. Ele relata que teve que recorrer à

equipe de profissionais para poder resolver a questão. Pouco tempo depois, realizou o que ele denomina de “primeira cirurgia”.

Tarso: A principal era a primeira, né, tirou a primeira e eu já barbudinho, falando grosso, eu já estava super tranquilo. Bem melhor.

Brune: E como o veio o desconforto com as outras? Para buscar as outras?

Tarso: Então, aí é o seguinte, eu não queria ter mais esses órgãos aqui dentro de mim. Porque assim, quando eu comecei a tomar o primeiro hormônio, no outro mês, eu já não tinha mais menstruação

Brune: Não? Acabou?

Não, porque eu tinha muito pouquinho, porque eu tinha o útero infantil, então eu comecei a tomar o hormônio, eu já não tive mais, então assim, já foram as mil maravilhas. Então, então, assim, eu estava super tranquilo, né, mas aí eu tinha vontade de fazer a segunda, né

Brune: Você tinha vontade? E quando você descobriu que era possível? Até então você não tinha

Tarso: Não, aí eles conversaram comigo. No hospital mesmo conversaram comigo, olha, tem a histerectomia, você vai querer fazer? Eu falei, quero, quero tirar tudo

Aqui, percebe-se que Tarso conseguiu de fato um local que oferecesse subsídios para o seu sofrimento psíquico. Ele relata que o principal incômodo era com o com o volume dos seios, relatados desde a adolescência. Após a retirada e o surgimento de barba no rosto, ele relata estar mais tranquilo quanto a seu corpo. E nesse ponto descobre a possibilidade da realização de histerectomia. O hospital ocupa um lugar de acolhida das demandas de Tarso, não solicitando passar novamente por psicólogo e psiquiatra. Como já estava documentado, a viabilidade da cirurgia se tornou material. Mais que isso, abriu-se novas possibilidades de intervenção para suas demandas, lhe propiciando mais autonomia. Pelo discurso de Tarso, percebe-se como o local foi importante para a sua história de vida, no sentido de orientação e garantia de sua autonomia quanto a seu corpo. Mesmo já tendo parado de menstruar e se sentindo mais aliviado, ainda assim levaram em consideração seu desejo de “tirar tudo”.

Na entrevista, percebe-se que Tarso, ao ser indagado sobre a produção de seu corpo trans, não foca em procedimentos cirúrgicos e consumo de hormônios. Ele apenas os relata de forma genérica, ressaltando que, em sua perspectiva, o seu maior obstáculo fora o processo migratório no âmbito da saúde repetidamente citados como “os anos perdidos”. Portanto,

abaixo serão descritos de modo sucinto essas partes, que, para Tarso, foram tranquilas – apesar de haver espera entre os procedimentos cirúrgicos.

No período de quatro anos no hospital Pedro Ernesto, as demais cirurgias ocorreram, com alguns efeitos colaterais. Vale salientar que, mesmo o Conselho Federal de Medicina, através da portaria 1652/2002 (CFM, 2002), instituir os procedimentos cirúrgicos e hormonioterapias consideradas viáveis para as pessoas trans no país, e o Ministério da Saúde instituir o processo transexualizador no âmbito do SUS em 2008 (Brasil, 2008), todas as cirurgias que os homens trans se submetiam eram consideradas de caráter experimental. Somente em 2010, com a resolução 1955/2010 (CFM, 2010), a histerectomia e a mastectomia foram retiradas de caráter experimental, embora ainda as neofaloplastias e metoidioplastia – técnicas de reconstrução de um pênis – ainda mantém esse caráter até hoje (Oliveira, 2015). Isso ressalta a invisibilidade das demandas dos homens trans nos serviços de saúde (Lionço, 2009; Bento, 2012; Almeida, 2012), visto que atualmente as cirurgias realizadas pelas mulheres trans são apresentam mais o caráter experimental. Sobre a neofaloplastia realizada recentemente por Tarso, ele nos relata que fora o segundo homem trans a passar pelo procedimento no hospital:

Tarso: Então, eu estava ansioso, né, eu queria fazer a final. Tinha medo porque o primeiro menino que fez [a neofalopositia] deu problema, né? Então eu tinha muito medo de morrer e de dar algum problema também, mas queria fazer, tanto é que eu fiz, encarei.

Nesse ponto, percebe-se que as cirurgias seguem um certa sistemática: a primeira era a mastectomia, que representava o objetivo do entrevistado; após, ele tomou consciência da histerectomia e a realizou; por fim, a neofaloplastia – considerada o procedimento mais delicado e perigoso. Por ser experimental, apenas um homem a havia realizado naquela instituição, sendo Tarso o segundo - o que justifica o seu “medo de morrer”. Essa ordem traz a integridade do corpo masculino para o processo transexualizador: há toda uma sistemática da produção do corpo enquanto viável através dos procedimentos cirúrgicos. O fato do processo transexualizador ser focado na cirurgia de transgenitalização (Arán, Zaidhaft, &

Murta, 2008; Arán & Murta, 2009; Arán, Murta & Lionço, 2009; Bento, 2010; Bento & Pelúcio, 2012; Teixeira, 2012. Peres, 2012; Sampaio & Coelho, 2012, Teixeira, 2012) ressalta essa normativa de que: I) há uma ordem dos procedimentos, que seguem do mais simples ao mais complicado, por isso a nomeação de “primeira”, “segunda” e “final”; II) a neofaloplastia nomeada como a “cirurgia final” ressalta que é o fim do percurso, levando a pensar que quem não a realiza ainda está “na metade do trajeto”. Pensar dessa maneira reitera a necessidade de coerência entre sexo-gênero para a inteligibilidade e existência legítima do corpo trans, capturado pelos dispositivos médicos como patológico e que necessita passar por todo o trajeto cirúrgico em busca de adequação (Arán, Zaidhaft, & Murta, 2008; Arán & Murta, 2009; Arán, Murta & Lionço, 2009; Bento, 2010; Bento & Pelúcio, 2012; Teixeira, 2012. Peres, 2012; Sampaio & Coelho, 2012, Teixeira, 2012). Interessante notar, contudo, que Tarso relata a mastectomia como sendo mais complicada no seu caso do que a histerectomia:

Tarso: Ah, foi tranquilo, a segunda foi mais tranquila que a primeira. Bem mais tranquila, a recuperação da segunda é bem mais tranquila. Nem comparação, porque eu tinha muita coisa [muito volume de seio], então foi uma cirurgia e tanto, né? Foi punk para caramba.

Na tentativa de universalizar as experiências trans, muitas vezes se negligencia as características corporais individuais como o grande volume de seios do entrevistado. Isso ocasionou um pós-operatório complicado em seu caso, muito mais do que a retirada dos órgãos internos. Além disso, em um fragmento anteriormente exposto, Tarso relata apresentar um útero infantil. Todavia, a mastectomia fora a primeira cirurgia, não só por sua demanda, mas porque a equipe médica só lhe informara da possibilidade material de realização da histerectomia após a realização da dita “primeira cirurgia”. Esse acontecimento discursivo reitera a lógica de que há uma certa ordem a ser seguida nos procedimentos cirúrgicos dentro do processo transexualizador em relação aos homens trans, um manual do saber médico resguardado por questões técnicas e pelo documento do Ministério da Saúde (2010) que ainda considera a neofaloplastia experimental (Oliveira, 2015). Pensar essas questões nos mostra

que os procedimentos cirúrgicos e alterações da matéria devem perpassar questões para além da técnica: deve-se pensar a possibilidade real de existência do corpo trans conforme sua autonomia. E, pensar autonomia em um *lócus* de gerência médica que patologiza as identidades trans no país é uma questão atual que não se esgota nessa história nem nessa pequena imersão científica.

Sobre o uso de hormônios, iniciado no Moncorvo Filho, o entrevistado relata que faz uso, desde aproximadamente 2007, de durateston. Os efeitos do hormônio masculino no seu corpo foram o aparecimento de pelos, a mudança do timbre de voz e o sumiço da menstruação. Porém, houve um efeito colateral desse uso, descrito no fragmento abaixo:

Tarso: É, eu adquiri um refluxo, né. Aí eu tomo um Omeprazol de quarenta todo dia de manhã.

Brune: Aí você buscou algum tratamento? Como que você fez para minimizar esse efeito?

Tarso: Aí eu marquei uma médica gástrica, né. Fiz endoscopia, né, aí ela diagnosticou que era refluxo devido ao hormônio. Né, porque ele é forte, mexeu né, só que eu não posso parar, então aí eu tomo, eu faço o uso do medicamento

Brune: Você faz o uso do outro medicamento para cortar esse efeito, né?

Tarso: Por causa disso, entendeu? Mas também só foi o único problema, o resto até agora, né?

A presença do efeito colateral o fez buscar outra especialidade médica, fora do âmbito do processo transexualizador e do SUS. Tarso relata que os demais tratamentos e, atualmente, inclusive o tratamento hormonal, estão sendo realizados pelo seu plano de saúde. Esse processo migratório marca sua história de vida e mostra mais uma vez que há a necessidade de se pensar acerca da integralidade nos serviços de saúde pública e no próprio processo transexualizador – que lida com a demanda cirúrgica e hormonal, mas muitas vezes não lida com os feitos colaterais do uso de hormônios em longo prazo.

Desse modo, esse capítulo nos faz refletir acerca da invisibilidade dos homens trans nos serviços de saúde (Lionço, 2009, Almeida 2012), até mesmo no próprio processo transexualizador. Pensar no processo de nomeação disforme do corpo de Tarso pelas cidades em que este passou buscando auxílio, bem como no campo social é mais uma faceta da

invisibilidade que os homens trans carregam socialmente e nas políticas de saúde. Cabe, primeiramente, pensar em estratégias de saúde que contemplem homens trans e suas demandas, para além do serviço transexualizador (Mello *et al*, 2011) como forma de garantia, inclusive, de acesso até a este serviço. Além disso, faz-se necessário buscar a integralidade no serviço de saúde pública e privada, rompendo com uma matriz de saúde voltada ainda para a população cisgênera. O que foge dessa normativa é encarado de modo patológico, ferindo o direito universal à saúde, haja vista que ter acesso a certos serviços e procedimentos só ocorre após o diagnóstico das áreas de poder-saber psi (Bento & Pelúcio, 2012). O processo transexualizador detém a responsabilidade de serviço especializado a pessoas trans, contudo, restringir o atendimento a apenas essa política pública é ferir o acesso universal e integral do segmento T (Lionço, 2008a).

6. À guisa de conclusão: patologização de corpos, patologização de identidades

Parecería que no hay cuerpo, todavía, sino carne desorganizada, que no hace cuerpo (Cabral & Benzur, 2005)

Com base nessa imersão científica produzida, pode-se pensar na construção da identidade de gênero inexoravelmente determinada por parâmetros biológicos fortemente ligados às concepções e percepções binárias da genitália – por isso patologizar e corrigir os corpos intersexo e transexual, pois esses não são corpos definidos dentro dos padrões binários de masculino e feminino hegemônicos forjados pelo discurso médico e operacionalizado por procedimentos cirúrgicos e pela ingestão de hormônios. Percebe-se uma normatização da multiplicidade de corpos, produzidos enquanto sujeitos possíveis de se tornarem matéria legítima desde o nascimento ou construídos ao longo de sua trajetória de vida. Nesse ponto, nos cabe problematizar a questão da liberdade e autonomia sob o seu corpo e seu processo de nomeação, que, por conta de vetores cisnormativos (V., 2014), acabam por serem cerceados e sua existência se torna uma forma de resistência e estilística de ser (Filho, 2008).

Há ainda a dificuldade de acesso ao processo transexualizador – principal política pública de saúde voltada para as especificidades das pessoas não-cis em solo brasileiro. Mesmo em épocas diferentes em que procuraram o serviço, todas as pessoas aqui descritas encontram uma lacuna entre o serviço de saúde da atenção primária e o processo transexualizador, focado nas atenções secundária e terciária. Nesse aspecto, mostra-se relevante e necessário problematizar esse itinerário informal e difuso que dificulta o acesso universal e equitativo de pessoas trans e intersexuais a políticas que de fato contemplem suas especificidades.

E a Psicologia, onde entra nisso tudo? Com base nessa análise, podemos refletir acerca do (não) papel da Psicologia nessas histórias de vida aqui relatadas. No âmbito de atendimento do processo transexualizador, a Psicologia mostra-se invisível nesses relatos (há apenas alguns relatos pontuais de pequenos encontros com a psicóloga do serviço, muitas

vezes referentes à preparação de um ano através de encontros mensais para o procedimento cirúrgico de transgenitalização). O lugar da Psicologia nessas histórias se mostrou relevante no SAE e no VisiTrans, trazendo uma perspectiva de fomento da autonomia das pessoas trans enquanto sujeito de direitos e foco no seu processo de adoecimento em detrimento das ansiedades e incertezas frente ao processo transexualizador e ao contexto social. Podemos pensar então qual esse lugar de que a psicologia está sendo cotidianamente chamada a ocupar ou porque justamente esse lugar muitas vezes é suprido apenas pela presença do profissional em Psiquiatria como discurso legítimo para oferecer à identidade trans o seus status de “verdade” – materializado aqui pela presença do laudo psiquiátrico após um exaustivo período de tempo (que em alguns casos excede aos dois anos preconizados pelas portarias do Ministério da Saúde (Brasil, 2008; Brasil, 2013) que autorizam o processo transexualizador no âmbito do Sistema Único de Saúde). O lugar que se vê aqui é de complemento da posição denotada pelo psiquiatra (confirmação da identidade transexual da pessoa), bem como preparo para uma mudança considerada “tão brusca” no seu próprio corpo. Pensar desse modo é assumir a posição de que: I) pessoas trans ainda hoje precisam ser diagnosticadas dentro de uma normativa binária de gênero que vai lhes conferir integridade e acesso a direitos anteriormente negados – como acesso ao nome ao qual se reconhece e autonomia de alteração das características corporais -, II) as demandas psicológicas de pessoas trans se resumem apenas ao sofrimento quanto à aceitação do seu próprio corpo e ao fato da mudança corporal oriunda da cirurgia de transgenitalização poder causar um desequilíbrio na estrutura psicológica da própria pessoa que alterou a sua “natureza”. Tornar o processo de identificação com determinado gênero como uma produção histórica e social é uma forma de fugir dessa perspectiva que carrega um ranço de patologização e universalização das experiências trans. Cabe, assim, problematizar essa invisibilidade, muitas vezes suprida por serviços em Psicologia que não estão formalmente vinculados ao processo transexualizador, como sintoma

da Psicologia que deve repensar seu papel na questão do gênero de pessoas trans, bem como reiterar seu comprometimento social e científico para com essa população.

7. Referências Bibliográficas

- Almeida, G. (2012). 'Homens trans': novos matizes na aquarela das masculinidades? *Estudos Feministas*, 20(2), 513-523.
- Amaral, M. S. (2012). *Essa Boneca Tem Manual: práticas de si, discursos e legitimidades na experiência de travestis iniciantes*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil
- Amaral, M. S.; & Toneli, M. J. F (2013). Entre Novatas, Cdzinhas e Transformers: políticas de (re)existência na experiência de travestis iniciantes. *História Agora*, 15, 162-184.
- Amaral, M. S.; Silva, T. C.; Cruz, K. O. & Toneli, M. J. F. (2014). Do travestismo às travestilidades?: uma revisão do discurso acadêmico no Brasil entre 2001-2010. *Psicologia & Sociedade*, 26, 301-311.
- APA (2002). DSM – IV/TR: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. 4ªed. Artmed.
- APA (2015). DSM – V: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th ed. Artmed.
- Arán, M. (2009). A psicanálise e o dispositivo diferença sexual. *Estudos Feministas*, 17(3), 653-673.
- Arán, M. & Murta, D. (2009). Do diagnóstico de transtorno de identidade de gênero às redescrições da experiência da transexualidade: uma reflexão sobre gênero, tecnologia e saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 19 (1), 15-41.
- Arán. M., Zaidhaft, S. & Murta, D. (2008). Transexualidade: corpo, subjetividade e saúde coletiva. *Psicologia & Sociedade*; 20 (1), 70-79.
- Arán. M., Murta, D. & Lionço, T. (2009). Transexualidade e saúde pública no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, 14(4), 1141-1149.
- Batista, N. C. S; Bernardes, J. & Menegon, V. S. M. (2014). Conversas no cotidiano: um dedo de prosa na pesquisa. In: Spink; Brigadão; Nascimento; Cordeiro (org). *A produção de informação na pesquisa social: compartilhando ferramentas*. Rio de Janeiro: Centro Edelstein.
- Beauvoir, S. (1967). *O segundo sexo: a experiência vivida*. São Paulo: Difusão europeia do livro.
- Benedetti, M. (2005). *Toda Feita: o corpo e o gênero das travestis*. Rio de Janeiro: Garamond Universitária.
- Bento, B. (2010). Pouco saber para muito poder: a patologização do gênero. In: Pocahy, F (org). *Políticas de enfrentamento ao heterossexismo: corpo e prazer*. Porto Alegre: NUANCES, p. 61-74.
- Bento, B. (2011). Na escola se aprende que a diferença faz a diferença. *Estudos Feministas*, 19(2), 548-559.

- Bento, B. (2012). Sexualidade e experiências trans: do hospital à alcova. *Ciência e Saúde Coletiva*, 17 (10), 2655-2664.
- Bento, B. & Pelúcio, L. (2012). Despatologização do gênero: a politização das identidades abjetas. *Estudos Feministas*, 20(2), 569-581.
- Borba R. & Ostermann, A. C. (2008). Gênero ilimitado: a construção discursiva da identidade travesti através da manipulação do sistema de gênero gramatical. *Estudos Feministas*, 16(2), 409-432.
- Borges, C. A. & Souza, M. (2012). Saúde das travestis: um desafio para a enfermagem. In: XVI Simpósio de Ensino, Pesquisa e Extensão: Aprender e empreender na educação e na ciência do Centro Universitário Franciscano – UNIFRA, out. 2012.
- Brasil (1990). Ministério da Saúde. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Brasília, DF.
- Brasil (2004). Brasil Sem Homofobia: Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra GLTB e Promoção da Cidadania Homossexual. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil (2008). Ministério da Saúde. Portaria Federal número 1.707, de 18 de agosto de 2008. Recuperado em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1707_18_08_2008.html
- Brasil (2009). Ministério da Saúde. Portaria Federal número 1.820, 2009. Recuperado em <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/109086-1820.html?q>
- Brasil (2010). Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil (2013). Ministério da Saúde. Portaria Federal número 2.803, de 19 de novembro de 2013. Recuperado em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2803_19_11_2013.html
- Brum, E. J. S. (2010). A desconstrução do sexo e do gênero em um quadro de relação não-violenta. Dissertação de Mestrado, Universidade dos Açores, Ponta Delgada, Portugal.
- Butler, J. (1998). Fundamentos contingentes: o feminismo e a questão do “pós-modernismo”. *Cadernos Pagu*, 11, 11-42.
- Butler, J. (2000) Corpos que pesam: sobre os limites discursivos do “sexo”. In: Louro, G. L. *O corpo educado: pedagogias da sexualidade*. Belo Horizonte: Autentica, p. 151-169.
- Cabral, M. & Benzur, G. (2005). Cuando digo intersex: un diálogo introductorio a la intersexualidad. *Cadernos Pagu* (24), 283-304
- Canguilhem, G. (2009). *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária. 6.ed.rev.
- Cerqueira-Santos, E., Calvetti, P. U., Rocha, K. B., Moura, A., Barbosa, L. H., & Hermel, J. (2010). Percepção de Usuários Gays, Lésbicas, Bissexuais e Transgêneros, Transexuais e Travestis do Sistema Único de Saúde. *Revista Interamericana de Psicologia*, 44(2), 235.

- Colling, L. & Pirajá, T. C. (2011). Queridas, mas nem tanto: a representação da travestilidade em Queridos Amigos. *Flamecos*, 18 (2), 507-528.
- Connell, R. W. & Messerschmidt, J. W. (2013). Masculinidade hegemônica: repensando o conceito. *Estudos Feministas*, 21(1), 241-282.
- Conselho Federal de Medicina (2003). Resolução 1664, de 13 de maio 2003. Brasília: CFM.
- Dalmolin *et al.* (2011). Significados do conceito de saúde na perspectiva de Docentes da área da saúde. *Esc Anna Nery*, 15 (2), 389-394.
- Duque, T. (2012). Reflexões teóricas, políticas e metodológicas sobre um morrer, virar e nascer travesti na adolescência. *Estudos Feministas*, 20(2), 489-500.
- Filho, A. S. (2008). Foucault: o cuidado de si e a liberdade ou liberdade é uma agonística. In: Albuquerque Júnior, D. M.; Veiga-Neto, A & Filho, A. S. (Org.) *Cartografias de Foucault*. Belo Horizonte: Autêntica.
- Fonseca, C. (1999). Quando cada caso não é um caso: pesquisa etnográfica e educação. *Revista Brasileira de Educação*, 10, 58-78.
- Foucault, M. (1993). *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro, Graal.
- Foucault, M. (1996). *A ordem do Discurso*. São Paulo: Loyola.
- Foucault, M. (1999) Aula de 17 de março de 1976. In: Foucault, M. *Em defesa da sociedade*. São Paulo: Martins Fontes.
- Foucault, M. (2012). *Arqueologia do Saber*(8ª ed.). Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Foucault, M. (2005). *História da Sexualidade I: a vontade de saber*. São Paulo: Graal.
- Fuentes, J. A. (2013). Desviaciones del a sexualidad: Parafilias y transexualismo em las causas de nulidad matrimonial canónica. *Ius Canonicum*, 53, 655-690.
- Garbelotto, F. C. (2013). Intersexualidade e abjeção. Trabalho apresentado no Seminário Internacional Fazendo Gênero 10 (Anais Eletrônicos) – Desafios atuais dos feminismos, 16 a 20 de setembro de 2013. Florianópolis.
- Gorin-Lazard, A. *et al* (2008). Trouble de l'identité de genre: quel est le rôle du psychiatre? *Sexologies*, 17, 225-237.
- Haraway, D. (1995). “Saberes Localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial”. *Cadernos Pagu*, 5, 07-41.
- Haraway, D. (2009). Manifesto ciborgue: Ciência, tecnologia e feminismo-socialista no final do século XX. In: Haraway, D; Kunzru, H & Tadeu, T. (Org.) *Antropologia do ciborgue: as vertigens do pós-humano*. Belo Horizonte: Autêntica Editora.
- Jesus, J. G. (2012). Orientações sobre Identidade de Gênero: Conceitos e Termos. Guia técnico sobre pessoas travestis, transexuais e demais transgêneros para formadores de opinião. Brasília: Escritório de Direitos Autorais da Fundação Biblioteca Nacional – EDA/FBN.

- Jesus, J. G. (2013). Feminismo e identidade de gênero: elementos para a construção da teoria transfeminista. *Seminário Internacional Fazendo Gênero*. 10, 1-9.
- Jimenez L. & Adorno, R. C. F. (2009). O sexo sem lei, o poder sem rei: Sexualidade, gênero e identidade no cotidiano travesti. *Cadernos Pagu* (33), 343-367.
- Jesus, J. G. (2015). Interloquções teóricas do pensamento transfeminista. In: Jesus, J. G. *Transfeminismo: teorias e práticas*. Metanoia. Pp. 3-18.
- Kaldera, R. (2000). Do It on the Dotted Line. *Fireweed: A feminist quarterly of writing, politics, art & culture*, 69, 46-50.
- Leite Jr, J. (2011). *Nossos corpos também mudam: a invenção das categorias "travesti" e "transsexual" no discurso científico*. São Paulo: Annablume.
- Leite Jr, J. (2012). Transitar para onde? Monstruosidade, (des)patologização, (in)segurança social e identidades transgêneras. *Estudos Feministas*, 20(2), 559-568.
- Lionço, T. (2006). Um olhar sobre a transexualidade a partir da perspectiva da tensionalidade somato-psíquica. Tese de Doutorado, Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil.
- Lionço, T (2008a). Que direito à saúde para a população GLBT? Considerando direitos humanos, sexuais e reprodutivos em busca da integralidade e da equidade. *Saúde e Sociedade*, 17, 11-21.
- Lionço, T. (2008b). Bioética e sexualidade: o desafio para a superação de práticas correcionais na atenção à saúde de travestis e transexuais. *Série Anis (Brasília)*, 54, 01-07.
- Lionço, T. (2009). Atenção integral à saúde e diversidade sexual do processo transexualizador do SUS: avanços, impasses, desafios. *Physis*, 19, 43-63.
- Lorde, A. (2009). Não há hierarquias de opressão. In: I am your sister –collected and unpublished writings of Audre Lorde (versão traduzida). Oxford University Press.
- Louro, G. L. (2001). Teoria queer - uma política pós-identitária para a educação. *Revista Estudos Feministas*, 9(2), 541-553.
- Machado, P. (2008). O sexo dos anjos: representações e práticas em torno do gerenciamento sociomédico e cotidiano da intersexualidade. Tese de doutorado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.
- Machado, P. S. (2012). Intersexualidade, intersexualidades: notas sobre alguns desafios teóricos, metodológicos e políticos contemporâneos. In: Miskolci, R. et al. (orgs). *Discursos fora da ordem. Sexualidades, saberes e direitos*. São Paulo: Annablume, 2012, pp. 179-196.
- Machado, P. S. (2014). (Des)fazer corpo, (re)fazer teoria: um balanço da produção acadêmica nas ciências humanas e sociais sobre intersexualidade e sua articulação com a produção latino-americana. *Cadernos Pagu*, 14, 141-158.
- Maia, J. & Viso, L. (2010). Telefones desfiados. *Famecos*, 17 (3), p. 304-313.
- Marre, J. (1991). História de vida e método biográfico. *Cadernos de Sociologia*, 3 (3), 89-141.

- Mello *et al.* (2011). Políticas de saúde para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no Brasil: em busca de universalidade, integralidade e equidade. *Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana*, 9, 7-28.
- Méllo, Ricardo Pimentel, & Sampaio, Juliana Vieira. (2012). Corpos intersex borrando fronteiras do discurso médico. *Revista do NUFEN*, 4(1), 4-19.
- Oliveira, Pinto, Pena & Costa (2009). Feminismos *queer*: disjunções, articulações e ressignificações. *Exæquo*, 20, 13-27.
- Oliveira, Viana & Souza (2012). O corpo intersexual como desconstrução dos gêneros inteligíveis: uma abordagem sócio-jurídica. 17º Encontro Nacional da Rede Feminista Norte e Nordeste de Estudos e Pesquisa sobre a Mulher e Relações de Gênero.
- Oliveira, A. L. G. (2015). Homens transexuais brasileiros e o discurso pela (des)patologização da transexualidade. In: Jesus, J. G. Transfeminismo: teorias e práticas. Metanoia. Pp. 87-105.
- Paulilo, M. A.S. (1999). A pesquisa qualitativa e a história de vida. *Serv. Soc. Rev. Londrina*, 2 (1), 135-148.
- Pelúcio, L. (2004). Travestis, a (re)construção do feminino: gênero, corpo e sexualidade em um espaço ambíguo. *Revista Antropológicas*, 15(1), 123-154.
- Pelúcio, L. (2007). "Mulheres com Algo Mais" - corpos, gêneros e prazeres no mercado sexual travesti. *Revista Versões*, 3, 77-93.
- Pelúcio, L. (2010). Plurais na singularidade – reflexões sobre travestilidades, desejo reconhecimento. In: Pocahy, F (org). *Políticas de enfrentamento ao heterossexismo: corpo e prazer*. Porto Alegre: NUANCES, p. 75-84.
- Peres, W. S. (2012). Travestilidades nômades: a explosão dos binarismos e a emergência queering. *Estudos Feministas*, 20(2), 539-547.
- Perucchi, J.; Brandão, B. C.; Berto, C. M. G.; Rodrigues, F. D. & Silva, J. A. (2014). Brazil-s Unified Health System (SUS) and Its Treatment for Transgender People. *Psychology (Irvine)*, 5, 1090-1094.
- Perucchi, J.; Brandão, B. C., Silva; J. A. (2015). Gênero, sexo e corpos trans: um relato de experiência de extensão universitária a partir da construção de um grupo de apoio e militância com travestis e transexuais. *Feminismos*, 3 (1), 71-81.
- Pinto, C. R. J. (2010) Feminismo, história e poder. *Rev. Sociol. Polít.*, 18 (3), 15-23.
- Preciado, B (2011). Multidões queer: notas para uma política dos “anormais”. *Revista Estudos Feministas*, 19(1), 11-20.
- Prins, B & Meijer, I. C. (2002). Como os corpos se tornam matéria: entrevista com Judith Butler. *Estudos Feministas*, 10, 1, 155-167.
- Ribeiro, M. G. R. M & Santos, R. S. (2000). O método "história de vida" e seu uso em pesquisa de enfermagem com gestante HIV positivo. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem* . 4 (1), 47-54.

- Rich, A. (2010). Heterossexualidade compulsória e existência lésbica. *Bagoas*, 5, 17-44.
- Rubin, G. (2003). Pensando o Sexo: Notas para uma Teoria Radical das Políticas da Sexualidade. *Cadernos Pagu*, 21, 01-88.
- Sampaio, L. L. P. & Coelho, M. T. A. D. (2012). Transexualidade: aspectos psicológicos e novas demandas ao setor saúde. *Interface*, 16 (42), 637-649.
- Scott, J. (1995). Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *Educação & Realidade*, 20 (2), 71-99.
- Scott, J. (1999) Experiência. In: Silva, A. L.; Lago, M. C. S & Ramos, T. R. O. *Falas de Gênero*. Florianópolis: Editora Mulheres, p. 21-55.
- Souza, E. C. (2007). (Auto)biografia, histórias de vida e práticas de formação. In Nascimento, A. D. & HetkowskI, T. M. (orgs). *Memória e formação de professores*. Salvador: EDUFBA. P. 310.
- Spindola T. & R. S. Santos (2003). Trabalhando com a história de vida: percalços de uma pesquisa(dora?) *Rev Esc Enferm USP*, 37(2), 119-126.
- Spivak, Gayatri Chakravorty. (2010) Pode o subalterno falar? (Almeida, S. R. G. ; Feitosa M. & Feitosa, A. Trad.) Belo Horizonte: Editora UFMG. (Obra original publicada em 1985).
- Teixeira, F. B. (2012). Histórias que não têm era uma vez: as (in)certezas da transexualidade. *Estudos Feministas*, 20(2), 501-512.
- Torres, M. A. & Prado, M. A. M. (2014). Professoras transexuais e travestis no contexto escolar: entre estabelecidos e outsiders. *Educação e Realidade*, 39, 201-220.
- Trad, L. A. B. (2009). Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. *Revista de Saúde Coletiva*, 19 (3), 777-796.
- V, Viviane (2014). Pela descolonização das identidades trans. VII Congresso Internacional de Estudos sobre a Diversidade Sexual e de Gênero- ABEH, 1-15.
- V, Viviane (2015). É a natureza quem decide? Reflexões trans* sobre gênero, corpo e (ab?)uso de substâncias. In: Jesus, J. G. *Transfeminismo: teorias e práticas*. Rio de Janeiro: Metanoia. pp. 19-41.