



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
CURSO DE DOUTORADO EM SAÚDE COLETIVA

Ale Mújica Rodríguez

**Cartografias de cuidados à saúde trans na Atenção Primária do município de
Florianópolis, 2017 - 2018.**

Florianópolis

2019

Ale (Ana Maria) Mújica Rodríguez

**Cartografias de cuidados à saúde trans na Atenção Primária do município de
Florianópolis, 2017 - 2018.**

Tese apresentada para defesa de Doutorado dentro do
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da
Universidade Federal de Santa Catarina.

Orientador:

Prof. Dr. Rodrigo Otávio Moretti-Pires

Co-orientadora:

Profª. Dra. Simone Ávila

Florianópolis

2019

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Mujica Rodriguez, Ale
Cartografias de cuidados à saúde trans na Atenção
Primária do município de Florianópolis, 2017 - 2018. / Ale
Mujica Rodriguez ; orientador, Rodrigo Otávio Moretti
Pires, coorientadora, Simone Ávila, 2019.
146 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós
Graduação em Saúde Coletiva, Florianópolis, 2019.

Inclui referências.

1. Saúde Coletiva. 2. Cuidados à saúde trans. 3.
Políticas públicas em saúde. 4. Saúde Coletiva. 5.
Cartografia. I. Moretti-Pires, Rodrigo Otávio . II. Ávila,
Simone . III. Universidade Federal de Santa Catarina.
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. IV. Título.

Ale Mújica Rodríguez

**Cartografias de cuidados à saúde trans na Atenção Primária do município de
Florianópolis, 2017 - 2018.**

O presente trabalho em nível de doutorado foi avaliado e aprovado por banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.(a) Mirelle Finkler, Dr(a).

Universidade Federal de Santa Catarina

Prof.(a) Luciana Patrícia Zucco, Dr(a).

Universidade Federal de Santa Catarina

Prof.(a) Daniel Canavese de Oliveira, Dr(a).

Universidade Federal de Rio Grande do Sul

Certificamos que esta é a versão original e final do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de doutor em Saúde Coletiva.

Prof. Dr.(a) Marta Inez Machado Verdi

Coordenador(a) do Programa

Prof. Dr.(a) Rodrigo Otávio Moretti-Pires

Orientador(a)

Florianópolis, 27 de Agosto de 2019.

AGRADECIMENTOS

*Lembremos que cada une de nós somos verso,
de aí a importância da gente se juntar,
para sermos potencia-poesia’.*
A. Mujica-Rodriguez

Agradeço a todas as pessoas que compõem a minha cartografia afetiva, cujos afectos viram verso e poesia para mi ins-pirar no dia-a-dia.

Agradeço à minha família, meu pai, mãe, abuelinix e minha irmã. Pequeña gracias por todo siempre. Gracias mi Negri, Maga, Juno e Alline.

Agradeço ao Programa de pós-graduação em Saúde Coletiva pelo apoio.

Agradeço à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES, pela concessão da bolsa de Doutorado.

Agradeço à Universidade Federal de Santa Catarina, por ter espaços para que pessoas como eu, possamos habitar e nos sentir acolhidas.

Agradeço à UNASUS-Florianópolis e todas as pessoas que a compõem, pelo apoio e oportunidade de aprendizado.

Agradeço ao IEG, NIGS, NUSSERGE, núcleos-pessoas de pesquisa da UFSC que fazem parte de mim e eu deles e que de diferentes formas me compõem.

Agradeço ao NETRANS (Núcleo de Estudos e Pesquisas de Travestilidades, Transgeneridades e Transexualidades) da UFSC, primeiro núcleo no Brasil criado por pessoas trans, e a todas as pessoas trans (travestis, mulheres trans, homens trans e pessoas não binárias) que fazemos parte deste, pelo acolhimento, pela parceira, amizade e apoio.

Agradeço às pessoas da banca que se dispuseram a fazer parte desta cartografia.

Agradeço enormemente ao meu orientador e co-orientadora por aceitarem o desafio de orientar, acompanhar e acolher os diversos sentidos e afectos que este processo de pesquisa-escrita suscita.

Agradeço imensamente ao meu corpo por me permitir e se permitir, por aprendermos juntas a lidar com o estres, a felicidade, a frustração, a angustia, a alegria, a melancolia, as experiências múltiplas e multiorgásmicas que fizeram parte deste processo tese-tesão.

Agradeço a todas as pessoas trans (travestis, homens trans, mulheres trans, pessoas não binárias) que fizeram parte desta cartografia e me permitiram estar junto nos seus processos de cuidado, que abriram as portas das suas casas e intimidades, que acreditaram na potência desta pesquisa e sobretudo na minha postura ético-política e de afeto.

Agradeço a você que está lendo.

'Conjuros (trans)feministas, sapatânicos, abortistas para en-frentar o hetero-cis-patriarcado, o fascismo enraizado, a violência silenciada, a hipocrisia en-close-tada.

Conjuros desviantes, desejantes, sedutores, poli-fônicos para nos a(r)mar entre orgias de (auto)cuidado e rebeldia, de luta e alegria.

Conjuros orgâsmicos para/com nossas corpos poli-morfos, para não temer à morte e celebrar a vida!'

Mujica-Rodríguez, A.

RESUMO

Pensar a saúde das travestis, pessoas trans e/ou não-binárias consiste em um convite para mergulhar nas geografias dos afetos de produção do desejo dos territórios que são construídos para esses cuidados. Um convite para pensar a multiplicidade e as forças que compõem esses cenários, neste caso, dentro e fora dos serviços de saúde à procura de hormonização, mas também de um cuidado integral, mesmo dentro de demandas específicas. A presente pesquisa é uma tentativa de ser esse convite e dar resposta ao mesmo, compondo uma cartografia desde e através de o meu corpo e das pessoas que aceitaram participar da mesma. Nesse sentido foram doze as pessoas que compõem junto esta cartografia, com quem realizamos diversos encontros-entrevista e algumas foram acompanhadas nos serviços de saúde. A cis-normatividade e a hetero-normatividade não deixam de estar presente dentro dos cenários de cuidado à saúde, assim como, o paradigma de cuidado vertical-paternalista, mas também existe um movimento de resistência por parte das travestis, pessoas trans e/ou não binárias e de um querer acolher e compreender as demandas destas por parte das pessoas profissionais da saúde. A hormonização é uma das demandas que mais ressonância teve na construção dos territórios de cuidado, como um processo importante, mas não unicamente, para várias das pessoas acompanhadas/entrevistadas. Finalmente, proponho pensar o cuidado à saúde de forma plural e polifônico, e a diferença como potência de vida, na medida que permite refletir sobre a educação e políticas em saúde desde as fronteiras.

PALAVRAS CHAVES: Pessoas trans; Travestis; Personas de Género no Binário; Saúde Coletiva; Cuidados de Saúde; Cartografia.

SUMMARY

To think about the health of transvestites, trans people and / or non-binary people is an invitation to immerse in the geographies of the affects production of the desire of the territories that are built for care. An invitation to think of the multiplicity and forces that make up these scenarios, in this case, inside and outside the health services in search of hormonalization, but also an integral care, even within specific demands. The present research is an attempt to be this invitation and to respond to it, composing cartography from and through my body and the people's body who have accepted to participate in it. In this sense, there were twelve people who composed together this cartography, with whom we held several meetings-interview and some were accompanied in the health services. The cis-normativity and the hetero-normativity are present within health care scenarios, as well as the vertical-paternalistic care paradigm, but there is also a movement of resistance on the part of the transvestites, trans people and / or not binary people and of a willingness to accept and understand the demands of these on the part of professional health people. Hormonization is one of the most resonant demands in the construction of care territories, as an important process, but not the only one, for several of the people accompanied / interviewed. Finally, I propose to think about health care in a plural and polyphonic way, and the difference as a potency to/of life, insofar as it allows reflecting on health education and policies from the borders.

KEY WORDS: Trans people; Transvestites; Non-binary gender people; Public Health; Health care; Cartography.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1.....	49
---------------	----

SUMÁRIO

1. PRÉ-INTRODUÇÃO.....	15
2. INTRODUÇÃO.....	18
3. JUSTIFICATIVA.....	27
4. TRAÇOS DE TERRITÓRIOS CIRCULANTES DENTRO DA SAÚDE.....	29
4.1. MOVIMENTOS CONCEITUAIS E ENTRECruzES ENTRE GÊNERO, SEXO E SEXUALIDADE.....	29
4.2. CORPO-NORM(A)TIVIDADE.....	35
4.3. CISGENERIDADE IMPERANTE: O NORMAL E PATOLÓGICO.....	37
4.4. É POSSÍVEL UMA EDUCAÇÃO TRANSVIADA-SAPATRANS NA SAÚDE?.....	39
5. QUESTÕES DE PESQUISA.....	46
6. OBJETIVOS	46
6.1. OBJETIVO GERAL.....	46
6.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	46
7. O SE FAZE(R)NDO METODOLÓGICO.....	47
7.1. CARTOGRAFIA NA SAÚDE.....	47
7.2. QUEM ESTÁ CARTOGRAFANDO?.....	50
7.3. CENÁRIOS.....	51
7.4. PRODUÇÃO E ANÁLISE.....	53
7.5. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	54
8. RESULTADOS.....	55
8.1. OLHAR SUDACA: TRAVESTIS, PESSOAS TRANS E NÃO BINÁRIES NA PRODUÇÃO EM SAÚDE.....	55

8.1.1. Salud Trans y Latinoamérica: Revisión de la literatura.....	55
8.2. RIZOMA(S): TERRITÓRIOS CONSTRUÍDOS PELAS PESSOAS TRANS PARA (AUTO)CUIDAR DA SUA SAÚDE – O CASO DO AMBULATÓRIO TRANS. FLORIANÓPOLIS, SC.....	73
8.3. TERRITÓRIOS CONSTRUÍDOS PELAS PESSOAS TRANS PARA (AUTO)CUIDAR DA SUA SAÚDE – HORMONOTERAPIA.....	96
8.4. RIZOMAS: IN(VISIBILIDADES) DENTRE DOS ESPAÇOS INSTITUCIONAIS DE CUIDADO À SAÚDE.....	112
9. CONSIDER-AÇÕES FINAIS-CONTÍNUAS.....	129
REFERENCIAS – INSPIRAÇÕES.....	131
APÊNDICE A: ROTEIRO DA ENTREVISTA-CONVERSA.....	143
ANEXOS A.....	144



Palavra a palavra, verso a verso, foram se traçando as linhas, compondo os cenários, sentindo os efeitos dos afectos no corpo vibrátil. Cuidar da saúde (nossa e de outres) é um costurar de afetos, é manter o corpo aberto ao acontecimento dos encontros, dos encantos, dos assombros, das dores e das possíveis formas de acompanhamento. Cuidar é um ato consciente, um aprendizado.

1 PRÉ-INTRODUÇÃO

“Tenho medo de escrever. É tão perigoso. Quem tentou, sabe. Perigo de mexer no que está oculto, e o mundo o não está à tona, está oculto em suas raízes submersas em profundidades do mar. Para escrever tenho que me colocar no vazio, nesse vazio terrivelmente perigoso: dele arranco sangue. Sou um escritor que tenho medo da cilada das palavras: as palavras que digo escondem outras – quais? Talvez as diga. Escrever é uma pedra lançada no poço fundo”.
Clarice Lispector – *Sopro de vida*

Escrever denota uma alta responsabilidade, de mastigar e saborear cada palavra, cada frase que se ‘diz’. Pouco sabemos das formas como o que escrevemos afeta-afetará a quem lê e para quem escreve a afetação, no meu caso, foi continua, a cada palavra, mas também a cada re-leitura. Daí o cuidado com o quê, como e porquê, do “dizer”, que vai construindo um “estando”.

As palavras, como já nos compartilhava José Saramago (1971), não são inocentes e muito menos neutras, elas carregam sentidos, alguns destes re-configurados. Então, a escrita também é uma forma de exercer o poder. O poder de nomear, de trazer os silêncios à tona, de colocar em xeque o não dito e o que está no armário do tabu. E como escreve Javier Sáez (2004), “[...] siempre se escribe desde un lugar, aunque a veces se intenten borrar las huellas” (p. 10). Aqui o meu lugar é poético-poiético, transitório-transitante entre pesquisadore e ativista, médique e usuárie, Brasil-Colômbia e imigrante, sapatône-tortillere¹ e trans não binárie. A importância de nomear-se quando se escreve também é uma forma de re-existência e resistência, como Gloria Anzaldúa (2009) enuncia:

E quando eu defendo colocar Chicana, tejana, de classe operária, poeta dyke - feminista junto a meu nome, eu o faço por razões diferentes daquelas da cultura dominante. As razões deles são marginalizar, confinar, e conter. Meu rotular a mim mesma é para que a Chicana e lésbica e todas as outras pessoas em mim não sejam apagadas, omitidas, ou assassinadas. Nomear é como eu faço minha presença

¹ Eu me autodenomino de sapatône, que seria a inflexão de gênero para o gênero neutro, não binário da palavra sapatão. A palavra sapatão foi usada de forma pejorativa e como xingamento para se referir às pessoas lésbicas que expressavam ou não algum tipo de masculinidade. No entanto, existe uma reapropriação identitária da palavra para se autonegar e questionar tanto heteronormatividade, quanto a colonialidade e homogeneidade das categorias identitárias, sendo que ser, estar sendo sapatão abarca uma multiplicidade. Para se aprofundar mais nesta discussão pode ser lido o texto de Hariagi Borba Nunes, Sapatão enquanto rizoma: desterritorialização da lésbica. <https://7seminario.furg.br/images/arquivo/263.pdf>

Em Latino América existem também diferentes formas regionais e locais de (auto)nomeação sapatão, no caso, eu usei da palavra tortillera e sua inflexão no gênero neutro, não binário.

conhecida, como eu afirmo quem e o que eu sou e como quero ser conhecida. Nomear a mim mesma é uma tática de sobrevivência (ANZALDÚA, 2009. p. 2).

Com relação à escrita, esta será na primeira pessoa do singular, como sujeito-enunciador com o intuito de ser explícite nas marcas de subjetividade que todo texto e discurso científico tem (OLIVEIRA, 2014) e de demarcar através da linguagem uma interação pessoal com quem me lê. No entanto, em algumas partes vocês perceberão o uso da primeira pessoa do plural, esse plural por vezes carrega uma luta coletiva LGBTI+ da qual faço parte.

O português, assim como os demais idiomas latinos, não possui um gênero neutro ou um terceiro gênero, sendo que este sempre está sendo demarcando. O que se tem como genérico e ‘neutro’ no português, e na maioria das línguas latinas, é o uso da ‘o’, como por exemplo ‘todos’, ‘prezados’, o que tem sido discutido como uma expressão sexista e hierárquica da língua, deixando às mulheres em um segundo plano, como reflete Carmen Rosa Caldas-Coulthard (2007):

Um sistema gramatical de uma língua levanta questões sócio-políticas muito sérias, já que a prática social dá prioridade, em termos linguísticos, não simplesmente a uma subclasse de substantivos, mas também a um sexo. Nas sociedades patriarcais, o sexo masculino é o prioritário (CALDAS-COULTHARD, 2007. p. 234).

Desta forma, com o intuito de ‘neutralizar’ e romper os binarismos da língua nas formas escrita e falada e tentar uma linguagem mais inclusiva, ao longo da tese será usada uma linguagem neutra, não-binária. Para isso usarei a ‘e’ no lugar da ‘o’ ou ‘a’, e em alguns momentos me referirei ‘as pessoas’. Igualmente, ao decorrer deste texto algumas marcações aparecerão, ora no gênero feminino, ora no masculino, ao mencionar alguma autoria e quando estas pessoas fizerem uma determinada marcação.

Ao longo do texto algumas palavras terão uma escrita particular, no sentido de que se observarão fragmentadas, isto para chamar a atenção das outras possíveis versões que estas palavras podem ter e que não são incorporadas nos discursos hegemônicos, o que Santiago Cao (2018) chama de *(trans)versão po(i)ética* das palavras.

Esta tese teoricamente é minha, tem meu nome, mas não me pertence. Sou autore e leitor ao mesmo tempo. Observo e submerjo nela, ela me compõe e eu a componho, foi uma troca, uma relação dinâmica e, por vez, dolorida. Compartilho o que me foi compartilhado, trans(es)crevo sentimentos, desejos, afectos que vibram-vibraram em mim e em outres. Entre ativismo e academia, entre academia e ativismo, tecendo redes in-visíveis, sensíveis ao tato e em procura de uma constante expansão.

Finalmente, advirto-lhes que esta tese está-sendo, é in-acabada, em movimento. Aqui me referindo à própria noção de devir segundo Gilles Deleuze e Félix Guattari (2011), de pensar a produção de subjetividade(s) como uma luta de forças e linhas sempre em movimento, e esta tese como um produto provisório destas. No momento que vocês a leem ela adquire outros sentidos e se traçam outros caminhos, minha aposta é o dev-ir. Então peço gentileza na leitura e que se permitam mergulhar e se *afectar* (DELEUZE, 1994; 2008) pelos afetos das/nas (entre)linhas, dos/nos traços deste corpo-tese.

2 INTRODUÇÃO

Entende-se por pessoas trans, todas aquelas pessoas que não se identificam com o sexo que lhes foi assignado pelos discursos médico e jurídico ao nascer (VERGUEIRO, 2015; CABRAL, 2015). Dentro desta definição guarda-chuva podemos encontrar as categorias identitárias de: mulheres transexuais, homens trans, travestis e pessoas não binárias. No entanto, na presente produção discursiva optei por fazer explícito o uso da categoria travesti junto com pessoas trans e não binárias. O uso da categoria identitária travesti foi feita pela sua importância política e de resistência (ANDRADE, 2012).

Na saúde, as estratégias de atenção e cuidado das travestis, pessoas trans e/ou não binárias estão em um processo de (re)construção e de (re)estruturação. Até pouco tempo as travestis, pessoas trans e/ou não binárias que desejassem mudar o nome e sexo do seu Registro Geral (RG) deviam entrar na justiça e estar condicionadas a uma série de requerimentos cis-normativos e hetero-normativos por parte desta para conseguirem essa mudança. No entanto, em 2018, o Supremo Tribunal Federal (STF) autorizou a alteração de nome e sexo no registro civil sem necessidade da cirurgia de transgenitalização ou de outro tipo de requerimentos comprobatórios das identidades trans, tais como laudos psiquiátricos ou psicológicos, pelo que pode se fazer esta mudança diretamente no cartório.

Neste caso, essa cis-normatividade e hetero-normatividade refere-se ao fato das travestis, pessoas trans e/ou não binárias precisassem, nas suas narrativas perante o judiciário, entrar na lógica lineal de sexo-gênero-expressão-desejo. Por exemplo, se uma pessoa se identifica como uma mulher trans, sua expressão deve entrar e estar codificada dentro da feminidade hegemônica e seu desejo deve ser heterossexual-monogâmico. Assim como seu discurso relacionado à identidade e corpo, por vezes, devia se ajustar à linguagem de patologização, de “transtorno de identidade”, “corpo errado”, etc (COACCI, 2013).

Na América Latina, países como Chile e Peru continuam na luta pela aprovação das suas respectivas leis de Identidade de Gênero. Cuba está na construção de uma lei similar. Países como Uruguai, em 2009, aprovaram a Lei de Identidade de Gênero sem a necessidade prévia da cirurgia de transgenitalização, para lograr estas mudanças nos documentos (URUGUAY, 2009). Lei similar foi aceita na Colômbia, por meio do Decreto 1227 de 2015 (COLOMBIA, 2015) e recentemente na Bolívia (2016). De forma diferenciada, na Argentina a Lei de Identidade de Gênero (2012) (ARGENTINA, 2012) é uma das mais completas da América Latina pela sua amplitude, abarcando questões do âmbito do direito e da saúde e pela não

patologização das identidades trans, sendo que as pessoas que desejarem iniciar a hormonização e/ou realizar as suas respectivas cirurgias e/ou modificações corporais, não precisam de um diagnóstico, nem de psicoterapia compulsória prévias².

Vários dos países citados acima estão na construção e implementação de políticas que visem a atender as necessidades específicas das pessoas trans, assim como estratégias contra a discriminação destas pessoas nos serviços de saúde de forma geral. No Uruguai foi iniciada recentemente a construção de protocolos de atenção integral à saúde das pessoas trans, incluindo, por exemplo, início do hormonização na atenção primária, entre outras. Na Colômbia, as iniciativas têm sido isoladas e as pessoas trans muitas vezes conseguem a hormonoterapia, entre outros cuidados à sua saúde, somente por meio judicial (MEJÍA; BENAVIDES, 2008).

No Brasil, foi elaborado um Projeto de Lei de Identidade de Gênero³ baseado na lei Argentina, mas ainda não foi aprovado. No entanto, enquanto esta não está em vigência, tem-se criado outras estratégias para evitar constrangimentos com os documentos e o acesso à saúde, como é o uso do Nome Social, que é o nome pelo qual a pessoa Trans quer ser reconhecida. A partir do 2009 existem portarias que apontam o reconhecimento e adoção deste nos serviços de saúde (BRASIL, 2009) e em 2016 foi assinado pela presidência da república⁴ um decreto que autoriza a adoção do nome social nos órgãos do Poder Público federal. E, como foi comentado no início da introdução, quem desejar pode fazer a mudança do nome de registro no cartório sem precisar laudo ou algum outro tipo de cirurgia comprovatória da sua identidade.

Quanto a outras estratégias para o cuidado à saúde das pessoas LGBT, foi criado, pelo Ministério de Saúde, o programa Federal *Brasil sem Homofobia (2004)*, que entre as suas ações (três na área da saúde), ressaltamos a formalização do Comitê Técnico Saúde da População de

² As identidades trans continuam sendo patologizadas pelo atual Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM 5), como Disforia de Gênero. Desta forma as pessoas trans que queiram acessar aos serviços de saúde muitas as vezes tem que ter um diagnóstico clínica que valide e legitime a necessidade das cirurgias desejadas e da terapia hormonal.

³ Projeto de lei de identidade de gênero, ou “lei João Nery” (PL 5002/2013). Proposto pelo deputado Jean Wyllys (PSOL-RJ) junto com a deputada Érika Kokay (PT-DF). O projeto de lei aparece está pronto para Pauta na Comissão de Direitos Humanos e Minorias (CDHM). O dia 03 de maio de 2016 o Deputado Luiz Couto (PT-PB) emitiu o parecer com a aprovação da mesma, com emenda.

⁴ Decreto Nº 8.727, de 28 de abril de 2016. Ainda em vigor, pese a algumas tentativas do governo que assumiu depois da Presidenta Dilma ser impedida (http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ Ato2015-2018/2016/Decreto/D8727.htm).

gays, lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais⁵, tendo como objetivo estruturar uma Política Nacional de Saúde para essa população (BRASIL, 2008a), lançada a versão preliminar em 2008, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) no ano de 2009 e instituída no Sistema Único de Saúde (SUS) pela Portaria N° 2.836 em 2011. Em 2008 também foi publicada a Portaria No. 1707, que regulamenta o *Processo Transexualizador*⁶ no SUS (BRASIL, 2008b), com o intuito de protocolizar e regular algumas necessidades específicas em saúde das pessoas Trans. Essa Portaria foi redefinida e ampliada em 2013, sob N° 2.803, com a inclusão de algumas demandas cirúrgicas para os homens trans, o atendimento ambulatorial para as travestis, entre outras (BRASIL, 2013).

Até o presente ano (2019), são doze os centros/ambulatórios credenciados pelo Ministério de Saúde para ofertar o Processo Transexualizador (Porto Alegre, Bahia, São Paulo, Uberlândia, Curitiba, Recife, Vitória, Rio de Janeiro Goiânia e Paraíba). Existem outras iniciativas como o Centro de Pesquisa e Atendimento para Travestis e Transexuais (CPATT), em Curitiba, que funciona desde 2014 e o Ambulatório em Florianópolis (2015), criado por iniciativa do movimento social junto com pessoas profissionais da medicina residentes em Saúde da Família da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Brasil.

Mesmo que tenham surgido esses serviços específicos para as necessidades em saúde, previstas na portaria do processo transexualizador, as travestis, pessoas trans e/ou não-binárias acessam outros serviços de saúde, entre as diferentes redes de atendimento existentes dentro e fora do Sistema Único de Saúde (SUS). Não se pode pensar o processo transexualizador, ou outros serviços que têm vinculado às pessoas trans, como por exemplo os serviços ambulatoriais em HIV/AIDS, como únicas portas de entrada, entendendo-se a saúde como uma categoria ampla de carácter individual, social e contextual e não segmentária e biologizante.

Embora haja uma preocupação pela inclusão das pessoas trans nos serviços do SUS, considerando os seus principais princípios de universalidade, integralidade e equidade, várias

⁵ Para o 2004, ano em que foi oficializado esse Comité, as siglas ainda não tinham mudado. Esta mudança aconteceu para o ano de 2008 na 1ra Conferência Nacional de gays, lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais realizada em Brasília, onde o movimento decidiu, por conta da invisibilidade e reivindicação do movimento lésbico, assim como também estar em consonância com a sigla adotada internacionalmente: LGBT. <http://www.clam.org.br/destaque/conteudo.asp?UserActiveTemplate= EN&infoid=4269&sid=2>

⁶ Concomitantemente, foi aprovada a regulamentação do processo transexualizador, no âmbito do SUS, através da Portaria SAS/MS nº 457, de 19 de agosto de 2008. O processo Transexualizador, como foi chamado, se trata de ações que visam um cuidado de certas especificidades da saúde das pessoas Trans, no referente ao uso da hormonoterapia e à realização da cirurgia da transgenitalização e outras cirurgias que visam a modificação dos caracteres sexuais secundários.

dessas pessoas encontram barreiras ao procurar estes serviços (incluindo os ambulatórios credenciados), barreiras de carácter moral, estético e/ou simbólicas, que as afasta destes espaços. Na pesquisa feita por Simone Ávila (2014) entre 2010 e 2014, com interlocutores trans⁷ (33) de diferentes partes do Brasil, um deles problematiza como os seus desejos não eram respeitados no centro credenciado onde foi consultar, e tinha de responder o que, nesse caso, psicólogos e psiquiatras queriam ouvir.

Já na pesquisa de Ana Maria Mujica Rodriguez (2014) realizada com pessoas trans⁸ (7) em Florianópolis entre 2012 e 2014, a maioria relatou desrespeito ao uso do nome social, assim como se sentiram constrangidas ao precisarem um laudo com um diagnóstico clínico de “Disforia de gênero” para poder acessar certos serviços de saúde. Resultados similares foram encontrados por Kátia Bones Rocha *et al.* (2009), pesquisa feita em Porto Alegre entre novembro de 2007 e janeiro de 2008, onde foram entrevistadas 8 pessoas trans⁹. Estas experiências fazem com que estas pessoas procurem outras formas de suprir às suas necessidades em saúde e no seu processo de modificações corporais, como por exemplo a automedicação e a compra de hormônios no mercado paralelo (ÁVILA, 2014; RODRIGUEZ, 2014).

Além disso, tem-se observado que a exigência deste diagnóstico para o acesso das travestis, pessoas trans e/ou não-binárias aos serviços de saúde do *Processo Transsexualizador* varia de acordo com a vontade da/o profissional que está atendendo a pessoa trans e dos tipos de serviços procurados. No estudo de Ana Maria Mujica Rodriguez (2014), uma das pessoas entrevistadas referiu que o médico que a atendeu não pediu o laudo porque ela já estava tomando hormônios e dava por entendido que conhecia os riscos. O laudo condiciona a saúde das pessoas trans e embora aconteçam casos como o citado, são vários os momentos em que estas são obrigadas, de forma direta e indireta, a fazer psicoterapia e/ou ir na/o psiquiatra para acessar os serviços de saúde. Este acesso condicionado e regulado pelo poder médico e psi (psicólogas/os e psiquiatras), às biotecnologias é sustentado pela própria política do processo transsexualizador, no caso da cirurgia da transgenitalização. De acordo com a Portaria, se a pessoa trans deseja fazer esta cirurgia é necessários dois anos de psicoterapia prévia (BRASIL,

⁷ Na pesquisa da Simone Ávila os seus interlocutores usaram como categorias identitárias: homens trans, transhomens, FTM, homens, trans.

⁸ As pessoas se autoidentificaram como: Homem, mulher e travesti.

⁹ As pessoas se autoidentificaram como: Travestis e transexuais.

2013), ferindo a autonomia das pessoas trans e, como aponta Tatiana Lionço (2008), compromete a universalidade do direito à saúde.

Ainda hoje as identidades trans são vistas, em algumas vertentes no campo da saúde, como uma patologia, sendo reconhecidas no DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) – V com o diagnóstico de *Disforia de Gênero* (APA, 2013). Por outro lado, este ano (2019) foi dada a notícia por parte da Organização Mundial da Saúde (OMS), da retirada do próximo CID (Classificação Internacional de Doenças) a transexualidade dentro da classificação de doenças mentais, para ser codificada dentro da categoria de *saúde sexual*. Espera-se que o CID-11 entre em vigor em 2022.

No entanto, o movimento de despatologização das identidades trans é e deve ser um movimento constante e que abarque o campo social, como bem disse Tatiana Lionço (2009) esta deve ser vista “*como estratégia de promoção da saúde*” e como respeito à diversidade e à pluralidade de se posicionar neste mundo.

Como parte deste movimento está a campanha internacional pela despatologização das identidades trans: *Stop Trans Pathologization (STP)*. A qual foi criada através de uma plataforma ativista internacional com o objetivo de incentivar ações de discussão e pela despatologização das identidades trans e intersex, principalmente para o dia 21 de outubro - Dia Internacional de Ação pela Despatologização Trans. Como descrevem na página web¹⁰, num primeiro momento esta rede estava composta mais por ativistas e organizações espanholas, mas a partir de 2009 foi iniciada uma divulgação para a adesão de outras organizações e/ou coletivas de outras partes do mundo. Pelo que para 2018 a Campanha STP contava com a adesão de 417 grupos e redes de ativistas, instituições públicas e organizações políticas de África, América Latina, América do Norte, Ásia, Europa e Oceania. Se bem a página da campanha não tem entradas para o presente ano (2019).

A potência desta Campanha e da rede construída pode ser observada, em certa medida, no link de notícias da página. No Brasil várias foram as manifestações de instituições¹¹ e eventos que fizeram explícita a sua participação e apoio à campanha STP, como por exemplo no 2016 o Conselho Regional de Psicologia de Santa Catarina realizou o I Seminário

¹⁰ Segue a página web da campanha: <http://stp2012.info/old/pt>.

¹¹ A UFSC por meio do NIGS (Núcleo de Identidades de Gênero e Subjetividades) foi a primeira instituição brasileira a entrar oficialmente na Campanha no ano de 2010, com a realização do Trans Day NIGS. <http://nigs.ufsc.br/eventos/trans-day/>.

despatologização das travestilidades e transexualidades, cuja segunda versão foi realizada no 2017¹². Assim como no 2017, a OAB/DF emite a notícia de apoiar o lançamento da campanha “Trans não é doença – Despatologia das identidades trans”¹³.

Mesmo assim, é um debate que continua e que deve ser expandido, pensando nas consequências que esse diagnóstico traz e na normatização e normalização dos corpos e das identidades¹⁴.

Como foi relatado anteriormente, várias políticas foram criadas para garantir os direitos em saúde destas pessoas, e outras mais circulam pela rede do SUS, que preveem atendimento sem discriminação, humanizado e respeitoso. Como no caso da Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS (2003) (2008), que chama à atenção entre às suas diretrizes, da importância do acolhimento e o que essa palavra significa no contexto de cuidado à saúde. Sendo que acolher é reconhecer a singularidade de outre, e em consequência, a pluralidade da sociedade e do próprio cuidado.

Já Luiz Mello (2011) assinalava a necessidade de sensibilização de profissionais da saúde para o atendimento não discriminatório da população LGBT como um dos temas mais recorrentes nos planos, programas e demais documentos para políticas públicas em saúde. Mesmo assim, ainda temos relatos de pessoas Trans se sentindo discriminadas e estigmatizadas. Existe uma LGBTfobia institucionalizada¹⁵, que está em constante negociação, no qual a implementação de certas ações é gestor/profissional -dependente, entre outras (MELLO, 2011).

Nesse sentido, é importante também pensar na própria construção da educação em saúde, assim como em quais são esses paradigmas que a compõem e estão sendo levados na prática. Por mais que o Brasil esteja em um processo de mudança do paradigma flexneriano para o de integralidade¹⁶, ainda há alguns rastros do primeiro e mesmo falando de integralidade, sem pensar na saúde como uma construção homogênea, prevalece uma estrutura hetero-cis-

¹² Ver: <http://www.crpssc.org.br/campanha-visibilidade-trans>. Ver também: <http://nigs.ufsc.br/eventos/trans-day/>

¹³ Ver: <http://www.oabdf.org.br/noticias/oabdf-apoia-campanha-de-despatologizacao-das-identidades-trans/>

¹⁴ É importante salientar que nos artigos referenciados neste parágrafo o DSM que foi trazido à tona por estes na discussão foi a IV versão. Mesmo assim, se bem a 5 versão traz algumas diferenças nos critérios diagnósticos, a crítica se faz em relação ao diagnóstico em si. Já críticas relacionadas os critérios e diferenças entre as versões, serão desenvolvidas num outro capítulo da presente tese.

¹⁵ Refere-se a uma lesbofobia, homofobia, bifobia e transfobia, legitimada e estruturante de instituições tales como, o Estado, a religião, a família, etc.

¹⁶ Está transição será explicitada no capítulo seguinte a esta introdução.

normativa¹⁷, pela forma como são discutidas certas temáticas como gênero, identidades de gênero, orientação sexual, sexualidades e afins, que precisam ser problematizadas.

O conceito de gênero na educação em saúde está dentro da lógica binária, de masculinidades e feminidades que pertencem a corpos específicos e vice-versa. O sexo é visto como algo definido pela natureza, essencial e invariável, em que o gênero é um produto e está determinado por este, um mimetismo entre sexo/gênero que se complementa com a orientação sexual, a qual condiz com a dita complementaridade pensada através de reprodução como finalidade da sexualidade (ARÁN, 2006; BENTO, 2012; BUTLER, 2007). Desta forma, existe uma produção de margens de até onde você e o seu corpo e expressão/estética podem ir, sendo que pelo corpo perpassam e se recriam uma série de significações construídas social, política e economicamente e que alberga a saúde como uma condição saturada de valorações sobre o patológico (CANGUILHEM, 2009). Margens que também tem se reconstruído de forma direta e indiretamente pela bioestatística (SENA, 2013). Como afirma Bento (2012), o gênero estaria sendo usado como uma “*tecnologia social*”, neste caso da instituição médica, para a (re)produção de corpos-mulheres e corpos-homens.

É importante salientar que esta reprodução de discursos dentro da área da saúde, que chegam a ser preconceituosos e discriminativos, alguns partem da ideia da pessoa profissional de estar ‘fazendo um bem’, de uma medicina paternalista, onde estas pessoas na hora de se comunicar e/ou tomar decisões pela saúde das pessoas usuárias assumem uma atitude paternalista, de saber o que seria o melhor para a pessoa usuária (CANETE VILLAFRANCA; GUILHEM; BRITO PEREZ, 2013). No entanto, existe uma discussão de tornar essa relação mais participativa, centrada na pessoa usuária, no fato desta exigir fazer parte e conhecer os caminhos para o cuidado à sua saúde. Entre os princípios da política HumanizaSUS (2008) gostaria de destacar o de “*Protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos*”, que diz respeito à construção de um vínculo entre profissional de saúde e pessoa usuária o mais horizontal possível, e da importância desta última na produção em saúde. Estes

¹⁷ O termo de Heteronormatividade foi criado por Michael Warner (1991). Como uma forma de organização sociopolítica que se faz coerente e “natural” a partir de instituições e estruturas que a fazem coerente (BERLANT & WARNER 1998). Definida por Richard Miskolci como: “[...]um conjunto de prescrições que fundamenta processos sociais de regulação e controle, até mesmo aqueles que não se relacionam com pessoas do sexo oposto. (...) é uma denominação contemporânea para o dispositivo histórico da sexualidade que evidencia seu objetivo: formar todos para serem heterossexuais ou organizarem suas vidas a partir do modelo supostamente coerente, superior e ‘natural’ da heterossexualidade (MISKOLCI, 2009, p. 156- 157). E entenda-se a cisheteronormatividade como “uma série de forças socioculturais e institucionais que discursivamente produzem a cisheteronormatividade como ‘natural’ (VERGUEIRO, 2015). Cisheteronormativo, é um conceito que abarca as pessoas que se identificam com o gênero que lhes foi assignado ao nascer, ou seja, as pessoas não-trans (JESUS, 2012).

paradigmas perpassam a educação e formação em saúde, e formam parte da inspiração para pensar esta pesquisa e da discussão ao longo da tese.

Igualmente, como retomaremos em outras partes desta tese, a educação e formação em saúde discute pouco sobre as questões trans, sobre a existência em si destas pessoas e sobre às suas especificidades nos cuidados à saúde (RUFINO; MADEIRO; GIRAO, 2013; SANTOS; CARVALHO, 2015).

Tendo em consideração o panorama anteriormente relatado, considero necessário ampliar ainda mais os estudos relacionados com o cuidado à saúde das travestis, pessoas trans e/ou não binárias. Desta forma, o objetivo da presente pesquisa foi analisar os territórios que as travestis, pessoas trans e/ou não binárias constroem para o cuidado à sua saúde em Florianópolis - SC, Brasil.

Para conseguir mergulhar nestes territórios, foi realizada uma cartografia, construindo os trajetos que as travestis, pessoas trans e/ou não binárias fizeram/fazem para cuidar da sua saúde, os cenários psicossociais desses cuidados à saúde e as possíveis instituições de atenção à saúde que foram usadas. Na constituição desses cenários e trajetos, foram analisadas as *forças instituintes*, o instituinte, o que está em vias de constituição. E nestas a dinâmica e fusão entre contra-referência e transferência das *implicações*, que seriam o jogo de forças (valores, interesses, expectativas, compromissos, desejos, crenças, entre outras), que fazem parte de todo território de produção de conhecimento (MARTINES; MACHADO; COLVERO. 2013). Assim como os afetos e linhas de fuga que perpassam essas relações, tendo em consideração que existem relações de poder de diferentes índoles perpassando esses espaços.

Desta forma, foram elaborados três artigos de resultados. Os dois primeiros traçam duas das linhas que mais ressonância fizeram ao longo da construção das cartografias, o acesso e uso do Ambulatório Trans de Florianópolis-SC e alguns dos cenários relacionados com a hormonização. O terceiro artigo de resultados é derivado do entre-lugar que foi se traçando como pesquisadore e pessoas trans não-binária, constituindo uma elaboração de reflexões auto-etnográficas trans.

Finalmente, gostaria de fechar este capítulo-rizomático ressaltando a importância do SUS e a minha preocupação, que não é só minha, do seu desmonte considerando a atual conjuntura social, política, econômica e moral Brasileira e Latino Americana. Um desmonte que faz parte do que poderíamos chamar, inspire em Rita Segato (2015), de um projeto

histórico colonial patriarcal misógino autoritarista, o qual visa, entre outras, no apagamento da diferença e desta forma, das políticas que têm como intuito o cuidado das pessoas que estariam compondo essa categoria, como no caso de saúde das mulheres, das pessoas LGBTI+, das pessoas negras, das pessoas com deficiência, entre outras. A existência e resistência do SUS permite que continuemos a re-construir este espaço político e seus possíveis. Assim, considerem esta tese também como um grito de luta contra o seu desmonte!

3 JUSTIFICATIVA

*'Thought and theory
must precede all salutary action;
yet action is nobler in itself
than either thought or theory'.
Virginia Woolf*

Os motivos que me levaram a mergulhar nesta temática partem da minha própria formação em medicina e do meu percurso pela área clínica, limitado e localizado especificamente numa cidade da Colômbia, que me permitiu e me permite entender algumas das realidades que são vividas pelas/os profissionais da saúde e questionar a partir da minha experiência, as formas de cuidado e educação em/na saúde com relação às questões trans. Assim como por entender o potencial da saúde e, sobretudo, das pessoas profissionais da medicina, mas não unicamente, em mudar e influenciar as realidades das pessoas com as que se cruzam no dia a dia na sua prática.

Igualmente, transitar no mestrado, também na Saúde Coletiva da UFSC, com a temática de saúde trans, entre os diferentes coletivos e espaços diversos e multicoloridos, permitiu-me entrar em um universo que, se era 'novo' para mim, ao mesmo tempo não me era estranho, e que atualmente transito como pessoa trans não-binária. Desta forma, quanto mais mergulhava, mais compreendia as inequidades em saúde que as travestis, pessoas trans e/ou pessoas não binárias tinham e temos que defrontar no cuidado à saúde, inequidades que se deviam por profissionais que não queriam atendê-las, que não respeitavam o nome social ou que não sabiam o que 'era' 'essa pessoa estranha' que estava na frente precisando uma ajuda, reagindo de formas preconceituosas (ÁVILA, 2014; ROCHA *et al.*, 2009; RODRIGUEZ, 2014).

Como diz o lema feminista, 'o pessoal é político'¹⁸, frase reconhecida por ser o slogan da segunda onda do feminismo (ROGAN; BUDGEON, 2018), que tem suas origens em um artigo do mesmo título escrito por Carol Hanisch. Estes eventos discriminatórios que as pessoas trans vivenciamos na área da saúde e no cotidiano fazem com que esse *pessoal* se transforme em resistência e em movimentos políticos e sociais para a reivindicação desses direitos que são negados ou dos quais as travestis, pessoas trans e/ou pessoas não binárias são-somos excluídas por se desviarem ou estar entre/fora das fronteiras das categorias mulher/homem, feminino/masculino.

¹⁸ Publicado em 1970 como parte de uma coleção de ensaios editados por Shulamith Firestone e Anne Koedt (FIRESTONE; KOEDT, 1970).

Entendendo a importância dessas reivindicações, em 2008 foi criada a portaria do processo transexualizador com posterior redefinição no 2013 (BRASIL, 2013). Se bem esta tem sido um avanço em relação ao cuidado da saúde trans, percebemos que as necessidades em saúde destas pessoas não se limitam só às preconizadas nesta portaria e transitam pelos diferentes serviços de saúde, assim, as unidades básicas de saúde seriam a porta de entrada também para estas pessoas, o que parece óbvio, mas que devido às discriminações ditas previamente, entre outras questões, se percebe um afastamento das travestis, pessoas trans e/ou pessoas não binárias destes serviços.

Mergulhar nesta temática também é um ato político de criação e resistência da ordem social normativa¹⁹ e de luta pela despatologização das identidades trans, para que as suas-nossas identidades e formas de se posicionar no mundo não tenham que ser legitimadas por outras pessoas, mais frequentemente pessoas do campo psi (psicólogas/os e psiquiatras), para acessar a certos serviços da saúde, sobretudo os que concernem às modificações corporais e hormonização.

Finalmente, entendemos que a produção científica sobre esta temática na América Latina e Caribe na área da saúde e da saúde coletiva é escassa (SALLES; GONÇALVES; ARAUJO, 2017; SOUZA, 2018), sendo estudada com foco na patologização, como pontuam Débora Gomes Salles *et al.*, (2017), e limitada ao paradigma identitário do HIV/AIDS e das ISTs (Infecções sexualmente transmissíveis) (SILVA; HATJE; ZOLLNER, *et al.*, 2018). Desta forma, consideramos importante traçar uma discussão sobre esta temática, que desestabilize esses olhares e convide a um olhar crítico, mas ao mesmo tempo apreciativo das cartografias que as travestis, pessoas trans e/ou pessoas não binárias constroem para o cuidado à sua saúde e os cenários, vínculos, desejos e afectos plurais que as compõem.

¹⁹ Como comenta Gilles Deleuze no seu livro *Conversaciones (1972-1990)*, “Toda creación tiene un valor político y un contenido político” (p. 53, 1990).

4 TRAÇOS DE TERRITÓRIOS CIRCULANTES DENTRO DA SAÚDE

Nesta parte traçaremos alguns dos territórios construídos dentro da área da saúde relacionados às categorias de gênero, sexo, corpo e sexualidade e os seus (im)possíveis.

4.1 MOVIMENTOS CONCEITUAIS E ENTRECruzES ENTRE GÊNERO, SEXO E SEXUALIDADE

Gênero é uma categoria polissêmica que tem sido amplamente (e esperamos que continue dessa forma e se amplifique) explicitada, pesquisada, analisada, de forma mais contundente, dentro das áreas das ciências sociais e humanas. Nos anos 1960 foi usado para denotar e denunciar as discriminações contra a mulher e para questionar os papéis hegemônicos de feminidade e masculinidade (LORBER, 1997). Na área da saúde a palavra gênero parece mais uma categoria a ser preenchida automaticamente junto com sexo do que de análise. Em alguns casos, esta é usada no que é chamado de determinantes sociais da saúde (DSS), que seriam fatores e/ou características sociais que afetam as condições de vida e o processo saúde/doença das pessoas.

Não obstante, gênero é um determinante, mas também é estruturante, está imerso na linguagem e na micro e macro-política do cotidiano, assim como outros marcadores sociais, como raça e classe. Em algumas áreas das ciências da saúde, como por exemplo na epidemiologia, nas análises de gênero, raça e classe, dos DSS predominam umas narrativas biologicista e culturalista, e as vezes dentro da esfera do individual (BORDE; HERNANDEZ-ALVAREZ; PORTO, 2015). Mesmo assim, seu uso é frequentemente em uma perspectiva reducionista e mimetizada ao sexo. Este último configurado como de domínio biomédico e dentro do paradigma essencialista.

A partir dos estudos do psicólogo e sexólogo John Money (1921-2006), a polarização entre gênero e sexo adquiriu base dentro do discurso científico. Em 1955 introduz o conceito de gênero para diferenciá-lo de sexo, para dar explicação à intersexualidade, sobretudo à relacionada com uma genitália dita “ambígua” segundo o determinismo corporal biomédico. John Money, concebia o gênero como uma construção social (de uns papéis de gênero) sobre o corpo sexuado e a erotização desses corpos definiria a sua sexualidade como normal (heterossexualidade) ou anormal (homossexualidade), sendo esta última passível de cura médica e psicanalítica (MONEY, 1990).

John Money (1970; 1973; 1990), assim como Anke Ehrhardt (1974), Robert Stoller (1968), entre outras/os, propunham não existir uma correlação necessária entre bio-anatomia e identidade de gênero, sendo que esta dependeria mais de uma construção psicossocial a partir do sexo assignado ao nascer. Mas como aponta Mauro Cabral (2005), no caso das pessoas intersexuais²⁰, a efetividade dessa construção requeria que as características corporais, ou seja, que a bio-anatomia daquele corpo fosse congruente com o sexo assignado. Pelo que as pessoas intersex eram sometidas a protocolos para adequar e normalizar seus corpos e genitálias.

Robert Stoller (1924 – 1991), psiquiatra e psicanalista, em 1964, ao se referir à identidade de gênero, a usa para separar as pessoas transexuais das pessoas homossexuais, de acordo com o desejo da pessoa. No seu livro *Sex and Gender* (1968) ele demarca o debate entre natureza e cultura no análise com relação ao sexo-gênero e a diferença sexual. Neste também se faz uma diferenciação entre sexo físico e sexo psicológico, sendo que no análise dos atendimentos de pessoas homossexuais e transexuais a identidade destes não se correlacionava com a sua genitália.

Tanto John Money como Robert Stoller consideravam que a correlação entre sexo e gênero era fundamental para a indenidades dos seres humanos. Thomas W. Laqueur (1945 -), no seu livro *Inventando o Sexo: Corpo e Gênero dos gregos a Freud* (2001), traça um histórico do que seria a construção do sexo na sociedade ocidental, que ganha força como categoria ontológica a partir do século XVIII. Segundo Galeno, como refere o autor no seu livro, descreve que haveria um corpo só (de caráter masculino), que iria se diferenciar segundo o grau de perfeição metafísica atribuída à produção de calor vital. De forma intrínseca não teria uma diferença, mas a cada corpo se lhe atribuiriam uma serie de marcas sociais.

Desta forma, o autor exemplifica como a cultura afetou a ciência. A partir do século XVIII o novo dimorfismo radicaliza a diferença entre mulheres e homens. Mudança que foi favorecida pelas transformações da época, entre estas a conjuntura política e do paradigma do pensamento binário, dicotômico, constituído por duas categorias exclusivas e excludentes.

No artigo *A construção da diferença sexual na medicina*, Fabíola Rohden (2003) apresenta traços do que seria essa diferença sexual dentro da área da medicina, chamando a

²⁰ Segundo Mauro Cabral: “Este término incluye, en su enunciación, a un conjunto muy diverso de situaciones en las que la morfología de una persona (y, en particular, su morfología genital) varía respecto del standard cultural de corporalidad masculina o femenina” (CABRAL, 2005. p. 3).

atenção para os textos médicos do século XIX estando pautados pela diferença sexual entre as categorias homem e mulher marcados pela dicotomia natureza – cultura. Se usando da diferença sexual biológica, pautada pelas funções reprodutivas, para justificar e ao mesmo tempo elencar as diferenças de gênero ao sexo. Segundo Thomas W. Laqueur: “Queda entendido que la biología, -el cuerpo estable, ahistórico, sexuado- es el fundamento epistemológico de las afirmaciones normativas sobre el orden social” (Laquer, 1994. p. 32).

A autora reflete sobre a insistência da ciência de estudar o que ficaria de difuso entre categorias, entre a diferença sexual entre mulheres-homens, para de alguma forma legitimá-la. Como também Thomas W. Laqueur (1994) traz, faz-se uso da ciência para organizar a sociedade, hierarquizar corpos e distribuir o poder.

A relação entre cultura e ciência não é de mão única. A própria Fabíola Rohden (2003) chama a atenção ao papel da ordem da cultura na consolidação da diferença sexual e seu reflexo nas produções médicas do século XIX. Esta comenta que naquela época era um período em que estabelecer os limites entre os gêneros parecia ser algo imperioso, pela sua própria instabilidade, desta forma os discursos da medicina, mais também de outros campos, se interessaram por traçar e justificar essas linhas limítrofes.

Estas reflexões mostram a essencialização, naturalização e corporificação do que se entende por sexo e diferença sexual como um processo histórico. E é partir também dessa instabilidade de certa forma a que chama a atenção para a construção de outros discursos da dinâmica entre natureza-cultura-sociedade e de traçar outras discussões relacionadas ao conceito de gênero, sexo e sexualidade.

Anne Fausto-Sterling (1944 -) (2006), bióloga e filósofa, sugere que a divisão entre sexo e gênero é um ilusório. Para ela, é a nossa concepção de gênero e não a ciência o que pode definir o sexo, sendo que o que o conhecimento científico pode é nos ajudar, de certa forma, nessa decisão. Porém, como ela mesma aponta, o que a sociedade entende por gênero afeta o conhecimento sobre a concepção e narrativas de sexo produzido pelo científico e os critérios que são usados para determinar o sexo e essa necessidade de determiná-lo são também decisões sociais que nem sempre a ciência consegue oferecer protocolos absolutos.

Seus argumentos partem de que os corpos e suas dinâmicas são extremadamente complexas para proporcionar respostas definitivas e delimitadas sobre as diferenças sexuais.

Como ela reflete no seu livro *Cuerpos Sexuados. La política de género y la construcción de la sexualidad* (2006):

Cuanto más buscamos una base física simple para el sexo, más claro resulta que «sexo» no es una categoría puramente física. Las señales y funciones corporales que definimos como masculinas o femeninas están ya imbricadas en nuestras concepciones del género. (FAUSTO-STERLING, 2006. p. 19).

Com relação à sexualidade, ela a discute e analisa como uma construção a partir das estruturas visíveis do corpo e das condutas e motivações que se presumem estariam localizadas no interior do corpo (psiques), mas estas condutas e motivações se dão também a partir de experiências que passam pelo social, pelas interações com outras pessoas e com o mundo. Desta forma, mais do que delimitar, a autora tenta questionar esses dualismos, aqui no caso, entre exterior e interior e usa do modelo da banda de Möbius para exemplificar ilustrativamente o *continuum* do dentro-e-fora, que se pode extrapolar para pensar interação entre sexo-gênero, etc.

Este exemplo ilustrativo da banda de Möbius também foi usado por Elizabeth Grosz (1952 -) (1994), filósofa, teórica feminista, para discutir sobre o corpo e mente. Para esta autora, o olhar e narrativas dualistas, vindas do pensamento ocidental, são uma forma simplista e que nos atam a uma distinção radical de analisar as interações possíveis entre corpo e mente.

Gayle Rubin (1949 -), no seu trabalho de 1975 *The Traffic in Women*, define o sistema sexo/gênero como uma série de acordos pelos quais a sociedade torna produtos da atividade humana em realidades biológicas. Uma produção social e cultural dos papéis de gênero, que explicaria também a hierarquização e subordinação das mulheres aos homens. Chamando a atenção à opressão como um produto das relações sociais específica que a organizam. A autora também observou que o sexo (sexualidade) igual que o gênero está organizado num sistema de práticas e comportamentos que são premiados (heterossexualidade) em detrimento de outros que são castigados (lesbianidade).

Em consonância com Gayle Rubin (1975), Teresa De Lauretis (1938 -) (1987), também pensa o sistema sexo/gênero como uma construção sociocultural, e o inclui dentro da linguagem como um artefato que configura modelos conceituais sobre a base da comunicação e a cultura. Um sistema que representa e imprime às pessoas um significado, seja este significado uma identidade, um valor, um prestígio, uma posição na hierarquia social, entre outros. É evidente que este sistema guarda uma estreita associação com os fatores políticos e econômicos e

configura uma serie de valores, que determinam como uma pessoa é vista e conseqüentemente categorizada pelas outras pessoas.

Joan Wallach Scott (1941 -), historiadora e feminista, no seu artigo *Gênero: uma categoria útil de análise histórica* (1995), publicado originalmente em 1986, trouxe novas perspectivas para os estudos de gênero, no qual analisa esta categoria se inspirando em Jacques Derrida e em Michel Foucault, entre outras pessoas. Do primeiro, usando da desconstrução da linguagem (CULLER, 1982) e do segundo, da importância do discurso vinculado à sexualidade e poder (FOUCAULT, 1978; 1980). Desta forma, o gênero é visto por esta autora como histórico, social e culturalmente construído; por conseguinte, relativo, contextual, variável, contestável, mutável, transformável e independente do sexo biológico. Características que fazem com que o gênero este em continua modificação e reconstrução dos comportamentos, valores, atitudes e expectativas que norteiam como uma mulher/homem deve se comportar e como a sociedade deve tratar-lhes.

Alguns anos depois da publicação do artigo de Teresa De Lauretis (1987) e de Joan Scott em 1990, Judith Butler discute, no seu livro *Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade* (2010), publicado originalmente em 1990, o sexo e gênero como ficções discursivas, no sentido de o corpo adquirir significado dentro e através do discurso. Desta forma, o gênero não seria nem um ser, nem uma substância, se não um *se fazer*, um devir contingente e em constante conflito. Deste modo, o gênero seria *performativo*, e para que algo seja performativo tem de produzir uma série de efectos, por exemplo, nós caminhamos, atuamos, nos expressamos de formas que são consolidadas socialmente como femininas/masculinas e/ou de mulher/homem, que são pensadas como formas dadas, inerentes e imutáveis, sendo que, são fenômenos que são produzidos e reproduzidos o tempo inteiro. É a repetição o que faz com que se ‘sinta natural’.

O problema que a autora aponta com relação ao sexo, é que este nunca há deixado de ser gênero, no entanto, o projeto de desnaturalização do gênero desemboca a sua vez no questionamento do próprio sexo e da sua desnaturalização. Se não entendemos o sexo como uma construção social, este perde a sua noção de historicidade, das narrativas e discursos construídos para si e através deste.

Paul B. Preciado (1970 -), filósofo, transgênero, feminista, no seu artigo *Multidões Queer* (2011), discute o gênero como noção sexopolítica, prévio a se transformar numa

ferramenta teórica do feminismo. A sexopolítica está inspirada no biopoder de Michael Foucault (1978), em conversação com o capitalismo e império farmacológico e as políticas que se derivam dessa conjunção (dispositivos sexopolíticos), constituindo o sexo como um dispositivo de bio-tecnologias e de gestão pública para a produção de uma subjetividade sexual. Uma produção de subjetividade dentro de um sistema sexo/gênero heterocentrada, como Paul B. Preciado explicita na seguinte citação:

O corpo hétero (straight) é o produto de uma divisão do trabalho da carne segundo a qual cada órgão é definido por sua função. Toda sexualidade implica sempre uma territorialização precisa da boca, da vagina, do ânus. Deste modo, o pensamento heterocentrado assegura o vínculo estrutural entre a produção da identidade de gênero e a produção de certos órgãos como órgãos sexuais e reprodutores (PRECIADO, 2011, p. 12).

No entanto, Paul B. Preciado dinamiza o conceito de biopoder de Michael Foucault (1978), com ajuda de Maurizio Lazzarato (2018), pensando no corpo não só como um dado passivo sobre o qual o biopoder atua, mas também na sua potência de ‘desterritorialização’ (aqui se inspirando em Deleuze, no sentido de resistir à norma) através da re-apropriação dos dispositivos sexopolíticos para a construção de outras possíveis subjetividades fora da ‘norma’, da heterossexualidade.

Evidencia-se com o exposto nas linhas prévias que a sexualidade tece redes com o sistema sexo/gênero e vice-versa. Mencionado anteriormente, Michel Foucault (1926 – 1984) estudou a história da sexualidade ocidental através da genealogia das relações de poder. O poder visto como uma ‘*multiplicidade de relações de força imanentes*’ (1978; 1979) no território onde estas operam e constituem sua própria organização. No caso, que constituíram a heterossexualidade como padrão de norma(mora)lidade, criando o conceito de dispositivo da sexualidade, como um dispositivo histórico de poder-saber. Ou seja, práticas discursivas e não discursivas que normatizam e normalizam comportamentos.

Um conjunto heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas. Em suma, o dito e o não dito são os elementos do dispositivo. O dispositivo é a rede que se pode estabelecer entre estes elementos (FOUCAULT, 1979, p. 244).

Nesse sentido, Adrienne Rich (1929 – 2012), pensadora norte-americana, feminista e ativista lésbica, no seu ensaio *Heterossexualidad obligatoria y existencia lesbiana* (1980), descreve a heterossexualidade como um sistema institucional compulsório e impositivo, servindo de base para a opressão para com as mulheres. E, assim como Judith Butler, sustenta

que o sexo é uma formação imaginária com efeitos na produção de realidade e dos corpos, permitindo que se conceba assim o corpo como anterior e prévio a toda construção.

Já a lesbofeminista francesa Monique Wittig (1935 – 2003), no seu livro *El pensamiento Heterosexual y otros ensayos* (1992), concebe a heterossexualidade não como uma instituição, mas como um regime político, que se baseia na submissão e apropriação das mulheres, assim como na administração dos corpos e da gestão da vida.

Na área da saúde, entende-se por sexualidade, às vezes, configurando-a quase que exclusivamente as práticas sexuais. Estas últimas, não menos importantes, fazem parte desta, mas não unicamente. A sexualidade, como a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2006) refere, é um tema complexo que está inter-relacionado com os componentes biológicos, psicológicos, sociais, econômicos, políticos, culturais, étnicos, legais, históricos e religiosos ou espirituais. Segundo a OMS:

A sexualidade se expressa e é experimentada mediante os pensamentos, as fantasias, os desejos, as crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas e relações interpessoais. E abarca a reprodução, o sexo, a identidade de gênero, a orientação sexual, o erotismo, a intimidade e o prazer (OMS, 2006, p. 5).

Desta forma, a sexualidade não é da propriedade dos corpos ou algo inerente aos seres humanos, mas um produto dessas inter-relações, das instituições que compõem a sociedade, entre outras, que perpassam os-nossos corpos; de uma tecnologia política complexa, como analisa Foucault (1978).

Ainda hoje, as ideias-discursos do que seria e como deveriam ser, se expressar-viver as pessoas é entendida como um advêm da dimensão natural inscrita nos corpos e não de uma representação-paradigma coletivo do que a sociedade entende significaria ser mulher/homem, feminino/masculino.

4.2 CORPO-NORM(A)TIVIDADE

Continuando com o movimento anterior, essas ideias-discursos essencialistas fariam parte, mas não unicamente, da estrutura hetero-cis-normativa que constituiria que corpos são possíveis e quais ficariam nas fronteiras da norma-norma-lidade. No início dos anos 80, Paul B. Preciado entrecruza Monique Wittig (1992) e Michel Foucault (1978) e define a heterossexualidade como uma *‘tecnologia biopolítica destinada a produzir corpos héteros (straight)’* (2011, p. 12).

A heteronormatividade parte de uma heterossexualidade inerente aos corpos e, portanto, compulsória, própria ao sistema sexo/gênero (BUTLER, 2003), organizando-se de forma estrutural, no simbólico e nas relações e produção de corpo, feminidade/masculinidade, afeto, intimidade, identidade, expressão-estética, comportamento, etc., que se constroem dentro destes territórios (PRECIADO, 2002; WITTIG, 1992), através de e junto com as sexopolíticas (PRECIADO, 2002; BOURCIER, 2006).

A cisnormatividade se organiza de uma forma similar, determinado o gênero e sexo a partir de uma genitália específica e com certos parâmetros de normalidade anatômica e funcional, mais a primeira que a segunda (VERGUEIRO, 2015). A partir dessa ideia, toda uma sinfonia já está sendo re-criada e só se deve aprender uns quantos passos, já programados, de uma dança sin-crônica justa para seu viver tornar-se mulher ou homem cis. Cabe ressaltar que o termo cisgênero, a construção deste termo objetiva, entre outras coisas, visibilizar o privilégio e legitimidade dados às pessoas não trans ditas como —normais (SERANO, 2007).

A hetero-cis-normatividade seria um entrecruze dessas duas estruturas político-discursivas, que faz com que as pessoas corpos-identidades que se afastem delas sejam punidas social-política-moralmente (WARNER, 1991; 1999) e/ou psíquica-fisicamente, já que colocam em xeque o paradigma biomédico cultural-social da dicotomia polarizada de corporalidades e expressões-estéticas mulher/homem, femininas/masculinas. Esta *desterritorialização* (DELEUZE; GUATTARI, 1972; 2011) faz com que a biomedicina re-crie formas de poder para observar, medir e controlar os corpos, classificando-os entre normais e patológicos.

Os corpos trans, intersex, gordes, com algum tipo de deficiência, entre outros, corpos-monstruosos, no sentido de desafiam e transgredirem a norma e habitarem as fronteiras da moral (WARNER, 1999) e do humano (LEITE JUNIOR, 2012) e, em consequência, vestígio do não dito, do não mostrado, incomodam porque põem em evidência a fragilidade da hetero-cis-norma, na sua necessidade de repetição para ser entendida como natural e dada (BUTLER, 2006; 2007), e da corpo-normatividade imperante. Para entender mais um pouco sobre esta palavra “monstro, trazemos uma das miradas etimológicas analisadas por R. Lucas Platero Méndez e María Rosón Villena, “[...]etimología latina: los verbos moneo (advertir) y monstró (mostrar). Lo monstruoso evidencia lo que el orden social oculta y reprime, advierte así del peligro intrínseco que existe en el orden de la diferencia” (p. 130).

Desta forma, estes corpos-monstruosos devem ser vigiados, controlados e punidos, para manter essa ordem aparente; a beleza da paisagem homogeneia e coesiva da cultura dominante, que, ao ser perturbada por esses corpos-profanos, na medida do possível procura formas de higienização.

O monstruoso habita a fronteira e a reivindica e se re-apropria desta. Mostra o devir entre as polaridades e a potência da diferencia na sua pluralidade. Por isso também o perigo. Porque mexe o território do estático des outros.

4.3 CISGENERIDADE IMPERANTE: O NORMAL E PATOLÓGICO

Um dos mecanismos de (auto)proteção-manutenção da cisgeneridade é o da patologização de quem (corpos, identidades, pessoas) e do que (praticas, estéticas, etc) sai desse território.

Tanto Robert Stoller quanto Harry Benjamin (1885 – 1986) (STOLLER, 1982; BENJAMIN, 1966) definiram critérios para o diagnóstico da transexualidade, da ‘verdadeira pessoa transexual’. Robert Stoller acreditava que a transexualidade se explicaria pela relação da criança com a mãe, “na relação da criança com sua mãe, que, ao invejar os homens e ter um desejo inconsciente de ser como eles, ficaria tão feliz com o nascimento do filho que transfere seu desejo para ele” (Stoller citado por Bento, 2006, p. 137). Então, na sua clínica, quando este observava que aquela pessoa transexual não tinha essa relação esperada por ele, questionava se realmente aquela pessoa devia ser diagnosticada como transexual ou não. Foi durante os anos 1960 e 1970 que veio a se consolidar e se usar a terminologia de “verdadeira pessoa transexual” (LEITE. JR, 2008; ÁVILA; GROSSI, 2010) que no final seria uma pessoa que teria que cumprir com uma serie de critérios médicos que denotam uma higienização dos corpos trans (CARVALHO, 2011), interpelados pelo sistema sexo/gênero (BUTLER, 2003) e pela linearidade entre sexo-gênero-expressão-estética-desejo.

A patologização da travestilidade e transexualidade se deu-dá pela linha da saúde mental. Dentro das forças que constituem e perpassam a saúde mental está a presença de um livro referência nos estudos dentro da área e da clínica-prática usado para a avaliação-diagnóstico da saúde mental da pessoa que é atendida, o DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais). Elaborado pela APA (American Psychiatric Association - Associação Americana de Psiquiatria) e de distribuição eletrônica e física. Em 1980 a travestilidade e transexualidade são

indexadas no DSM – III, em 1994 no DSM IV o termo *transexualismo* foi substituído por *Transtorno de Identidade de Gênero* (TIG) e finalmente no 2013 o TIG foi substituído por *Disforia de Gênero* (DG).

O interessante do termo TIG como demarca Zowie Davy e Michael Toze (2018), é a oportunidade de através da linguagem usada, ampliar as possibilidades de detecção das pessoas com um “desvio de gênero”. E mesmo com a mudança terminológica de 2013, as características diagnósticas descritas não tiveram uma mudança significativa das usadas para o TIG.

Por outro lado, está a CID (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde), a qual determina a classificação e codificação das doenças e uma ampla variedade de sinais, sintomas, circunstâncias sociais e condições de saúde. É publicada pela OMS (Organização Mundial da Saúde) e usada para a elaboração de análises estatísticas variadas, sobretudo de morbimortalidade, em alguns países se usa para a re-organização da gestão dos serviços de saúde. O CID-10 (1990), atualmente vigente, considera as pessoas travestis e transexuais como possuidoras de um transtorno da identidade sexual. E as primeiras também são consideradas nesta Classificação dentro da categoria de transtornos da preferência sexual, onde as suas transformações corporais e expressões de gênero são vistas como uma forma de fetichismo (WHO, 2016). Atualmente (2019), a OMS anunciou a retirada da transexualidade dentro da classificação de doenças mentais do próximo CID-11, o qual espera-se entre em vigor em 2022.

Embora esta mudança seja um movimento importante e interessante, que denota uma série de esforços por parte dos diferentes movimentos, instituições e pessoas que lutam pela despatologização das identidades trans, nas entre linhas da notícia publicada na página da OMS (WHO) versão inglês, percebe-se, ainda, uma patologização destas. Segue:

Gender incongruence, meanwhile, has also been moved out of mental disorders in the ICD, into sexual health conditions. The rationale being that **while evidence is now clear that it is not a mental disorder**, and indeed classifying it in this can cause enormous stigma for people who are transgender, there remain significant health care needs that can best be met if the condition is coded under the ICD (WHO, 2018) (grifos feitos pela autoria).

É evidente que existe, por parte destas organizações, como a OMS, uma preocupação pelo estigma, discriminação e violências que causou-causa o fato das identidades trans serem classificadas e diagnosticadas como doença mental, mas ainda é preciso questionar a norma, no caso, a cisgeneridade, que mantém seu status quo.

1.2 É POSSÍVEL UMA EDUCAÇÃO TRANSVIADA-SAPATRANS NA SAÚDE?

Este subcapítulo pretende trazer, a *grosso modo*, um histórico da educação e prática médica antes e depois do paradigma flexneriano, que irão ajudar na construção do que seria atualmente o paradigma da educação médica na América Latina e, especificamente, no Brasil, para depois trazer uma revisão da literatura sobre a educação na saúde com relação às questões trans na América Latina, pensando nas formas como os conceitos de transgênero, travestilidade e transexualidade estão sendo construídos. Tentando também criar uma ponte entre o discutido com anterioridade e sua relação com a educação em saúde para pensarmos de forma crítica formas de desestabilizar e re-formular as forças que a compõem e as que são desejadas para a inclusão efetiva das questões trans dentro das mesmas.

Na era medieval, a medicina consistia na leitura dos textos hipocráticos e galênicos. No século XVI na Espanha, com o reinado de Felipe II, foram instaladas cátedras nas universidades e criados hospitais para o estudo da medicina. Naquele momento, os médicos formados nas universidades europeias aprendiam que as doenças eram causadas por um desequilíbrio entre os humores (sangue, fleuma, bílis amarela e bílis negra) (FLECK; POLETTI; STEIN, 2014). Nas Américas, posterior e no processo de colonização, com a imersão das missões jesuítas, acontece uma ocidentalização das práticas e os saberes do cuidado à saúde.

No século XIX, a medicina estava vinculada ao cumprimento dos objetivos nacionais do momento, sendo que, com a revolução industrial e a ocupação progressiva das máquinas e as mudanças estruturais socioeconômicas decorrentes, a saúde da população começou a ser um problema crescente. Isto se devia às situações precárias de trabalho que o próprio paradigma econômico gerava, mas que precisava conservar para ter a mão de obra necessária.

Na Inglaterra, a chegada das máquinas à agricultura gerou uma migração de trabalhadores às zonas urbanas, o que propiciou uma ocupação não esperada desses espaços e uma série de pessoas desempregadas e em situação de pobreza (SILVA JUNIOR, 1998).

Na Europa e França foram construídas algumas leis de assistência como forma de controlar o pânico sanitário e manter a ordem social. Algumas das estratégias usadas foram isolar as pessoas doentes (doenças infectocontagiosas) das regiões urbanas, com a criação de zonas de quarentena e a mudança na localização dos hospitais e cemitérios. A ordem social era de suma importância pela própria manutenção econômica e no caso da Alemanha da força militar.

Igualmente, ao longo desse século aconteceram diversos desenvolvimentos nas áreas das ciências básicas que ajudaram na constituição da atual medicina científica, como a Anatomia Patológica de Morgagni (1682-1771) e Virchow (1821-1902), a Microbiologia de Koch (1843-1910) e Pasteur (1822-1895) e a Fisiologia de Claude Bernard (1813-1878).

Entrando no século XX, o Professor Abraham Flexner (1866 – 1959) de Louisville, Kentucky, graduado em Artes e Humanidades, é convidado pela Fundação Carnegie para fazer uma pesquisa sobre as escolas de medicina dos Estados Unidos e canadenses. Flexner visitou durante seis meses as 155 escolas de medicina destes dois países e foi com base nas avaliações que escreveu e publicou seu famoso relatório.

Este relatório, embora tenha as suas críticas, as quais discutiremos mais adiante, respondia às necessidades da época de consolidar uma forma mais homogênea de educação médica, uma padronização das práticas pedagógicas, como também regulamentar o funcionamento da mesma. Os efeitos deste relatório não só mudaram a forma de ensino médico, mas também trouxeram uma elitização da medicina, existindo um recorte de classe, raça e gênero, das pessoas que começaram a frequentar estes espaços universitários e determinou o fechamento de várias escolas de medicina que não cumpriam com as diretrizes do relatório (PINZÓN, 2008). O relatório de Flexner por si só não construiu o paradigma biomédico, mas também reforçou o ideário científico da medicina (PAGLIOSAI; DA ROS, 2008), ou seja, um paradigma que tem um olhar mecanicista, biologicista e individualista do processo saúde-doença e uma organização de assistencial à saúde medicocêntrica e hospitalocêntrica.

Nos anos 1960 e 1970, descreve-se uma crise em saúde na América Latina (MENÉNDEZ, 1992), que origina a necessidade de um olhar crítico ao paradigma biomédico que pensasse nos possíveis efeitos do social e econômico no processo de saúde-doença. Para esta mesma época, constitui-se a medicina comunitária, que surge devido a uma maior politização do setor saúde e a uma preocupação dos custos em saúde, que iam aumentando em decorrência de uma tentativa de ampliação da assistência (efeito da crise) e do uso indiscriminado das tecnologias em saúde, devido à persistência hospitalocêntrica da atenção à saúde.

No Brasil, nos anos 1970, discutiu-se o caráter generalista da/o médica/o, para a posterior construção da medicina familiar e da/o médica/o de família, papel que foi se consolidando depois da reforma em saúde e da criação do SUS a partir da constituição de 1988,

com o Programa Saúde da Família (PSF) na atenção primária em saúde. Embora a política do SUS procure desconstruir o paradigma biomédico e procure uma atenção à saúde integral, humanizada, equitativa e multidisciplinar, percebe-se uma aparente cristalização do paradigma biomédico tanto na sociedade, quanto no fazer médico.

Como parte da construção deste subcapítulo foi realizada uma revisão de literatura nas bases de dados Pubmed, Bireme, Scopus e Web of Science, usando as diferentes combinações entre as seguintes palavras MeSH (Medical Subject Headings)/DeCS (Descritores em Ciências da Saúde): "Health Education"; "Medical Education"; "Transgender Persons"; "Transsexualism"; "Transvestism"; "Gender Identity"; "Gender Dysphoria"; "Sexual and Gender Disorders" e outras que aparecem indexadas como sinônimos nos DeCS, mas não nos MeSH, como: "Transgender"; "Transsexual" e "Transvestite". Teve-se como limite a produção realizada na América Latina.

Antes de entrar na análise dos artigos encontrados, gostaria de chamar a atenção à escolha das palavras MeSH/DeCS e como estas nos permitem pensar como a saúde tem construído conceitualmente as identidades Trans.

Os termos MeSH/DeCS são palavras extraídas do conteúdo do artigo científico no momento de ser indexado na MEDLINE. A escolha destas é feita por bibliotecárias/os da National Library of Medicine a partir de uma lista já existente, criada pela mesma entidade. Estas também estão organizadas hierarquicamente numa estrutura de árvore, o que permite à/ao pesquisadora/pesquisador saber em quais supracategorias está indexada(s) as palavras escolhidas, assim como quais subcategorias abarcaria.

Embora a ideia da existência destas palavras seja integrar a produção científica para facilitar a sua busca, também se constituem em um vocabulário, uma linguagem que constrói a realidade das pessoas que fazem parte da palavra procurada e do conceito referenciado. Como afirma Butler (2007), a linguagem que se refere aos corpos e ao sexo não faz meramente uma descrição desses corpos, mas no momento da nomeação, esta constrói o que nomeia, ou seja, produzindo os corpos e as/os sujeitas/os.

Neste sentido, no Pubmed a palavra MeSH 'Transgender Persons' só foi incluída no 2013 e atualizada no 2016, assim, palavras como 'Transsexualism' e 'Transvestism' foram introduzidas em 1968 e em 1994 respectivamente, as duas tendo como referência na definição o DSM IV. O 'Transexualismo' é definida como "Severe gender dysphoria, coupled with a

persistent desire for the physical characteristics and social roles that connote the opposite biological sex” (Uma severa disforia de gênero, acompanhada de um desejo persistente pelas características físicas e roles sociais que conotam o sexo biológico oposto, tradução livre), estando dentro da árvore hierárquica da supracategorias de ‘Disfunções Sexuais’. Já o termo ‘Transvestism’ está definido como:

‘Disorder characterized by recurrent, intense sexually arousing fantasies, sexual urges, or behaviors involving cross-dressing in a heterosexual male. The fantasies, urges, or behaviors cause clinically significant distress or impairment in social, occupational or other areas of functioning’²¹.

Aqui as travestis seriam ‘homens’ heterossexuais que se travestiriam de mulheres, por uma fantasia sexual, e fetichistas, sendo que na árvore hierárquica, o termo aparece como sendo uma subcategoria das parafilias. Em 1910, o médico alemão sexólogo Magnus Hirschfeld materializa no seu livro: *Die Transvestiten*, o termo de ‘travesti’ e ‘travestismo’, associado ao uso de roupas do “sexo oposto”, com fines eróticos e separando o “travestismo” como uma prática específica da homossexualidade. Para o antropólogo americano Kulick (2008), quem fez uma pesquisa etnográfica com travestis prostitutas de Salvador, Bahia, em 1997/1998, as travestis seriam homens que não desejam serem mulheres, mas que se auto-identificam como homossexuais e, em função da sua identidade sexual, fazem aquelas transformações estéticas para captar a atenção do parceiro do mesmo sexo. Entretanto, o autor não levou em conta que existem travestis que são lésbicas, gays, heterossexuais, pansexuais, ou seja, que fogem daquela definição, assim como as mudanças corporais e estéticas feitas pelas pessoas trans, incluídas as travestis, vão além de sua identidade sexual, e sim estão relacionadas à sua identidade de gênero.

O termo ‘transgender persons’ aparece a partir de 2013, e posso me atrever a dizer que a sua inclusão tem sido uma luta dos movimentos sociais e da própria Academia que está junto com os movimentos pela despatologização das identidades trans, sendo que este termo aparece como subcategoria do termo ‘pessoas’. Ainda assim, a sua definição insiste em trazer essa visão binária do gênero e de que a pessoa transgênera é aquela que quer “persistentemente se identificar com, e a expressão de comportamentos codificados do gênero não tipicamente associado ao sexo anatômico do nascimento (tradução livre)”, inclui no final da sua

²¹ Desordem caracterizada por recorrentes e intensas fantasias sexualmente excitantes, impulsos sexuais ou comportamentos envolvendo cross-dressing em um homem heterossexual. As fantasias, impulsos, ou comportamentos causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo nas áreas social, ocupacional ou outras de funcionamento (tradução livre).

conceituação a não obrigatoriedade da cirurgia, considerando que existem pessoas trans que desejam a transgenitalização, assim como outras que não.

Este último termo é um avanço, mas ainda assim, não considera o grande guarda-chuvas de identidades trans existente e que assim como a sexualidade, também existe uma fluidez na identidade e expressão de gênero de algumas pessoas.

A forma como os termos DeCS estão indexados na plataforma Bireme é diferente no sentido em que unificam a transexualidade como uns dos sinônimos de pessoas transgêneras, mas conservam a mesma definição para as travestis.

Da busca surgiram 347 artigos. Posterior à leitura dos resumos, 13 foram selecionados para serem lidos na íntegra. Os critérios de exclusão foram: artigos que fossem revisões sistemáticas de literatura ou informes da OMS/OPS e cartas ao editor. Foram incluídos os artigos que tinham algum tipo de discussão das identidades trans na educação na saúde ou na educação médica. Desses 13 artigos, só 2 foram incluídos para análises.

Quanto ao processo de busca destes artigos, a escolha de ser só na América Latina foi devido ao interesse de construir uma panorâmica local da temática, pelo que chama à atenção a pouca produção dentro de nosso continente, sem termos referências locais ou mais próximas às nossas realidades.

Um dos artigos escolhidos relata uma experiência de prática docente da própria autora, Valéria Ferreira Romano (2008), médica, doutora em saúde coletiva e professora adjunta do mestrado profissional em saúde da família UNESA/RJ. A pesquisa relatada foi realizada no Programa Saúde de Família Lapa, o qual faz parte integrante do curso de Medicina da Universidade Estácio de Sá, em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. No artigo é demonstrado o perfil da unidade básica de saúde, das pessoas do território e das travestis que fazem parte deste. De forma geral, o artigo analisa (ou discute) como foi o acolhimento das travestis e as visitas nos seus domicílios junto com as/os estudantes de medicina, sendo trazidos não só as demandas dessas, mas também um pouco da experiência destes estudantes em formação.

Embora o artigo não trate explicitamente de educação na saúde sobre a temática, traz uma experiência importante sobre como aproveitar esses espaços de formação médica e interação com os serviços em saúde e a comunidade, para a inclusão da temática trans, de uma

forma respeitosa e entendendo-as como pessoas que também têm às suas necessidades em saúde. Desta forma, sensibilizando e ajudando na quebra de preconceitos, como foi trazido aqui na fala de uma/um das/dos estudantes da pesquisa: “Elas têm tantas dúvidas sobre saúde, pareceram tão interessadas em tirar dúvidas. Pensava que viviam mais largadas, que não ligassem para nada, me senti útil. Foi bom” (ROMANO, 2008).

O outro artigo escolhido foi publicado por Jose Inácio Jardim Motta e Victória Maria Brant Ribeiro (2013), o primeiro da Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz e a segunda do Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde, Universidade Federal do Rio de Janeiro, o qual traz uma reflexão sobre uma pedagogia *queer* nos processos de educação na saúde, colocando-a como uma prática social que vai interferir diretamente “nos processos de subjetivação, contribuindo para os sujeitos se tornarem o que são, ou seja, sujeitos de saberes que se constituem em relações de poder e com potência de autogoverno”. Ou seja, que vai interferir na forma como estas pessoas vão olhar o mundo e, no caso, as pessoas que cheguem aos serviços.

Neste mesmo artigo, as/os autoras/es trazem a discussão da saúde como uma prática que segue umas diretrizes que vão normatizar uns corpos e vão normalizar a vida alheia, construindo condutas e regras específicas sobre o que se devo ou não ser e fazer. Condutas, regras e normas que são atravessadas por uns interesses biopolíticos, construindo, como apontam, “discursos sociais em torno do que pode ser aceitável socialmente em contraposição ao que não pode ser aceito” (MOTTA; RIBEIRO, 2013).

Assim, a saúde seria um território de produção de discursos do que seria normal e do que seria patológico, a medicina como a ciência rainha entre este binarismo, como símbolo do seu biopoder e por consequência, o que seria visto pela sociedade como normal e como anormal, uma diferença marcada pela exclusão.

O desafio está, segundo as/os autoras/es, em desconstruir as bases da própria forma de como se geram os processos educativos através da teoria *queer*, perpassando pela hierarquia entre quem educa e quem é educado e pelos interesses do próprio Estado nessa normalização e normatização desses corpos, dessas vidas.

Igualmente no Brasil, Guacira Lopes Louro, em seu artigo intitulado Teoria Queer - Uma Política Pós-Identitária para a Educação (2000), traz o questionamento de uma educação *queer* neste sentido, tendo em consideração que as/os educadoras/es não estão fora dessa

realidade de termos pessoas que transitam as fronteiras de gênero e sexualidade. E mais do que ignorar esses trânsitos, é importante saber como acolher essas pessoas. Lidar com a diferença e com as realidades que estão fora do nosso visual não é uma tarefa fácil, no sentido que antes se pensava como comenta a autora em termos respostas seguras e estáveis com relação ao gênero e sexualidade, mas são modelos que limitam e reduzem as diversas experiências de ser e se posicionar neste mundo.

De acordo com o exposto anteriormente, pode ser que se precise de uma pedagogia *queer* em contestação à heteronormatividade e à cisnormatividade compulsória da sociedade, e neste caso da educação na saúde.

Por outro lado, é importante ressaltar que no Brasil existem iniciativas de uma educação continuada em prol do conhecimento, neste caso, da política integral de saúde LGBT, através da UnaSUS da UFRJ, trazendo a temática à tona para o conhecimento não só das/dos profissionais em saúde, mas das pessoas que estejam interessadas em conhecer esta política. Igualmente, em Florianópolis, existem iniciativas por parte de algumas ONG, em conjunto ou não, com algumas instituições educativas, para a sensibilização das equipes de saúde dentro da Estratégia Saúde da Família, sobre as questões trans.

Sendo assim, é possível que existam outras iniciativas na América Latina e no Brasil em relação à temática, porém uma hipótese é que não estejam descritas no formato ‘adequado’ para estar indexado nos buscadores selecionados, o que seria um limite desta escolha de revisão. Mas aproveito para incentivar quem leia esta parte da tese e tenha interesse área, a importância de produção discursiva dessas experiências, para termos referências latino-americanas e locais que possam ajudar na re/des/construção da educação.

Finalmente, é preciso que estas iniciativas sejam promovidas e construídas pelas instituições educativas e afins, a fim de discutir as bases dos processos educativos na saúde sobre as questões trans.

5 QUESTÕES DE PESQUISA

Como e onde as travestis, pessoas trans e/ou não binárias cuidam da sua saúde? foram as perguntas iniciais que marcaram parte dos traços desta pesquisa. Ao longo da re-escrita de algumas das partes desta tese, foram se acrescentando outras perguntas como: Como são as relações das as travestis, pessoas trans e/ou não binárias com os espaços e pessoas profissionais que compõem os lugares de cuidado à saúde? Que outros lugares as pessoas trans transitam para cuidar da sua saúde para além dos institucionais?

6 OBJETIVOS

6.1 OBJETIVO GERAL

Cartografar os territórios que as travestis, pessoas trans e/ou não binárias constroem para o cuidado à sua saúde em Florianópolis - SC, Brasil.

6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Compreender as *forças instituintes* que perpassam os cenários e a relação entre as travestis, pessoas trans e/ou não binárias e as pessoas profissionais da saúde dos territórios mapeados.
2. Mapear as redes de atendimento para as travestis, pessoas trans e/ou não binárias na atenção à saúde.

7 O SE FAZE(R)NDO METODOLÓGICO

"¿Quién les dio la verdad absoluta?

Nada hay absoluto.

Todo se cambia, todo se mueve,
todo revoluciona, todo vuela y va."

Frida Kahlo

7.1 CARTOGRAFIA NA SAÚDE

A Cartografia tem se usado para traçar e representar em um plano parte ou a totalidade de uma superfície terrestre que se desejava conhecer, estudar ou explorar. Mapas que se constroem com o formato dessas representações terrestres e das relações espaciais (imaginarias, abstratas, físicas, sócias, etc.) existentes entre os diferentes elementos geográficos.

Não se tem certeza de quando foi feito o primeiro mapa, mas surgiram da necessidade de alguns povos de conhecer os caminhos e distâncias percorridas em busca de alimentos, água, lugares para dormir, etc. De alguma forma as migrações destes povos tinham que ser registradas. Desta forma, os mapas são uma manifestação cultural, e como tal, é contextual e fruto e reflexo de cada tempo e de cada civilização.

O uso da cartografia nas ciências sociais e em pesquisa parte da preocupação com a inclusão das subjetividades na produção de conhecimento. A partir do estudo da construção das realidades e dos seus processos, considerando estes como dinâmicos, em constante movimento. É todo um desafio, pensando no paradigma atual de ciência, neutra e objetiva (PASSOS; KASTRUP e ESCOSSIA, 2009).

Entre os pensadores da cartografia encontramos Gilles Deleuze, filósofo francês, quem dentro de sua complexa filosofia, assegura que só existem coisas singulares, diferenciadas pela sua posição no espaço, inclusive quando têm semelhanças. O sujeito não preexiste, não produz as representações que constituem o mundo, estas são produzidas pelos jogos multiplex do real e da imanência (DELEUZE, 2002). Félix Guattari, também filósofo e psicanalista francês, afirma que estar feito em forma de um *collage*, de troços e pedaços das mais diversas procedências é (ou seria) uma cartografia (KAMINSKY, 1995).

Segundo PELBART (2009), Deleuze e Guattari são uma carta fora do baralho da pós-modernidade, devido a sua singular filosofia antiedípica, nômade, desejante, junto com a sua teoria das multiplicidades, a qual tem uma consistência sólida e distintiva tal, que faz com que

ao ser comparada com outros paradigmas e os seus autores encaixados em uma escola teórica específica, as suas singularidades possam ser comprometidas e opacadas.

A cartografia vista como um processo teórico-metodológico nasce com a esquizoanálise ou também conhecida como Filosofia da Diferença, que é uma análise de partes, pedaços, linhas ou estilhaços (PERES; BORSONELLO; PERES, 2000). Uma perspectiva que valorizar a vida vibrátil e agradável, em sua potencialidade máxima. Assim como ‘possibilita o mapeamento de paisagens psicossociais, o mergulho na geografia dos afetos, dos movimentos, das intensidades’ (MARTINES; MACHADO; COLVERO, 2011).

Nesta filosofia, reconstroem-se os conceitos do inconsciente e da subjetividade, entendendo-se o primeiro como algo *maquínico* que opera no social e no presente como composições atuais, atravessando os sujeitos, seus territórios e suas relações e o segundo como algo historicamente construído, para além do *eu*, considera-se polifônica, múltipla e heterogênea (PERES; BORSONELLO; PERES. 2000).

De tal forma, a cartografia vê a realidade como uma construção constante, composta por elementos heterogêneos e de função heterogénica. Ou seja, por fluxos constantes e em constante (re)conexão entre si, se articulando para a produção de subjetividades, sem pensar numa totalização dessas conexões (DELUZE, 2006).

Embora a cartografia proponha ter um percurso de pesquisa, não fala em regras ou protocolos, e sim em pistas para a condução desse processo, o qual se trata de um modo de caminhar, olhar e se posicionar dentro do território, para promover intervenção e câmbios dentro desses fluxos e conexões. Desta forma, sugere uma reversão metodológica, transformar o *metá-hódos* em *hódos-metá*, por conseguinte, o caminho não é chegar à meta, mas a meta é o caminho (PASSOS; KASTRUP e ESCOSSIA. 2009). O caminho metodológico seria mais um *fazer-saber* e não um *saber-fazer*.

Para PASSOS e BARROS (2009):

[...] A cartografia como método de pesquisa é o traçado desse plano da experiência, acompanhando os efeitos (sobre o objeto, o pesquisador e a produção do conhecimento) do próprio percurso da investigação (p.17 - 18).

Assim posto, a pessoa cartógrafa/pesquisadora não entra no território como um ser neutro, pelo contrário, entra como uma pessoa que vai intervir e fazer parte dessa construção

do território, do mapa, do conhecimento e da sua interpretação e percurso. Tendo em conta isso, o sentido da cartografia se explica no acompanhamento desses percursos, conexões, redes ou rizomas, implicados na produção de realidades. Esta estrutura rizomática possui umas características que a definem: conexão, heterogeneidade, multiplicidade, ruptura a-significante e decalcomania (MARTINES e MACHADO. 2013). Sendo assim, não existe um único mapa e/ou estrutura rizomática, esta é móvel, flexível, modificável, com múltiplas entradas e saídas, sem um centro ou hierarquia entre conexões, em um constante devir ou transformação constante.

Felix Guattari e Suely Rolnik (2010) incluem nesse acompanhamento o conceito de transversalidade, segundo o qual a realidade opera entre conexões que não são só horizontais ou verticais, mas também transversais, pensando nos diferentes planos nos que a realidade se comunica e os efeitos que pode ser na construção das subjetividades.

Metodologicamente, a precisão não é tomada como exatidão, mas como compromisso e interesse, como implicação na realidade, como intervenção. Esta intervenção, por sua vez, como método indica o trabalho da análise das implicações coletivas, sempre locais e concretas. Quando se fala de implicações, refere-se a que toda produção de conhecimento se realiza num território/campo determinado por jogos de forças: valores, interesses, expectativas, compromissos, desejos, crenças, entre outras. No intervir, faz parte a análise dessas implicações e da forma como constroem aquela realidade, assim como, dessa força *instituinte*, ou seja, a dinâmica e fusão entre contra-referência e transferência dessas implicações (MARTINES e MACHADO. 2013).

O rigor pensado no fazer-saber cartográfico é da ordem ontológica, mas do que metodológica, intelectual e/ou erudita, seria um rigor *ético/estético/político* (ROLNIK, 1993). Como Suely Rolnik (1948 -) (1993) reflete, não se trata de um rigor de um método (conjunto de regras tomadas para chegar à verdade), nem como de um sistema de verdades tomadas como universais (um campo do saber), que seriam do campo da moral. Mas seria:

Ético é o rigor com que escutamos as diferenças que se fazem em nós e afirmamos o devir a partir dessas diferenças. As verdades que se criam com este tipo de rigor, assim como as regras que se adotou para criá-las, só têm valor enquanto conduzidas e exigidas pelas marcas. **Estético** porque este não é o rigor do domínio de um campo já dado (campo de saber), mas sim o da criação de um campo, criação que encarna as marcas no corpo do pensamento, como numa obra de arte. **Político** porque este rigor é o de uma luta contra as forças em nós que obstruem as nascentes do devir (ROLNIK, 1993, p. 6-7).

Desta forma, o posicionamento ético-estético é o de estabelecer novas formas de se relacionar com os conceitos, através das diferenças e de entender as teorias como inacabáveis e não como totalizantes. Mas do que uma teoria, uma ação da teoria e uma ação da prática, uma teoriz-ação (DELEUZE, 1979).

No que se refere às pesquisas em saúde, a cartografia tem sido usada para, por exemplo, realizar a própria territorialização das unidades básicas de saúde, bem como para avaliar a implementação de certas políticas do SUS, como foi no caso da pesquisa realizada por MARTINS e LUZIO (2012), em que procuraram analisar as forças *instituintes* que estiveram por trás da implementação e construção da política nacional de humanização. Também usado na sua variante de cartografia corporal na pesquisa pelas pesquisadoras Maryi Lorena Puentes Cuellas e Kedhna Leandra Llanos Ortiz (2013), que desenvolveram um estudo sobre violência de gênero e utilizaram esta metodologia como técnica, para pensar a construção de mapas coletivos com estas mulheres, os rastros metafóricos que a violência deixou nos seus corpos e os territórios que ocupavam e que ocupam.

7.2 QUEM ESTÁ CARTOGRAFANDO?

Como foi descrito no início deste capítulo, a pessoa pesquisadora que faz a cartografia não entra nos cenários de forma neutra, essa pessoa junto com as pessoas da cena, fará parte da construção desse território. As suas subjetividades estarão no campo e daí a importância de fazê-las explícitas para si e para a posterior análise da pesquisa.

Nos cenários entraram em cena tanto o olhar de quem me lê (no caso, uma leitura através da observação e dedução das minhas subjetividades através de uma estética) e de quem eu estou sendo (aqui seria de como eu me vejo, e no seu momento me apresento). Dentro das possíveis leituras sociais estão: ser lida como uma mulher cis, parda, gorda, que no momento de falar é observada, às vezes, com estranheza pelo seu sotaque. Porém eu entrei e me apresentei como uma pessoa não binária, sapatône-tortillere, imigrante, gorde, não branca, que estudou sempre em escola privada e fez medicina em uma universidade privada na Colômbia, que fez mestrado na saúde coletiva também na área da saúde trans e que no transcurso do mapeamento e elaboração da tese iniciou a sua hormonização com testosterona.

Os meus ingredientes identitários me deram uma certa sensibilidade no olhar dessas cenas pelas quais transitei e transitei em mim, mas isso não quer dizer que meu olhar esteve

fechado para novos afetos e sensibilidades do território pesquisado/construído/cartografado. Como comenta Suely Rolnik (2011), o perfil da pessoa cartógrafa é definido por um tipo de sensibilidade, que deve procurar acolher o caráter finito ilimitado do processo de produção da realidade, que seria o desejo. Deve-se aprender do movimento, do fluxo das intensidades e estar em constante re/des/construção e desestabilização das próprias representatividades, mas ao mesmo tempo canalizando-as para dar-lhes sentido, o sentido construído nesses fluxos e trânsitos.

Nesse sentido, não é possível definir um método (no sentido de referência teórica, nem como procedimento técnico) apenas sua sensibilidade, seus intercessores ao pensamento (ROLNIK, 2011).

7.3 CENÁRIOS

Os cenários da nossa cartografia foram os diversos territórios onde as pessoas transitaram ou transitam para cuidar da sua saúde. Incluindo as unidades básicas de saúde (UBS), assim como espaços diversos onde foram feitos os encontros para realizar as entrevistas entre estes: a minha casa, a própria casa da pessoa acompanhada/entrevistada, a casa de outros (amigues dessas pessoas), espaços dentro da universidade ao ar livre na grama, em algum banco tomando um café, espaços públicos como restaurantes e lanchonetes. Alguns cenários eram menos estáticos, como por exemplo, no carro indo de carona para a UBS, saindo da UBS e caminhando até o ponto de ônibus, compartilhando o trajeto de ônibus.

Foram acompanhadas 12 pessoas que residiam em Santa Catarina, entre março de 2017 até março de 2018. A seleção das pessoas que participaram da cartografia foi feita através de uma amostragem de conveniência, sem a pretensão de uma representatividade numérica, considerando-se: a escolha de pessoas que possuíam a experiência e vivência relacionadas ao que se desejava estudar (PATTON, 1990). Desse modo, iniciei os contatos com pessoas que participavam ou tinha algum vínculo com algum movimento organizado LGBTI+. Mas a partir delas, foi conhecendo outras pessoas que não necessariamente faziam parte de algum movimento organizado LGBTI+, mas que depois do primeiro contato, desejaram participar. No primeiro encontro era conversado sobre a pesquisa e os seus objetivos e como que seria a entrevista e o acompanhamento. Depois deste primeiro momento, se a pessoa aceitava participar, era agendado um segundo encontro para a entrevista. Dependendo do tempo, lugar

e disposição da pessoa e da fluidez da conversa, as vezes foram feitos mais de um encontro para dar continuidade à entrevista. O acompanhamento se dava quando a pessoa me convidava a estar junto com ela em lugares que, segundo o próprio critério dela, eram espaços de cuidado à saúde.

Tabela 1: Características sócio-demográficas das pessoas entrevistadas/acompanhas em Santa Catarina-Brasil. Entre o ano de 2017 e 2018.

	Acompanhamento ao Ambulatório	Fizeram/ fazem uso do Ambulatório	Identidade	Profissão/Escolaridade	Início hormonização	Idade no momento do encontro/ entrevista
1	x		Travesti	Independente	-	47 anos
2		x	Mulher transexual	Professora ensino básico	24 anos	30 anos
3	x	x	Homem trans	Professor universitário	26 anos	28 anos
4	x	x	Homem trans	Estudante ensino médio	19 anos	19 anos
5			Travesti	Estudante pós-graduação	17 anos	22 anos
6	x	x	Não binária	Mestre	24 anos	24 anos
7			Homem trans	Estudante graduação	21 anos	25 anos
8			Homem trans	Estudante graduação	22 anos	23 anos

9			Mulher trans	Estudante graduação	11- 12 anos	36 anos
10	x	x	Homem trans	Estudante	17 anos	17 anos
11			Homem trans	Estudante	-	37 anos
12		x	Homem trans	Independente	25 anos	27 anos

7.4 PRODUÇÃO E ANÁLISE

Para a construção desse mapeamento e percurso e do que se chamaria de “coleta de dados”, foi usado o *corpo vibrátil* da cartografia, ou esse olhar diferenciado, fluido e aberto. Também foram usadas outras ferramentas da pesquisa qualitativa e da etnografia, como entrevistas semiestruturadas e observação participante, bem como o diário de campo e algumas fotografias dos territórios/cenas pesquisados/as.

As entrevistas semiestruturadas (RUIZ, 1996) foram realizadas com as travestis, pessoas trans e/ou não binárias que aceitaram contribuir nesta pesquisa com as suas experiências, vivências e através da convivência dentro do cotidiano. Nestas entrevistas e encontros foram feitas perguntas que nos permitiram construir diferentes cenários psicossociais de cuidado à saúde, assim como a percepção que estas pessoas tinham sobre os serviços de atenção à saúde, assim como, no que diz respeito às experiências com as pessoas profissionais na atenção e cuidado à sua saúde (VER APÊNCIDE A).

É importante ressaltar que a análise e “coleta de dados” das cenas e dos ‘dados’ foi contínua e se realizou com ajuda de algumas características da própria cartografia, como são as *forças instituintes*, neste caso, dessas inter-relações das pessoas trans com os serviços de saúde e os outros espaços de cuidado à saúde. Entende-se que não só serão mapeadas as relações das pessoas trans com as/os profissionais, mas com o próprio espaço. *Forças instituintes* que nos permitiram pensar sobre quais são esses valores, interesses, expectativas, compromissos, desejos, crenças, entre outras, que estão perpassando a produção desse conhecimento, desses

rizomas. Igualmente, se analisaram as possíveis linhas de fuga presentes nos territórios, ou seja, essas linhas de intensidade que se escapam de uma ideia totalizadora e transitam por outros territórios.

O prisma pelo qual perpassamos a pesquisa foi o da teoria *queer*, que coloca em discussão e procura problematizar as verdades absolutas, as dicotomias polarizadas, desnaturalizar e em consequência desestabilizar o que seria normal e o que seria patológico, assim como outras binaridades como mulher/homem, feminino/masculino, corpo/alma, profissional/usuária(o), etc (BUTLER, 1990; 2003; 2006; 2007; PRECIADO, 2002; 2008; 2011; SEDGWICK, 1998; BOURCIER, 2006; HALBERSTAM, 1998). Igualmente, olha para a diferença como categoria analítica e como esta é construída e *o quê e o como* faz com que se construam valores hegemônicos que hierarquizam corpos, pessoas, práticas, sexualidades, gêneros, entre outras.

7.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O presente estudo de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC, conforme a Resolução CNS 466/12 que orienta sobre os princípios científicos e éticos, cujos dados foram coletados e utilizados somente no âmbito dos objetivos do mesmo, sendo as informações apresentadas de forma coletiva, sem nenhum prejuízo para as pessoas envolvidas, e sem fazer menção aos nomes das pessoas ou profissionais de saúde envolvidos no atendimento destes. Deste modo, todas as pessoas participantes que estiverem dispostas a participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (ANEXO A).

Mediante a aceitação das pessoas participantes, foram agendados os encontros e as entrevistas individualmente, acordando previamente, no caso das entrevistas, o espaço onde iam ser realizadas. As pessoas participantes foram informadas e se solicitou licença para gravar a entrevista, especificando que podiam solicitar que não fosse gravada, ou que a gravação pudesse ser interrompida a qualquer momento. A transcrição das entrevistas foi feita pela pessoa pesquisadora.

Para garantir o caráter sigiloso das informações, os depoimentos das pessoas entrevistadas foram codificados em números escolhidos ao azar como se apresentam na Tabela 1.

8 RESULTADOS

À continuação, apresento quatro artigos de resultados. O primeiro foi uma revisão da literatura e análise bibliométrica feita sobre a produção científica em saúde trans na América Latina; os três artigos posteriores, foram de alguns dos rizomas que compuseram esta cartografia. Um deles é sobre um dos cenários que mais perpassou nas conversas e no acompanhamento de cuidado à saúde, o outro foi inspirado em um dos motivos que aciona o movimento das pessoas trans em procurarem um cuidado (específico) à saúde; e o último é sobre a minha experiência da procura pela hormonização em dois cenários geográficos diferentes.

8.1 OLHAR SUDACA: TRAVESTIS, PESSOAS TRANS E NÃO BINÁRIES NA PRODUÇÃO EM SAÚDE

8.1.1 Salud Trans y Latinoamérica: Revisión de la literatura

Introducción

Diversas iniciativas tanto a nivel de políticas públicas, como de avances sociales se han dado en el Brasil desde finales del siglo XX, promoviendo un aumento de la visibilidad en lo concerniente a la salud de las personas trans, entendidas como aquellas que no se identifican con el sexo/género que les fue asignado al nacer, como mujeres trans, hombres trans, travestis e/o personas no binarias, que transitan entre los géneros considerados cultural y socialmente como masculinos o femeninos, sin una fijación identitaria.

La lucha por políticas públicas parte de la necesidad de considerar las especificidades en salud de las personas trans y de un atendimento respetuoso, acogedor y ético que atienda las demandas, tanto de las modificaciones corporales y hormonales para el proceso de transición que una persona trans quiere/desea realizar, como de otros posibles cuidados a la salud.

Hay fuertes indicios de negligencia y transfobia en el acceso a los servicios de salud^{1,2}, siendo que algunas instituciones de salud exigen una patologización de las identidades trans para prestar sus servicios, condicionando el acceso, una vez más, a los diagnósticos considerados por el DSM-5 (Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales), siendo categorizadas como personas con Disforia de Género.

De esta forma algunos servicios exigen la presentación de un laudo psiquiátrico y/o psicológico y/o u de un atendimento obligatorio “psi” por un tiempo determinado para que las

personas trans puedan acceder a los servicios de salud, principalmente a aquellos relacionados con su transición.

Por otro lado, las ciencias de la salud interesadas en estas demandas emergentes y en comprender estos cuerpos e identidades diferenciadas, han construido diferentes formas de producción de conocimiento con o sin la colaboración y mirada de las propias personas trans.

Esta producción procura, teóricamente, con base en las demandas percibidas, construir formas de cuidado y de atendimento específicos para las personas trans. Por medio de estas producciones en la salud, y específicamente en la medicina, se elaboran directrices y/o protocolos de cuidado a las personas trans, que tendrían como objetivo facilitar esta interacción. Los artículos científicos son parte importante de esta producción, así como también son la forma como son divulgados los resultados de las diferentes investigaciones en salud LGBTI.

La realización de estas investigaciones y la publicación de los resultados dependen, entre otras variables, de una inversión económica por parte de las instituciones académicas, tanto públicas, como privadas, interesadas en esta temática. En consecuencia de ello, y incluyendo el paradigma de la medicina occidental, se habla poco de la producción Latinoamericana en salud y más específicamente de la producción relacionada a las personas trans. Existe una colonización de los saberes y de las prácticas en salud, en el sentido de que las pesquisas de otros países, no latinoamericanos, son consideradas foco para la construcción de los diferentes protocolos, muchas veces no situados en las realidades donde estos protocolos serán ejecutados. Si bien sabemos que las investigaciones cuantitativas permiten extrapolar los resultados para poblaciones similares a las investigadas, existen diferencias socioculturales, históricas, políticas e geográficas, entre otras, difíciles de medir y de poder ser cuantificadas, parte de ahí la importancia de conocer y entender la producción local de conocimiento en el área.

De esta forma, se pretende en este artículo resaltar y analizar la producción científica en salud trans latinoamericana, considerando los contextos en los cuales las investigaciones fueron ejecutadas.

Métodos

Los resultados que serán presentados hacen parte de un primer análisis bibliométricos destinado a cuantificar y analizar la producción científica del tema en cuestión, utilizándose de

un abordaje cuantitativo e de estadística descriptiva. Fue realizado un levantamiento bibliográfico de los artículos indexados en las siguientes bases electrónicas: Pubmed, LILACS, MEDCARIB, IBECS, WHOLIS y la PAHO (estas últimas incluidas en la biblioteca virtual en Salud Bireme), de enero/1966 a noviembre/2017. El año de 1966 fue usado como referencia por ser la fecha en la cual fue indexada la palabra “Travestismo” en la plataforma de busca Pubmed. Los otros términos para referirse a las personas trans fueron incluidos después de esa fecha.

Se construyó una serie de palabras claves para la búsqueda, elaborada a partir del tesoro de las bases incluidas. Fueron utilizadas las siguientes palabras clave: Health” AND “Transgender persons”; “Saúde” AND “Pessoas transgênero”; “Salud” AND “Personas transgénero”; “Transgender persons” AND “Latin America”, “Transsexual” AND “Latin America”; “Transvestite” AND “Latin America”; “Transsexualism” AND “Latin America”; “Gender Dysphoria” AND “Latin America”. “Transgender persons”; “Pessoas transgênero”; “Personas transgénero”; “Transsexual”, “Transexual”, “Transvestite”, “Travesti”, “Travestismo”, “Transsexualism”, “Transexualismo”, “Transsexuality”, “Transexualidade”, “Gender Dysphoria”, “Disforia de Gênero”, “Disforia de Género”.

De esta búsqueda fueron encontrados un total de 398 artículos, de los cuales fueron seleccionados para análisis 88. La selección de los artículos fue realizada por medio de la lectura de los títulos y resúmenes, y de las listas de referencia de los trabajos apreciados en su totalidad. Fueron seleccionados solamente los estudios primarios que tuvieran como local de investigación algún(os) de los países/ciudades/regiones latinoamericanas (a), que tuvieran como población investigada a las personas trans y que relatasen cuestiones trans o las analizasen en el contexto de la salud. Fueron excluidos editoriales, comentarios, ensayos críticos, revisiones bibliográficas, protocolos clínicos, investigaciones de análisis jurídico, investigaciones de inmigrantes latinoamericanas(os) fuera de Latinoamérica y relato de casos (Figura 1).

A continuación serán presentados los resultados del análisis bibliométrico realizada con los artículos seleccionados.

Resultados

De los 88 artículos seleccionados, veinte y nueve (29) realizaron la investigación en Brasil, seguido por Perú con veinte y cuatro (24) (Tabla 1). Uno de los artículos seleccionados

no fue considerado en esta frecuencia puesto que no especificó qué país o países de Latinoamérica estaban siendo incluidos en su investigación. La gran mayoría de los artículos fueron escritos en inglés (73), seis (6) estaban escritos en portugués y seis (6) en español.

En los estudios seleccionados se observó un aumento del número de publicaciones a partir del año 2013, teniendo una cantidad mayor en el 2014. Antes del 2013 el número de publicaciones fue menor en comparación con los años posteriores hasta el 2017. Llama la atención que este aumento coincide con la fecha en la cual fue publicada la última versión del DSM-V (Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales)³. Este aumento también coincide con un proceso de intensificación y efervescencia de la lucha de los diferentes movimientos sociales e instituciones por los derechos humanos, por lo que en agosto de 2013 entra en vigor la reglamentación de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH)⁴. Finalmente es importante subrayar que en el Brasil la ampliación de la legislación del proceso transexualizador se dio también en el 2013⁵.

Con relación a las revistas donde los artículos fueron publicados, de las cincuenta (50) que fueron analizadas, diez (10) estaban relacionadas con la temática de HIV/AIDS y seis (6) relacionadas con las infecciones de transmisión sexual (ITS). Esto refleja como el paradigma de la salud trans, especialmente de las mujeres trans y travestis, continúa siendo vinculada a esas temáticas⁶⁻⁸. Igualmente, siete (7) fueron las revistas relacionadas con la salud pública/colectiva, cuatro (4) con la salud sexual y cuatro (4) con medicina. Las revistas que publicaron más artículos sobre las cuestiones relativas a las personas trans fueron: *AIDS and Behavior* y *Journal of the International AIDS Society* con cinco (5) publicaciones cada una, seguida de las revistas *Sexualidad, Salud y Sociedad* y *Sexually Transmitted Infections* con 4 publicaciones cada una (Tabla 2).

La mayor parte de las investigaciones tuvo como población estudiada a las mujeres trans y travestis (74), ocho (8) trabajaron con mujeres transgéneras, mujeres transexuales y hombres trans y solo 1 artículo tenía exclusivamente como población foco a los hombres trans. Los otros artículos, o no especificaron si se trataba de mujeres y/o hombres trans y simplemente usaron la categoría transgénero, así como otros incluyeron la categoría transformista y otros géneros.

A partir de la lectura de los objetivos y metodología de cada artículo fueron extraídas las áreas temáticas investigadas. Treinta y cinco (35) publicaciones estaban enfocadas en el HIV/AIDS, algunas discutiendo exclusivamente sobre esta temática y otras incluían a las ITS.

Cinco (5) de estas analizaron la profilaxis preexposición sexual al HIV (PrEP) y otras cinco (5) el test para HIV y sus factores asociados. Igualmente, cuatro (4) de las publicaciones discutieron exclusivamente sobre las ITS y tres (3) específicamente sobre sífilis. Dos artículos eran sobre sexo anal, uno de estos analizando las prácticas de limpieza del canal rectal y el otro incluyendo al análisis las infecciones por HIV y sífilis. Solamente cuatro (4) analizaron las barreras y el acceso de las personas trans a los servicios de salud (Figura 2).

Por otro lado, fueron trescientas setenta y tres (373) las palabras clave recolectadas entre los artículos analizados, de las cuales cuarenta (40) eran sobre el HIV junto con prevención, test diagnóstico, AIDS, entre otras. La palabra HIV fue referenciada veinte y tres veces (23), seguido por hombres que hacen sexo con otros hombres (HSH) con un total de veinte (20), diecisiete veces la palabra (17) transgéneros y quince (15) la de mujeres transgéneras.

En el análisis de la autoría de las publicaciones, llama la atención que de los ochenta y ocho (88) artículos analizados, cuarenta (40) tenían como primera autora una persona vinculada a una institución de los Estados Unidos. De los restantes, veinte y cuatro (24) tenían como primera autora a una persona con vínculo a una institución brasileña, cinco (5) a una peruana, cinco (5) a una argentina, tres (3) a una canadiense y tres (3) con instituciones tanto peruana como estadounidense. Finalmente de los seis artículos restantes, dos (2) tenían vínculo con una institución británica, dos (2) con una puertorriqueña y dos (2) con una mexicana.

La mayoría de los artículos (12) tuvieron un total de cuatro (4) autoras(es), seguido por diez (10) que tuvieron siete (7) y otros diez (10) que tuvieron 5. El autor que más publicaciones realizó fue Jorge Sánchez apareciendo en los artículos vinculado a la *Asociación Civil Impacta Salud y Educación, Lima, Peru*, do *Department of Global Health, University of Washington, Seattle, WA, USA*, e do *Centro de Investigaciones Tecnológicas, Biomedicas y Medioambientales, Lima, Peru*, con once (11), seguido por Jeffrey D. Klausner de la *Division of Infectious Disease: Global Health, Department of Medicine, University of California Los Angeles, Los Angeles, CA*, Javier R. Lama también da *Asociación Civil Impacta Salud y Educación, Lima, Peru*, y Carlos F. Cáceres do *Center for Interdisciplinary Studies in Sexuality, AIDS and Society, and Laboratory of Sexual Health, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Peru*, y de la *Unidad de Salud Sexualidad y Desarrollo* de la misma universidad con nueve (9) publicaciones para cada uno (Figura 3).

Discusión

Aunque el presente artículo no haya realizado una exploración exhaustiva del conjunto de indicadores bibliométricos disponibles para este tipo de estudios, puede ser considerado como una primera aproximación a la producción científica en el área. Pocos son los estudios que se enfocan y discuten exclusivamente sobre la producción en salud trans en Latino América.

Llama la atención que aunque los artículos presentasen investigaciones realizadas en Latinoamérica, existe un fuerte vínculo de las instituciones latinoamericanas principalmente con personas de instituciones norteamericanas. Pocos fueron los artículos que tuvieron como autoras(es) personas de otras instituciones latinoamericanas.

Igualmente, como fue mostrado en los resultados, la mayoría de los artículos fueron escritos exclusivamente en inglés, lo que se relaciona, de cierta forma, con el vínculo entre instituciones descrito con anterioridad, y también con el hecho del inglés ser considerado una lengua “universal”, pero que también refleja el paradigma académico de publicación en revistas que sean consideradas de alto impacto, lo es sinónimo, de publicar en este idioma y de ser una única opción en algunas revistas. De este modo es importante reflexionar sobre la producción académica en el área y los posibles límites del idioma en el acceso y distribución de la información, así como, en otras formas posibles de compartir y hacer públicos los resultados de las investigaciones, pensando que las personas que participaron de las pesquisas o eran hispanohablantes o hablantes de portugués.

Entrando en el contenido de los artículos, persiste una invisibilidad de los hombres trans y de otras trans identidades dentro de las categorías identitarias que hicieron parte de las investigaciones analizadas. De forma general son pocos los datos que hay sobre la salud de los hombres trans¹⁵. De acuerdo con Ávila y Grossi¹⁶, la presencia de los hombres trans hasta el 2010 en el movimiento trans brasileño era casi que nula. Como ellas mismas apuntan, el hecho anterior no quiere decir que estas personas no existiesen, sino que no eran reconocidas dentro de las identidades trans y continuaban dentro del imaginario de ser mujeres cisgéneras (aquellas personas que se identifican con el sexo/género asignado al nacer) lesbianas con una expresión más acentuada de su masculinidad.

Por otra parte, como fue comentado en los resultados, se continúa vinculando la salud de las mujeres trans y travestis al HIV/AIDS y a las ITS, con una ausencia de la discusión de esta temática para con otras personas trans, como hombres trans y personas no binarias, entre otras. Esta fuerte relación se constituye en los artículos por medio de la prostitución y/o trabajo

sexual. Se sabe que parte de la construcción de la historia del HIV/AIDS está impregnada por la culpabilización de las personas infectadas y con foco en los grupos de riesgo¹⁷, estigmatizando y jerarquizando las prácticas y en consecuencia a las personas que teóricamente tendrían estas prácticas. De esta manera, el sexo anal es uno de los más afectados considerando el sistema hetero-cis-patriarcal, cuya estructura social y política está construida a través de una escala de valores naturalizados y materializados sobre los cuerpos y sus prácticas, teniendo como base la heterosexualidad obligatoria, la cisgeneridad y la mujer y/o lo femenino como sumiso^{18,19}. De acuerdo con esta lógica, para quien penetra es dado el lugar de una persona superior, de poder y de mejor status, en comparación con la persona que es penetrada, la cual es colocada en un lugar de sumisión. Como discute Sáez y Carrascosa en su libro²⁰, es necesario la construcción de políticas públicas en salud que cuestionen y discutan también sobre el penetrador. Así como también es necesario cuestionar a quien vinculamos ciertas prácticas y, en el caso del trabajo sexual, discutir la salud sexual de quien procura estos servicios y no sólo enfocarse en quien presta el servicio.

Por otro lado, se sabe que la medicina tiene su propio lenguaje, el cual hace parte de su construcción de conocimiento y de la educación en salud. De esta forma, es interesante considerar las formas como es usado el lenguaje en los artículos a través de las palabras clave y de las propias categorías identitarias usadas en las investigaciones. Inclusive dentro de los artículos analizados, pocos usaron la palabra transexualismo (que por su sufijo significaría enfermedad), sin embargo se referían al DSM como forma de diagnóstico para inclusión de estas personas en las investigaciones.

Teniendo en cuenta que como resalta Butler⁹, “ser llamado por un nombre es también una de las condiciones por las cuales un sujeto se constituye en el lenguaje” (p.17), por lo que aquella persona que es nombrada existe, y al mismo tiempo se construye por medio de aquel nombramiento, lo que posibilita, paradójicamente, su existencia social.

Este nombramiento va a determinar cómo las personas trans van a ser tratadas e interpretadas, tanto por las autoridades médicas, como legales y dentro de la escena social. Butler²¹ señala el significado ético del término “tratado”, una palabra que tiene una traducción para el español similar al portugués e inglés, que son las referidas por la autora. Esta quiere decir una persona ser bien tratada, con respeto, pero la autora también llama la atención sobre su uso por la medicina y la psicología como ser tratada(o), en el sentido de reajustar a la norma.

En el sentido ético relacional Butler²¹ hace un llamado para expropiar los discursos de su poder y unilateralidad, en el caso, el poder médico y psi, y pensar primero en la escena ética relacional y no es la escena diagnóstica. Esta escena ética demanda un reconocimiento de si por parte de las instituciones y profesionales de la salud de las personas trans que procuran los servicios para llevar a cabo su transición. Un cambio en el lenguaje es necesario para que los modos de transición sean realizados con dignidad y respeto. Como ella bien apunta: “No hay manera de disociar la práctica y los términos del diagnóstico de la escena ética” (p.04).

Finalmente, la relevancia científica del desarrollo de investigaciones latinoamericanas sobre personas trans radica en la necesidad de tener datos locales para la construcción de un cuidado a la salud situado, así como de (re)conocer lo que se ha hecho en Latinoamérica sobre la temática y como está siendo la construcción de este conocimiento, que permita una articulación y diálogo entre las diferentes instituciones, grupos e investigadoras(es) del área y de áreas afines.

Referencias e Inspiraciones

1. Mujica Rodriguez AM. Experiências de atenção à saúde e percepções das pessoas transgênero, transexuais e travestis sobre os serviços públicos de saúde em Florianópolis/sc, 2013-2014. Florianópolis, Santa Catarina. Dissertação [Mestrado em Saúde Coletiva] – Universidade Federal de Santa Catarina; 2014.
2. Nunes Ávila S. FTM, transhomem, homem trans, trans, homem: A emergência de transmasculinidades no Brasil contemporâneo. Florianópolis, Santa Catarina. Tese [Doutorado Interdisciplinar em Ciências Humanas] – Universidade Federal de Santa Catarina; 2014.
3. Associação Americana de Psiquiatria - APA. DSM-5 Development 2013. Disponível em: <http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx>.
4. Comissão Interamericana de Direitos Humanos (CIDH). Modificações ao Regulamento da CIDH. Reforma foi sancionada pela Comissão Interamericana mediante a Resolução 1/2013, aprovada em 18 de março de 2013 e publicada em 19 de março de 2013 [portaria na internet]. Disponível em: <https://www.oas.org/pt/cidh/mandato/Basicos/RegulamentoCIDH2013.pdf>.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.803, de 19 de novembro de 2013. Redefine e amplia o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS) [portaria na internet]. Diário Oficial da União 21 de Novembro de 2013 [acesso 19 de novembro 2017]; Seção 1(25). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2803_19_11_2013.html.
6. Passerino LM. Imaginarios, biomedicina y normatividad: una respuesta a los procesos de estigmatización y discriminación por VIH. *Rev Cienc Salud* 2013; 11 (2): 217-233.
7. Barreda V, Isnardi V. Travestismo y prevención del VIH/SIDA: reacomodando algunos conceptos. [Ponencia presentada en el II Congreso Nacional de Sociología, VI Jornadas de Sociología de la UBA y Pre ALAS 2005; 2004 outubro 20-23; Buenos Aires].
8. Pelúcio Silva LM. Soropositividade, pressão e depressão: da vide nervosa das travestis vivendo com HIV/ AIDS. Texto apresentado en la mesa Sexualidades, corporalidades e transgêneros: narrativas fora da ordem – ST 16. In: Anais do VII Seminário Fazendo Gênero; 2006; Florianópolis, Santa Catarina. Disponível em: http://www.fazendogenero.ufsc.br/7/artigos/L/Larissa_Pelucio_16.pdf.
9. Butler J. Lenguaje, poder e identidad. España: Editorial Síntesis; 1997.
10. Asociación Psiquiátrica Americana (APA). DSM-III-R. Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson; 1989.
11. Hill DB. Sexuality and Gender in Hirschfeld's Die Transvestiten: A Case of the "Elusive Evidence of the Ordinary". *J Hist Sex* 2005; 14(3): 316-332. <https://doi.org/10.1353/sex.2006.0023>.

12. Kulick D. *Travesti: prostituição, sexo, gênero e cultura no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.
13. Bento B. A Campanha Internacional de Ação pela Despatologização das Identidades Trans: entrevista com o ativista Amets Suess. *Rev. Estud. Fem.* 2012; 20(2): 481-484. <https://doi.org/10.1590/s0104-026x2012000200008>.
14. Fraga E. El pensamiento binario y sus salidas. Hibridez, pluricultura, paridad y mestizaje. *Revista de Estudios Sociales Contemporáneos* 2013; 9: 66-75.
15. Bockting W, Keatley J, Organización Panamericana de la Salud (OPS). Por la salud de las personas trans. Elementos para el desarrollo de la atención integral de personas trans y sus comunidades en Latinoamérica y el Caribe. 2013. Disponible em: <http://www.paho.org/arg/images/gallery/Blueprint%20Trans%20Espa%C3%83%C2%B1ol.pdf>.
16. Avila S, Grossi MP. “Nós queremos somar!” – A emergência de transhomens no movimento trans Brasileiro. In: VII Congresso Internacional de Estudos sobre a Diversidade Sexual e de Gênero da Associação Brasileira de Estudos da Homocultura (ABEH), 2014. Rio Grande: ABEH; 2014.
17. Castro A, Farmer P. El Sida y la violencia estructural: La culpabilización de la víctima. *Cuad. antropol. Soc.* 2003; 17(1): 29-47.
18. Rich A. Compulsory Heterosexuality and Lesbian Existence. *Signs.* 1980; 5(4): 631-660. <https://doi.org/10.1086/493756>.
19. Millet K. *Política Sexual*. Portugal, Lisboa: Publicações Dom Quixote; 1969.
20. Sáez J, Carrascosa S. *Pelo Cu. Políticas Anais*. Belo Horizonte, MG: Letramento; 2016.
21. Butler J. Transexualidad, transformaciones. In: Missé M, Coll-Planas G. *El género desordenado. Críticas en torna de la patologización de la transexualidad*. Barcelona-Madrid: Egales; 2010. 1-4.

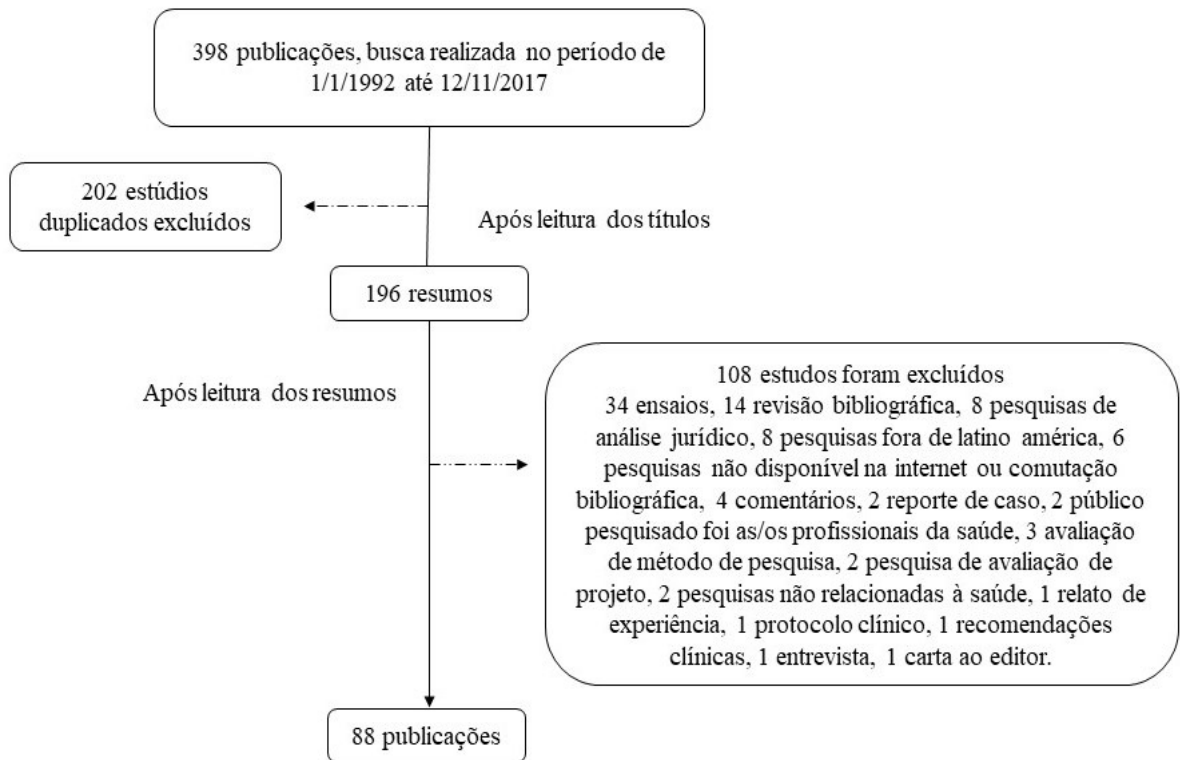


Figura 1. Fluxograma de seleção das publicações.

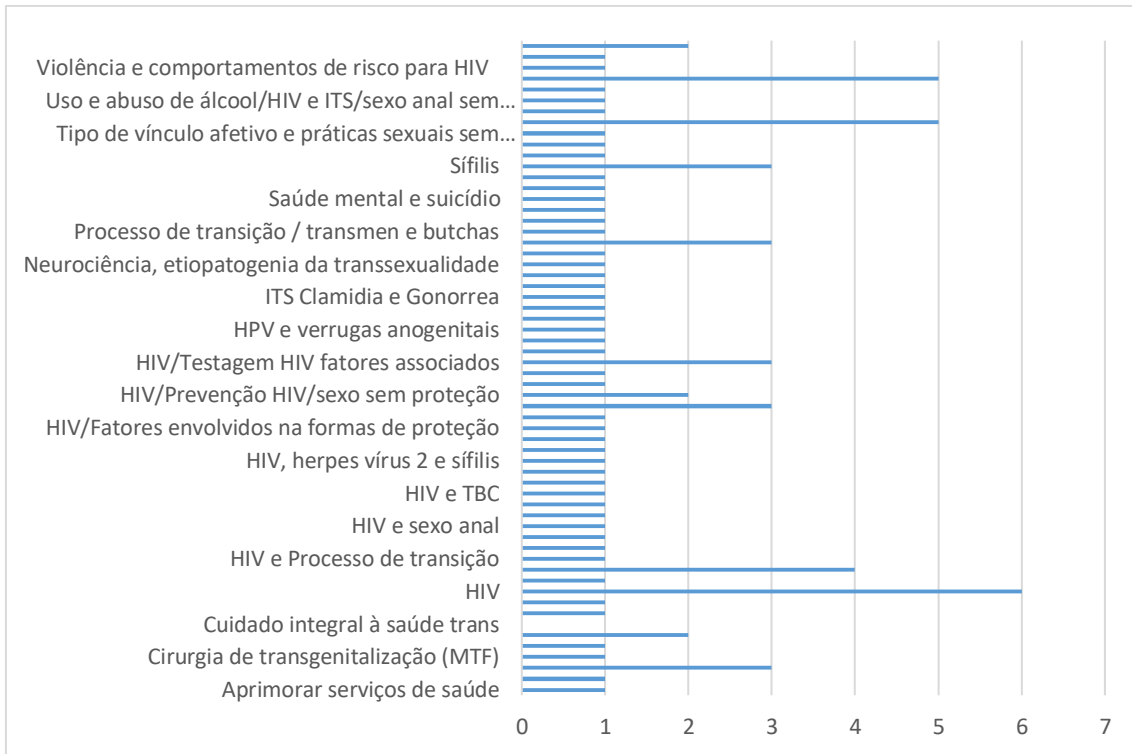


Figura 2: Números de artigos segundo a área temática pesquisada.

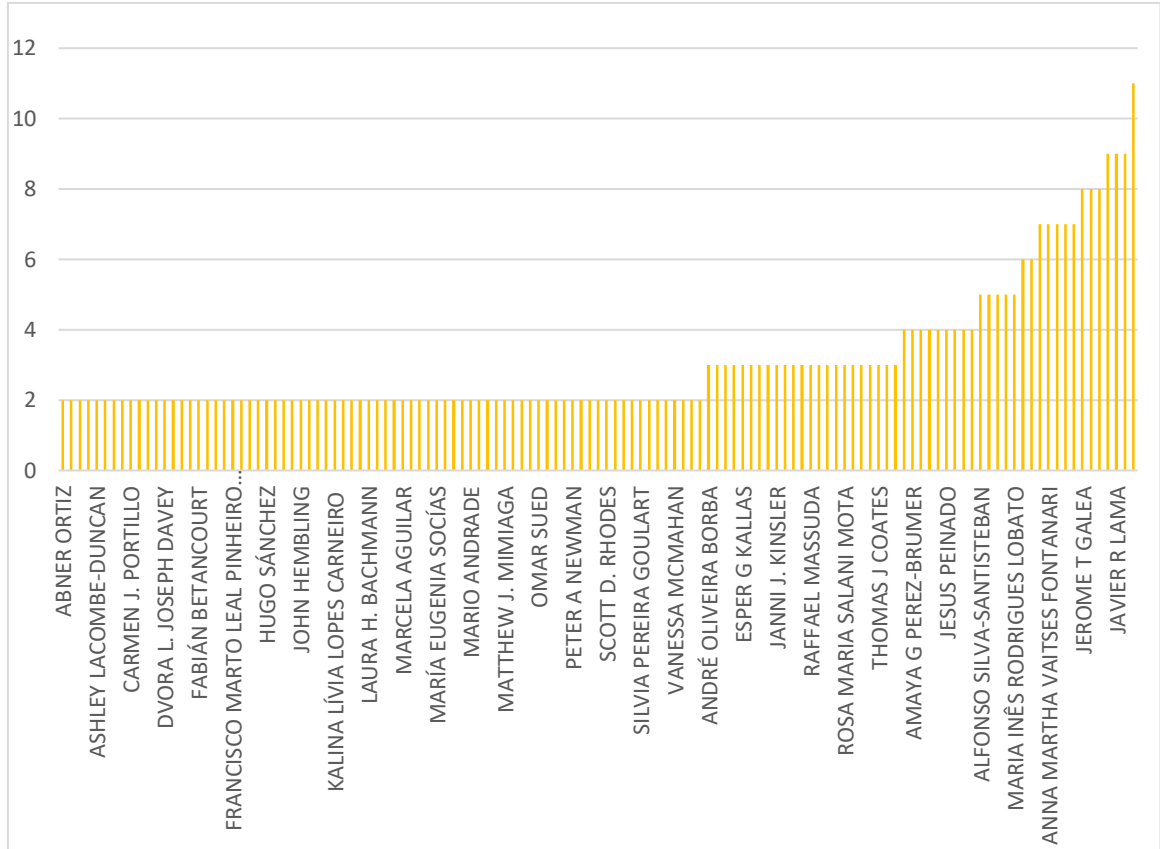


Figura 3: Número de artigos por autor(a)

Tabla 1. Número de artigos segundo o país onde foram realizadas as pesquisas.

País	Nº
Argentina	6
Brasil	29
Colombia	7
Costa Rica	2
Ecuador	1
Guatemala	6
Jamaica	2
México	2
Nicarágua	2
Panamá	2
Perú	24
Puerto Rico	3
República Dominicana	3
Salvador	5

Tabela 2: Classificação e características dos periódicos dos artigos analisados

Título do Periódico	SIGLA	ISSN	País de Publicação	Qualis Saúde Coletiva	Qualis Medicina	Número de artigos por periódico
Actualizaciones en SIDA	ASEI	1852-4001	Buenos Aires		Nao Existe	1
AIDS and Behavior	AIDS Behav	1090-7165/1090-7165	Estados Unidos	A1	A2 - B1	5
AIDS Care	AIDS Care	1360-0451/0954-0121	Inglaterra	A1	B1	4
AIDS Education and Prevention	AIDS Educ Prev	0899-9546	Estados Unidos		Nao classificada	1
AIDS Research and Human Retroviruses	AIDS Res Hum Retroviruses	0889-2229	Estados Unidos	B1	B1	1
American Journal of Public Health	Am J Public Health	0090-0036	Estados Unidos	A1	A2	2
Anales de la Facultad de Medicina	An Fac med	1025-5583	Perú		Farmácia B5	1
Archives of Sexual Behavior	Arch Sex Behav	0004-0002	Estados Unidos	A2	B1	4
BMC Infectious Diseases	BMC Infect Dis	1471-2334	Inglaterra	A1	B1	1
BMC Public Health	BMC Public Health	1471-2458	Inglaterra	A1	B1	2
BMJ Open	BMJ Open	2044-6055	Inglaterra	A2	B1	3
Cadernos de Saúde Pública	Cad Saude Publica	1678-4464	Brasil	A2	B2 -B3	3
Codas	Codas	2317-1782	Brasil	B3	B3 - B4	1
Colombia Médica	Colomb. Med.	1657-9534	Colômbia		Fármacia B3	1

Culture, Health & Sexuality	Cult Health Sex	1369-1058	Inglaterra	A2	Enfermagem B1	2
Drug and Alcohol Dependence	Drug Alcohol Depend	0376-8716	Irlanda	B1	A2	1
Global Health Action	Glob Health Action	1654-9880	Estados Unidos	B1	B2	1
Global Public Health	Glob Public Health	1744-1692	Inglaterra	B1	C	2
Health Promotion International	Health Promot Int	0957-4824	Inglaterra	A2	B1	1
International Journal for Equity in Health	Int J Equity Health	1475-9276	Inglaterra	A2	B1	1
International Journal of STD & AIDS	Int J STD AIDS	0956-4624	Inglaterra	A2	B2	2
Journal of acquired immune deficiency syndromes	J Acquir Immune Defic Syndr	1525-4135/0894-9255	Estados Unidos	A1	A2	1
Journal of Biosocial Science	J Biosoc Sci	0021-9320, 1469-7599	Inglaterra	A2	B3	1
Journal of Health Care for the Poor and Underserved	J Health Care Poor Underserved	1049-2089, 1548-6869	Estados Unidos	A2	-	1
Journal of Health Psychology	J Health Psychol	1359-1053, 1461-7277	Inglaterra	B1	B1-B2	1
Journal of Homosexuality	J Homosex	0091-8369, 1540-3602	Estados Unidos	B1	-	2
Journal of Immigrant and Minority Health	J Immigr Minor Health	1557-1912, 1557-1920	Estados Unidos	A2	B2	2
Journal of Medical Virology	J Med Virol	0146-6615, 1096-9071	Estados Unidos	B1	B1-B2	1
Journal of sexual medicine	J Sex Med	1743-6095, 1743-6109	Países Baixos	A2	A2-B1	1

Journal of the International AIDS Society	J Int AIDS Soc	1758-2652	Suiza	A1	A1	5
Journal of the International Association of Providers of AIDS Care	J Int Assoc Provid AIDS Care	2325-9574, 2325-9582	Estados Unidos	-	B3	1
Journal of Urban Health	J Urban Health	1099-3460, 1468-2869	Estados Unidos	A1	B1-B2	1
Journal of Voice	J Voice	0892-1997, 1873-4588	Estados Unidos	B1	B2	1
The Lancet HIV	Lancet HIV	2352-3018 , 2405-4704	Países Baixos	A1	A1	3
Medicina (B Aires)	Medicina (B Aires)	0025-7680, 1669-9106	Argentina	-	b3	1
Medicine (Baltimore)	Medicine (Baltimore)	0025-7974, 1536-5964	Estados Unidos	A2	B1-B2	1
Neuroscience Letters	Neurosci. Lett.	0304-3940, 1872-7972	Irlanda	B1	B1	1
Perspectives in Public Health	Perspect Public Health	1757-9139, 1757-9147	Estados Unidos	Nao classificada		1
PLoS One	PLoS One	1932-6203	Estados Unidos	A1	A2-B1	3
Revista Ciência & Saúde Coletiva	Cien Saude Colet	1413-8123, 1678-4561	Brasil	B1	B3	2
Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões	Rev Col Bras Cir	0100-6991, 1809-4546	Brasil	B2	B1-B3-B4	1
Revista Gaúcha de Enfermagem	Rev Gaucha Enferm	0102-6933, 1983-1447	Brasil	B2	B3-B4	1
Revista Panamericana de Salud Pública	Rev Panam Salud Publica	1020-4989, 1680-5348	Estados Unidos	A2	B3	2
Sexualidad, Salud y Sociedad	Sex Salud Soc (Rio J)	1984-6487	Brasil	B3	-	4

Sexually Transmitted Diseases	Sex Transm Dis	0148-5717, 1537-4521	Estados Unidos	A1	A2-B1-B2-B3-B4	3
Sexually Transmitted Infections	Sex Transm Infect	1368-4973, 1472-3263	Inglaterra	A1	A2-B1	4
The International Journal of Health Planning and Management	Int J Health Plann Manage	0749-6753, 1099-1751	Inglaterra	Nao classificada		1
The International Journal of Transgenderism	Int J Transgend	1434-4599, 1553-2739	Estados Unidos	Nao classificada		1
The Journal of Primary Prevention	J Prim Prev	0278-095X, 1573-6547	Países Baixos	Nao Existe		1
The Lancet Infectious Diseases	Lancet Infect Dis	1473-3099, 1474-4457	Estados Unidos	A1	A1	1

8.2 RIZOMA(S): TERRITÓRIOS CONSTRUÍDOS PELAS PESSOAS TRANS PARA (AUTO)CUIDAR DA SUA SAÚDE – O CASO DO AMBULATÓRIO TRANS. FLORIANÓPOLIS, SC.

Introdução

No Brasil existem várias iniciativas de políticas públicas para o cuidado à saúde das pessoas LGBTQ+. Em 2004 foi criado, pelo Ministério de Saúde, o programa federal *Brasil sem Homofobia*, que entre as suas ações estava a formalização do Comitê Técnico Saúde da População de Gays, Lésbicas, Transgêneros e Bissexuais, tendo como objetivo estruturar uma Política Nacional de Saúde para essa população (BRASIL, 2008a), lançada a versão preliminar em 2008, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) no ano de 2009 e instituída no Sistema Único de Saúde (SUS) pela Portaria Nº 2.836 no 2011. Em 2008 também foi publicada a Portaria Nº 1707, que regulamenta o Processo Transexualizador no SUS (BRASIL, 2008b), com o intuito de protocolizar e regular algumas das necessidades específicas em saúde das pessoas trans. Essa Portaria foi revisada, redefinida e ampliada em 2013, sob Nº 2.803, com a inclusão de algumas demandas cirúrgicas para os homens trans, o atendimento ambulatorial para as travestis, entre outras (BRASIL, 2013).

Apesar das críticas que possa ter a Portaria do Processo Transexualizador, esta é uma referência ao uso de hormônios e à realização da cirurgia de transgenitalização e outras cirurgias que visam à modificação dos caracteres sexuais secundários de quem assim o deseja. Alguns pontos da Portaria que têm sido debatidos se referem ao fato de exigir um mínimo de tempo de acompanhamento psi para quem deseja fazer alguma das cirurgias, uma compulsoriedade da psicoterapia; ter como objetivo final a cirurgia de transgenitalização, sendo que nem toda pessoa trans deseja esta modificação; e não considerar a saúde sexual e reprodutiva, no caso de quem desejar por exemplo, algum tipo de tecnologia de reprodução assistida antes de iniciar a hormonização ou de fazer a cirurgia (histerectomia para homens trans, por exemplo).

No Brasil foi elaborado um Projeto de Lei de Identidade de Gênero baseado na lei Argentina, mas ainda não foi aprovado, no entanto, enquanto esta não está em vigência, tem-se criado outras estratégias para evitar constrangimentos relativos aos documentos e ao acesso à saúde, como é o uso do Nome Social, que é o nome pelo qual a pessoa trans quer ser reconhecida. A partir do 2009 existem portarias que apontam o reconhecimento e adoção deste nos serviços de saúde (BRASIL, 2009) e em 2016 foi assinado pela Presidência da República

o Decreto Nº 8.727, de 28 de abril de 2016, que autoriza a adoção do nome social nos órgãos do Poder Público federal.

Até o presente ano (2019), são doze os centros/ambulatórios credenciados pelo Ministério de Saúde para ofertar o Processo Transexualizador. Estes centros, de serviço ambulatorial e/ou hospitalar, têm o intuito de prestar atenção especializada, ofertando serviços de apoio, tais como: acesso às consultas e exames especializados, cirurgias, medicamentos, próteses e atendimento de urgência (Tabela 1). Em São Paulo, há quatro hospitais públicos que realizam cirurgia de transgenitalização: o Geral de Pedreira, o Estadual de Diadema, o das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP e o estadual Mário Covas.

Existem outras iniciativas como o Centro de Pesquisa e Atendimento para Travestis e Transexuais (CPATT), em Curitiba, que funciona desde 2014 e o Ambulatório em Florianópolis (2015), criado por iniciativa do movimento social junto com médicas/os residentes em Saúde da Família da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Brasil. O Ambulatório de Florianópolis teve como ins-piração os serviços de cuidado à saúde das pessoas LGBT que existem no Uruguai. Tanto Uruguai como Argentina são os países da América Latina com mais “avanços” nas políticas públicas para as pessoas trans. Por exemplo, em 2009 o Uruguai aprovou a lei de Identidade de Gênero, que permite a alteração de nome e gênero sem precisar de cirurgias. Em 2012 criou o projeto-piloto dos Centros de Saúde Livres de Homofobia (CSLH), que foi implementado em uma das unidades básicas de saúde da ASSE (uns dos principais prestadores de serviços de saúde estatais). E em 2018 foi aprovada a Lei Integral para pessoas trans, que tem como objetivo a inclusão de diferentes ações afirmativas relacionadas ao cuidado à saúde, à educação, ao acesso à moradia, à cultura e a visibilidade, entre outros (IMPO, 2018). Por outro lado, em 2012 na Argentina foi aprovada a Lei de Identidade de Gênero, considerada uma das mais completas na área, abarcando diferentes territórios da vida das pessoas trans, sua cidadania, saúde e autonomia.

No presente artigo traçaremos e analisaremos alguns dos movimentos e cenários psicossociais vivenciamos pelas pessoas trans que percorreram o espaço de cuidado à saúde de Florianópolis.

Percurso Metodológico

Será compartilhada no presente artigo parte da cartografia feita no processo de pesquisa do doutorado em saúde coletiva, que teve como intuito mapear os territórios que as pessoas

trans constroem para o cuidado à sua saúde. Para a construção desta cartografia foram entrevistadas e/ou acompanhadas doze pessoas trans e/ou não binárias entre 2017 e 2018.

Entende-se aqui a cartografia como um mapeamento psicossocial das relações, das forças de agenciamento, dos jogos de objetivação e subjetivação, das produções de si, das práticas de resistência e/ou contingência e de liberdade, entre outras, que possam compor, envolver e constituir os cenários e os vínculos no que seria, neste caso, o cuidado à saúde trans (GUATTARI; ROLNIK, 2010; DELEUZE; GUATTARI, 2011; ROLNIK, 2016). Operando de modo rizomático, denotando uma multiplicidade, tanto de interpretações quanto de ações, assim como no sentido de ampliar as possibilidades de construção de um pensamento, problematizando qualquer forma que delimite e/ou enquadre num raciocínio na lógica de uma origem. Desta forma, o rizoma se estende e desdobra num plano horizontal, de forma acêntrica, indefinida e não-hierarquizada (DELEUZE; GUATTARI, 2011).

Para o análise dos territórios, cenários e narrativas serão usadas algumas dos elementos da própria cartografia, como são as *forças instituintes*, que produzem linhas sociais, econômicas, educacionais, institucionais, são múltiplas e configuram os territórios (MARTINES; MACHADO; COLVERO, 2013).

Focaremos num cenário que perpassou, em diferentes momentos, a cartografia das pessoas que foram entrevistas/acompanhadas. Cinco foram acompanhadas nesse local e outras, mesmo não sendo acompanhadas, trouxeram relatos desses trajetos nos encontros das entrevistas (Tabela 2). Este local será chamado ao longo deste artigo de Ambulatório Trans, localizado em Florianópolis. Chamaremos de ambulatório, no sentido conceitual da palavra, por se referir ao atendimento básico de saúde. Fazemos esta especificidade linguística devido a esta iniciativa não ter um respaldo político-jurídico-legal, no sentido de que em Florianópolis não existe a implementação de fato da portaria do Processo Transexualizador.

As entrevistas foram semiestruturadas e realizadas em locais previamente escolhidos pelas pessoas trans que participaram da pesquisa. Também foram usadas algumas ferramentas da etnografia para o mapeamento dos cenários dentro do local, tais como a observação participante e o diário de campo (HESS, 2006; VITORELLI DINIZ LIMA FAGUNDES, 2014).

Para manter o anonimato das pessoas que participaram e construíram em conjunto esta pesquisa serão usados letra e números para sua identificação.

Resultados

Espaços físicos

O *Ambulatório de Atenção Integral à População Trans* ou *Ambulatório Trans* como é re-conhecido (e da forma como iremos nos referir a este ao longo do artigo), passa a existir em 2015. Em um primeiro momento, estava localizado geograficamente no sul da ilha, para depois passar ao centro-norte da mesma. Atualmente (2019), está atuante tanto no centro norte, como também no sul e no Estreito.

Embora em Florianópolis não exista, ainda, uma política implementada específica para o cuidado à saúde das pessoas trans, têm-se configurado, ao longo dos últimos anos, vários movimentos de negociação para este propósito, dentro das im-possibilidades de conseguir um espaço físico e espaços simbólicos para pensar e criar ações de cuidados à saúde das pessoas trans. Parte destes movimentos foram e são ainda feitos por entidades não-governamentais (ONG) e por pessoas ativistas autônomas e grupos de pesquisa das universidades aliadas. Em um determinado momento temporal, esse(s) movimento(s) político(s) vieram a se unificar com pessoas aliadas da medicina, especificamente, da residência em Medicina de Família da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. Esta parceria possibilitou e legitimou naquele momento e conjuntura sócio-política o início do que seria o Ambulatório Trans.

O atendimento neste espaço visa uma não-patologização das identidades e pessoas trans, e pelo que foi observado e compartilhado, parte do protocolo de atendimento utilizado está baseado nas diretrizes da WPATH (World Professional Association for Transgender Health - Associação Profissional Mundial para a Saúde dos Transgêneros), entre outras. O atendimento, ao longo da realização desta cartografia, aconteceu na unidade básica de saúde (UBS) localizada no sul da ilha e depois foi transferido à UBS do centro-norte. Os encontros para o cuidado à saúde (consultas) aconteciam toda segunda-feira das 18h às 21h30min aproximadamente. Previamente o contato com o Ambulatório era via e-mail para marcar a consulta, mas às vezes atendiam por demanda sem prévia marcação, dependendo da quantidade de pessoas na espera. Quem atendia eram estudantes da residência e a(s) pessoa(s) supervisora(s) destas.

No espaço da UBS do sul da ilha, no início do Ambulatório foram feitas algumas atividades por parte de ONG parceira para com as pessoas LGBTI+, como forma de dar visibilidade ao espaço e de incentivar o seu uso e ocupação. Isto aconteceu devido à ideia que se tinha e ainda se tem por parte de alguns setores e instituições da sociedade, e que perpassa

alguns discursos como justificativa para a não implementação de certas políticas em saúde LGBTI+, de que as pessoas trans ‘não existem/existiam’, dentro desse espaço geográfico específico. Ou seja, como as pessoas trans não estão/estavam sendo visíveis nos espaços institucionais-legitimados ao cuidado à saúde, não existem/existiam na região. Como não há dados, no senso demográfico sobre a quantidade de pessoas trans no Brasil e nas suas regiões, há algumas estimativas. No entanto, parece que a sua existência não é legítima dentro de certos paradigmas de construção de territórios de cuidado à saúde.

A UBS do centro-norte tinha uma distribuição diferenciada do espaço e parecia ser maior que a UBS do sul. No espaço onde eram atendidas as pessoas trans havia alguns cartazes sobre vacinação pendurados, assim como alguns quadros com informações sobre o atendimento da UBS de forma geral. Mas com o passar do tempo, um dia o espaço ganhou um quadro que dizia: Ambulatório Trans, no qual havia informações sobre identidade de gênero, orientação sexual, sobre a política LGBT, sobre o que seria ser mulher transexual, travesti, transfobia e sobre o ambulatório. Havia poucas informações sobre homens trans e nenhuma informação sobre pessoas não-binárias.

A sala de espera destes espaços era um lugar onde se construíam narrativas de amizade, apoio, troca de vivências e de dúvidas relacionadas à hormonização e à transição como um todo. Algumas destas pessoas já se conheciam de outros espaços compartilhados, da militância, da universidade, da balada, dos grupos nas diferentes redes sociais e outras pessoas iam se conhecendo ali mesmo. O espaço tinha quase sempre pessoas que visivelmente muito novas e, inclusive, em alguns momentos nos topamos várias vezes com o que parecia ser uma mulher cis -mãe acompanhando ao seu filho-trans nas consultas. E era possível perceber que ela já conhecia várias das pessoas que transitavam no lugar, pois se cumprimentavam entre si, às vezes ela fazia algumas perguntas para outras pessoas trans que estavam na sala de espera. Foi lindo de ver, enquanto se estava na sala de espera os diferentes momentos como acompanhante, as reações das pessoas saindo das consultas, diferentes reações, algumas que seriam lidas como de felicidade, outras como de satisfação, tranquilidade e até de indiferença. Houve um dia que na sala estavam duas pessoas (lidas como homens trans) que se observavam bem ansiosas, na espera. De repente, sai uma pessoa da consulta (lida como homem trans), com sua receita de testosterona na mão, muito contente mostrando para as outras duas pessoas da espera, que ao parecer eram amigas, saíram juntas se abraçando e de parabenizando mutuamente.

Uma das pessoas entrevistadas (T1) comentou que para chegar até o Ambulatório no centro-norte, teve que fazer uma série de deslocamentos entre UBS, porque não havia muitas informações sobre este espaço, e ao transitar entre UBS, as pessoas destes espaços não tinham conhecimento sobre o Ambulatório trans e lhe enviavam de um lugar para um outro.

Territórios psicossociais

Uma das pessoas entrevistadas/acompanhadas (T2) relatou ter marcado consultas para algumas pessoas trans que conhecia e/ou que ia conhecendo por conta de vínculos com as ONG. O que ela deu a entender é que ela fazia a ponte entre o ambulatório e pessoas trans que desejavam ser atendidas neste espaço, mas que por diversos motivos não conseguiam fazer essa marcação “pessoalmente”. Entre os motivos comentados estava não ter como enviar um e-mail, morar muito longe e ter poucos recursos econômicos para se arriscar a ir sem prévia marcação e não serem atendidas, entre outras. Mas pelo que ela mesma compartilhou em determinado momento foi solicitado para ela não habitar mais esse lugar. Ou seja, deixar de ser a ponte e não lhe foi permitido marcar consulta para outras pessoas, ação que lhe incomodou, mas que acatou para não ter problemas com as pessoas do ambulatório.

O Ambulatório Trans era utilizado para dar início à hormonização, para dar continuidade a ela e para outros cuidados à saúde não vinculados ao processo devir-trans. No que se refere à hormonização, algumas pessoas acompanhadas/entrevistadas relataram transitar este espaço com o intuito de ter um acompanhamento diferenciado e para renovação de receita.

“E me automediquei em (..) por um tempo e aí depois eu vim pra Florianópolis e aqui eu fiquei sabendo do Ambulatório Trans e aí eu fui fazer acompanhamento de fato ao tratamento também” (T3).

Duas das pessoas acompanhadas/entrevistadas (T1 e T4) comentaram que quando iam às consultas já levavam umas demandas específicas, por conta de terem iniciado a hormonização com outras pessoas profissionais ou por conta própria e terem uma ideia da medicação que estariam precisando, o que causava estranhamento entre as pessoas profissionais que lhes atendiam, mas que em alguns casos se dava uma negociação favorável.

“Aí eu fui lá uma segunda-feira. Antes eu mandei e-mail, não lembro para qual médico. Mandei e-mail, eu já com todos os meus documentos anexados. Eu sempre vou bem prevenido nos médicos, né. [...] Porque eu não tenho aquela paciência, de ter que fazer tudo de novo os exames. Já ando tudo, com os exames tudo em dia. Aí mostrei para eles, eles me deram a receita, né. Mostrei a minha receita de Minoxidil, tudo. E

quando eu preciso, eu vou a segunda-feira, às segundas ali, né, pegar minha receita” (T1).

“E as primeiras vezes que eu fui no ambulatório, é... que eu cheguei lá já querendo, já certa do que eu queria. “Eu quero esse medicamento, eu quero, é... pra isso, pra aquilo e... e pra resolver meu problema, né”, e o [Médico] me atendeu super bem. Na época eu lembro que eu cheguei lá já pedindo pra ele o... inibidor de T, e ele me deu. Não teve muita resistência” (T4)

Já em outros casos, estas demandas específicas não eram muito bem recebidas segundo comenta:

“Sendo que só eu conheço o meu corpo. Aí eu chegava e falava assim e eles falavam “Não, não é bem assim”. Sabe? Tipo, querendo... decidir os rumos o... o que eu tinha que tomar e o que eu não tinha que tomar, aí eu falava “Esse medicamento eu não tomo porque eu não... meu corpo não reage bem a ele”. [...] Né... e daí era... é sempre um processo de tu ter que explicar pro médico é... que tu já tem um certo conhecimento do teu corpo e que tu sabe o... no que o teu corpo vai se adaptar. [...] E os médicos não entendem isso, né” (T4).

Duas das pessoas acompanhadas/entrevistadas (T1 e T5) relataram que foram no Ambulatório Trans com certo receio, devido a experiências anteriores de discriminação e maus tratos em outros espaços institucionais de cuidado à saúde. A pessoa T5 também comentou não se sentir muito confortável nestes espaços e relata, na primeira consulta no ambulatório trans, “fazer um drama”, trazendo uma outra narrativa alheia ao seu sentir por temor de que a pessoa que o/a atendia (médica/o) não fosse lhe dar a receita “vai que não me dá o que eu preciso”.

Todas as pessoas acompanhadas/entrevistadas comentam se sentirem, de forma geral, bem acolhidas no Ambulatório Trans, mas algumas (T1, T2, T4 e T6) comentam se sentirem, em alguns casos, habitar o papel de educadoras das pessoas profissionais que lhes atendiam.

“O atendimento é bom, mas a gente que acaba ensinando os médicos lá, né, sobre hormonioterapia, porque no meu caso eles copiaram as receitas que eu já tinha. [...] então o tratamento é ótimo em... em relação, assim, à acolhimento, né. Mas em questão de entender mesmo sobre a... o... a droga, o hormônio na nossa genética, o que aquilo vai fazer com o decorrer do tempo, o que não vai fazer, é... eu acho que eles não tem o entendimento suficiente. Eles têm o entendimento sim, mas da droga reagindo num corpo cis. (T1).

Em alguns casos, este devir-educadore acontecia em relação à da linguagem e a certas identidades que não estavam tão presentes no imaginário das pessoas profissionais do ambulatório, como no caso das pessoas não binárias. Uma delas (T6) comentou que teve de

ensinar a linguagem não binária para quem lhe atendia, que constantemente lhe tratava no feminino. Esta mesma pessoa também comenta que em outras oportunidades que compareceu no ambulatório trans não lhe perguntavam os seus pronomes e automaticamente lhe tratavam no masculino.

Embora para algumas pessoas esse devir-educador não lhes incomodava, para outras era algo que se tornava cansativo, pelo fato da rotatividade que havia no Ambulatório Trans e que nem sempre eram atendidas pela mesma pessoa profissional, ocupando esse lugar de educadora com certa frequência.

Estes cenários de alguma forma desterritorializaram o ambulatório. Isto se observou ainda mais intensamente nas consultas com a pessoa não binária (T6) e da pessoa T7. No caso da pessoa não binária acompanhada/entrevistada, o fato desta não se identificar com as possibilidades binárias e querer fazer uso da testosterona, fez com que fosse questionada constantemente da certeza do uso de tal hormônio.

No caso da pessoa T7, esta estava tendo já há algum tempo uma “fuga” (palavra usada por T7 para se referir ao sangramento menstrual não esperado), motivo pelo qual e já tinha consultado no Ambulatório Trans, que solicitou alguns exames e alterou o intervalo entre doses de testosterona, mesmo assim a situação continuava igual. Desta forma, T7 pediu para a primeira pessoa autora deste artigo e para mais uma outra pessoa trans ir junto com ele na consulta-controle para “dar uma força”, pois T7 queria mudar a sua testosterona. Uma das questões que foi discutida foi o fato desta testosterona que T7 solicitou estava de certa forma fora do protocolo por ser pouco usada devido ao custo, principalmente, argumento que foi dado pelas pessoas profissionais do ambulatório naquele dia, e que também, em outro momento, foi usado para o uso da testosterona em T6, pouca experiência com pessoas não binárias.

Esta força se tratava de potencializar a legitimidade de T7 de mudança da testosterona frente às pessoas profissionais do ambulatório, que, por sair do protocolo, tiveram resistência na ideia de mudança. Nesse diálogo que foi construído houve duas narrativas que chamaram nossa atenção. Uma primeira era a resistência da pessoa profissional (medicina) em sair do protocolo, preferindo seguir este pelo fato que se sentia de certa forma protegida e respaldada, e uma segunda narrativa em que a pessoa profissional (medicina) compartilha que o caso de T7 tinha sido estudado e conversado pela equipe e nisso T7 responde que achava muito bom isso, mas que ele também queria que fosse envolvido nessa discussão, ser levada em consideração a

sua voz, a sua percepção e opinião sobre seu corpo. Finalmente (mais de 30 minutos de conversa), a receita da nova testosterona foi dada com várias ressalvas e com um compromisso mútuo.

É importante ressaltar que esta negociação foi possível também pelo fato de que todas as partes envolvidas estiveram, de uma ou outra forma, dispostas ao diálogo, com algumas resistências, mas também com aberturas. Isso tornou possível o desenvolvimento dos argumentos trazidos e também do desfecho.

Por outro lado, ao conversar com a pessoa T4 sobre as suas experiências com o Ambulatório Trans, esta comenta que não foram as melhores e que por vezes prefere continuar seus cuidados em saúde na UBS “*de sempre*”, em vez do ambulatório. Isto porque algumas das pessoas profissionais que lhe atenderam mostraram uma certa resistência à forma como ela faz à sua hormonização, sendo que ela prefere não usar certos medicamentos por não se sentir bem com os efeitos. O percurso pelo Ambulatório Trans da pessoa T4, pelo que foi relatado, é com o intuito de obter a receita para não ter que pagar por conta própria um certo medicamento que ela usa. Porém isso não significa para T4 se submeter a um tipo de protocolo terapêutico que não lhe satisfaz:

“E o tratamento certinho é começar tomando estrógeno e depois introduzir na, na dieta o inibidor. Aí eu falei “Tá bom, querida, então eu vou continuar comprando o inibidor por conta própria, muito obrigada”. E saí da consulta, porque ela não foi sensível pra entender que eu tava naquele momento precisando do inibidor porque eu não tava mais em condições de pagar na farmácia. E daí eu sei que eu saí da consulta, e o [Étory] ficou pra ser atendido. Mas eu não tenho essa paciência de lidar com pessoas que decidem sobre o meu corpo”. (T4)

Neste ponto é importante pensarmos nas formas como a saúde e as pessoas que fazem parte destas áreas se relacionam com os corpos e a maneira como alguns imperativos são impostos nos corpos segundo a identidade-pessoa que transita nestes espaços para um cuidado à saúde. As vezes sem uma escuta recíproca e um diálogo, acentuando ainda mais a relação vertical entre pessoa usuária e profissional.

Por outro lado, a pessoa T5, em uma das entrevistas, trouxe um cenário que lhe incomodou muito, relatando como uma experiência de desconforto no ambulatório, como segue abaixo:

“Os outros caras que me atenderam foram muito humanos, assim, no sentido de .. sei lá, lidar com sujeito assim, sabe, tipo não ter medo de fazer as perguntas, sei lá, e, mas esse outro cara parecia que ele tinha uma lista de perguntas assim e ele ia falando a lista de perguntas, aí eu respondia essa pergunta e ele falava ‘mm’, depois aí ele dizia ‘é mesmo’, fazia uma voz muito falsa, assim, sabe, e fazia uma outra pergunta e eu, aí depois da terceira pergunta eu comecei a dar umas respostas médio raças, porque se não estava prestando atenção eu não vou desenvolver, sabe, aí sei lá, lembro que sai de lá bem chateado”(T5).

Finalmente, nos discursos de algumas das pessoas profissionais se percebe uma associação da relação entre sexo-hormônio como imutável, colocando o sexo como algo fixo e natural e os hormônios como a sua correspondência: *“porque você é do sexo masculino e quer ser mulher, então por isso que usamos os hormônios femininos”*. Fazem uma leitura do sexo-hormônio como algo dado e não questionável, partindo também da própria patologização das identidades trans e das intersexualidades e do poder do hormônio como pertencente a certos corpos e, ao mesmo tempo, como construtor de identidades-corpos fixos (PRECIADO, 2008).

Discussão e reflexões

Quanto ao imaginário da ‘não existência de pessoas transexuais, travestis, trans e não binários’ em certos espaços, deve-se à invisibilidade numérica do mapeamento geopolítico destas pessoas. O IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) não tem incorporado outras identidades de gênero que não sejam as cisgêneras no questionário do censo populacional. Em 2017, a Rede Nacional de Pessoas Trans do Brasil (Red Trans), considerando essa invisibilidade, lançou o Censo Trans (REDETRANS, 2018) e em 2018, a Associação Nacional de Travestis e Transexuais (ANTRA) enviou para o IBGE a recomendação da inclusão das temáticas relacionadas às pessoas trans no censo de 2020 (ANTRA, 2018).

Esses argumentos sobre a não existência de pessoa trans dialogam com o fato de algumas pessoas da área da saúde dizerem que no território da UBS onde trabalham não se atende pessoas trans, argumento este que também foi, e ainda é usado, no caso de pessoas que se identificam como lésbicas, gays, bissexuais e pansexuais. Há um entranhado de invisibilidades que de fato limitam e criam barreiras de acesso ao cuidado à saúde por parte destas pessoas. Na pesquisa de abordagem qualitativa feita por Sávio Marcelino Gomes *et al.*, (2018) em Cuité, sede da 4ª Região de Saúde da Paraíba, com profissionais que ocupavam

cargos de direção ou de coordenação de serviços alocados à Secretaria de Saúde do município, foi observado uma falta de compreensão sobre a existência das pessoas trans, assim como uma falta de responsabilidade pela inclusão e efetivação da política de saúde integral LGBT dentro dos serviços, trasladando a responsabilidade para outros setores da saúde, entre outras.

Igualmente, é necessário refletir que essas invisibilidades e esse “não ter pessoas trans no meu território”, pode ilustrar as diferentes formas de discriminação que estas pessoas vivenciam e têm vivenciado nos espaços de cuidado à saúde. Na pesquisa de Ana Maria Mujica Rodriguez (2014) algumas das pessoas entrevistadas relataram diferentes cenários de discriminação-violência, assim como nas pesquisas de Elder Cequeira-Santos *et al.*, (2010), de Simone Ávila (2014), de Murilo S. Moscheta, Laura V. Souza, e Manoel A. Santos (2016) e mais recentemente Simone Monteiro e Mauro Brigeiro (2019). Por outro lado, nem sempre as pessoas trans chegam nos espaços de saúde e se apresentam como tal, por diferentes motivos, entre os quais, para evitar discriminações, maus tratos, constrangimentos, etc. Algumas outras pessoas trans que passam batias²² (tem passabilidade), e percebem que o ambiente não é acolhedor, não dirão que são pessoas trans, não irão ‘sair do armário’, este como um “*ato discursivo do silêncio*”. Aqui fiz uso da análise que faz a poeta e crítica literária Eve Kosofsky Sedgwick (1998) sobre a epistemologia do armário, mesmo que ela esteja se referindo especificamente às pessoas homossexuais (lésbicas e gays), fazemos a analogia para com as pessoas trans. Este silêncio é até uma estratégia de proteção diante de um território que parece hostil para com a diferença. Estas se podem configurar como linhas de fuga que as pessoas trans traçam e agenciam para cuidar da sua saúde e ao mesmo tempo limitar violências e cenários constrangedores. Como também é o caso da passabilidade como estratégia de ‘esquiva’ ante a violência que ocorre no espaço público da rua (SILVA, 2013).

Esse acolher também se relaciona com a linguagem que é usada para a realização da anamnese e na interação entre a pessoa usuária do serviço e a pessoa profissional que está atendendo essa demanda, uma linguagem que está permeada de uma hetero-cis-normatividade, que assume, de acordo com uns códigos de expressão-corporalidade e imaginários sociais, que a pessoa é heterossexual, cisgênera, monogâmica e deseja ter filhas, entre outros (WITTIG;

²² Do *bajubá*, linguagem utilizada pela comunidade LGBT, quer dizer que a pessoa trans tem uma leitura social como pessoa cis, ou seja, não é reconhecida como uma pessoa trans. Para se aprofundar nesta discussão pode ser lida LANZ, Leticia. O corpo da roupa: a pessoa transgênera entre a transgressão e a conformidade com as normas de gênero. Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Setor de Ciências Humanas da Universidade Federal do Paraná/ Leticia Lanz – Curitiba, 2014. Especialmente entre as páginas 128 – 138.

1992; BARBOSA; FACCHINI, 2009). Esta parece ser uma narrativa que não permite uma abertura para quem sai dessa norma.

Algumas das pessoas trans fazem uso dessa narrativa, ou seja, utilizam desses discursos de gênero-expressão-comportamentos normativos para ter uma certa legitimidade nesse cenário e conseguir cuidar da sua saúde, com o intuito de conseguir acessar à hormonização, às cirurgias, etc, como T5 trouxe no seu relato sobre a primeira consulta no Ambulatório Trans. De forma geral, o gênero e a sexualidade dos corpos-identidades são constantemente vigiados, controlados e punidos se não seguirem uma linearidade esperada e quando estes são dissidentes esse controle-punição se exacerba e ainda no caso das pessoas trans, isso se entrelaça com a sua patologização e tutela por parte da biomedicina e do saber psi (FOUCAULT, 1978; WARNER, 1999; BUTLER, 2006; 2007).

De outra parte, em alguns dos acompanhamentos foi comentado que o protocolo usado para os atendimentos das pessoas trans no Ambulatório Trans havia sido inspirado no protocolo elaborado pela Associação Profissional Mundial para a Saúde dos Transgêneros (World Professional Association for Transgender Health, Inc. – WPATH), que anteriormente se chamava Associação Internacional Henri Benjamin de Disforia de Gênero (Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association – HBGDA). Harry Benjamin (1885-1986) foi um médico endocrinologista, que em 1966, na sua obra *El fenómeno transexual* (1966), define as bases para o diagnóstico de “verdadeiro transexual”, parâmetros que são usados pelas equipes médicas para avaliar as pessoas que chegam nas instituições de saúde solicitando as cirurgias, principalmente a de transgenitalização. O que Harry Benjamin não previu foi a existência de homens trans, pessoas não binárias, de mulheres trans e travestis fora do padrão do seu paradigma. Um paradigma que é construído através de uma observação heteronormativa, biologizante e fixa. No entanto, o trabalho desenvolvido por ele tem a sua importância, mas também seu recorte temporal. Trago à tona o histórico dessa associação também para pensarmos as forças que perpassam esses protocolos, a sua linguagem e impactos que ainda hoje tem, se escutando em alguns espaços da saúde, do direito, acadêmicos e do ativismo o discurso da/o verdadeiro transexual (BORBA, 2016).

Continuando com a discussão sobre o(s) protocolo(s) usados, o uso destes tem a sua importância dentro da área da saúde como organizador e condensador de informações referente a uma temática e/ou processos de cuidado à saúde. Os protocolos são um caminho pactuado de uma forma como a atenção à saúde pode ser feita, mas estes precisam ser flexíveis e permeáveis.

O próprio protocolo da WPATH reconhece que os padrões de cuidado que estes elaboraram são diretrizes clínicas flexíveis (2012). Nos cenários trazidos neste artigo, estes limites foram evidenciados, assim como o poder que tem esse consenso protocolar, no sentido de dar a sensação de proteção para quem o está exercendo e, por outro lado, marcam as (im)possibilidades de acolher as necessidades e desejos das pessoas que procuram o cuidado à saúde e as práticas das pessoas que estão acompanhando esse cuidado.

Do mesmo modo, nos cenários trazidos foi possível observar o olhar dicotômico das identidades trans, parecendo não existir a possibilidades de identidades fora da binaridade mulher trans, homem trans, sendo que estas identidades são diversas dentro delas mesmas, no sentido que não existe um ideal de mulher trans ou de homem trans e que existem diferentes formas estéticas e corporais de ser e estar dessas identidades, assim como que existem outras formas de se identificar, como as pessoas não binárias. A lógica dicotômica-polarizadora e hierárquica não permite enxergar o que está *entre* um movimento central para o pensamento colonial-capitalista (LUGONES, 2014).

As *forças instituintes* (DELEUZE; GUATTARI, 2011; MARTINES; MACHADO; COLVERO, 2013), que perpassam a relação entre a pessoa usuária e pessoa profissional da saúde nestes cenários são diversas e constantemente estão sendo re-negociadas através das formas como a pessoa usuária se posiciona frente a uma demanda da pessoa profissional e vice-versa. Por vezes, a pessoa usuária transita no território de devir-paciente, e com este, nós estamos referindo a ideia de a pessoa profissional da saúde ter um conhecimento absoluto e unânime do que a outra pessoa precisa e desta ter uma postura não-questionadora, dessa ação unilateral. Por vezes, a pessoa usuária descola a máscara de paciente e contempla outras possibilidades de relação dentro desses territórios, realizando um confronto à unilateralidade e querendo se re-apropriar dos saberes e de expressar os seus, relacionados com o seu corpo e experiências. O desafio está em ambas as partes se deslocarem dos seus lugares constituídos, da pessoa profissional da saúde (medicina) detentora da verdade versus pessoa usuária como paciente submetido.

Embora o Ambulatório seja um espaço que está ganhando maior visibilidade entre a rede de pessoas trans e das pessoas aliadas às lutas destas pessoas, é necessário refletir sobre os corpos-identidades que transitam esse espaço e aqueles que ficam nas fronteiras. O acesso aos serviços de saúde é multidimensional. Andersen (TRAVASSOS; MARTINS, 2004) conceitua o ‘acesso potencial’ e o ‘acesso realizado’ (uso), e dinamiza este último com a ideia de ‘acesso

efetivo’ e ‘acesso eficiente’. O acesso potencial do uso dos serviços de saúde estaria relacionado com a presença de fatores capacitantes no âmbito individual-comunitário. Os fatores capacitantes envolvem recursos, tais como renda e seguritária pública ou privada e outros vinculados à oferta de serviços como: disponibilidade de profissionais, exames, tempo de espera pelo serviço, etc (ANDERSEN, 1995). O acesso realizado representa a utilização de fato dos serviços de saúde e é influenciado por outros fatores, como demográficos, estrutura social (raça/etnia, idade, gênero, classe, etc), crenças em saúde, etc. E este acesso realizado pode ser efetivo e/ou eficiente.

Desta forma, acessar os serviços de saúde se entrecruza, mas se distingue de fazer de fato uso efetivo destes. Entre as dimensões que são discutidas estão os fatores geográficos, estruturais, individuais, fatores internos aos serviços de saúde, etc. Desta forma, é importante ressaltar que nem toda pessoa trans tem a disponibilidade de tempo para fazer uso dos serviços, nem disponibilidade econômica para se deslocar da sua região para uma outra, ou inclusive de algum dos locais da grande Florianópolis para vir até a ilha, o que também traz à toa discutirmos sobre o acesso e uso da atenção básica em saúde como porta de entrada ao cuidado à saúde das pessoas trans. O atendimento especializado é importante, mas também é necessário o uso da rede em saúde para acolher às pessoas trans do território da UBS pertencente.

Porém, para tanto, são necessárias também mudanças e transformações no âmbito da educação em saúde. Que silêncios fluem através das práticas educativas em saúde? Que ordens sociais, econômicas, culturais, sexuais, etc., constroem esses silêncios? Qual é a linguagem e práticas que estão sendo usadas como produção de realidade? São algumas das perguntas que suscitaram esta pesquisa e também a própria subjetividade das pessoas autoras deste artigo, todas da área da saúde. A educação em saúde hegemônica é hetero-cis-centrada, não só pela falta de discussão sobre questões trans, mas sobre questões LGBTI+ de forma geral. Existe uma política do des-conhecimento. A ignorância não como algo ‘natural’, mas como um efeito das forças de instituem os currículos, os livros, as discussões que perpassam esses espaços educativos (SEDGWICK, 1998; LOURO, 2016). A ideia dos corpos, estéticas e identidades hetero-cis como o *estado natural* se projetando como um logro ideal-moral. A medicina é uma instituição de caráter sexuada e subjetiva, cujos conteúdos respondem a uma certa ordem político-econômica social e sexual. E falamos da medicina, não porque nas outras profissões da saúde este paradigma não exista, mas porque esta, hierarquicamente falando, é quem detém o poder, inclusive curricular, das outras áreas, mesmo que oculto.

Igualmente, também devemos estender a crítica para a ciência na saúde, as formas como são feitas as pesquisas, como são escritos os artigos e as formas como as pessoas trans são trazidas nestes, sendo que esta também é produtora-reprodutora de normalidades e de uma heterossexualidade compulsória (RICH, 1980) e de uma cisgeneridade compulsória (cisnormatividade) (BAGAGLI, 2017). Sendo que rara vez se problematiza a existência da identidade cisgênera, mas constantemente se faz isso com as identidades trans, querendo achar uma causa-efeito para estas (VERGUEIRO, 2015).

Consider-ações finais-contínuas

O intuito ao longo do presente artigo não é dar um juízo de valor às ações de nenhuma das pessoas dos cenários trazidos. Pelo contrário, é como pesquisadore, compartilhar os diálogos construídos, as pontes possíveis entre saberes e entre vínculos e os interstícios dessas relações. Assim, como profissionais da saúde e como usuáries em potência, procuramos o diálogo e a autocrítica das relações de poder e de cuidado que são construídas e que compõem estes cenários.

Reivindicamos outras formas de re-existência, de ser-estar-sendo neste cis-mundo, assim como uma ampliação das fronteiras das políticas em saúde, as quais se constituem a partir de um corpo determinado e por um sexo-gênero assignado ao nascer imutável que não contempla os diversos corpos-identidades trans. Gostaríamos também de lembrar que as pessoas trans apresentam diversas orientações sexuais e podem ser heterossexuais, lésbicas, homossexuais, bissexuais, pansexuais, assexuais, etc. e que estas relações-vínculos podem ser monogâmicos ou não-monogâmicos.

Cabe ressaltar que as experiências e reflexões que foram compartilhadas aqui são um convite para pensar/pesarmos nos caminhos (im)possíveis para profanar as verdades hegemônicas que perpassam a educação em saúde, desde nossa potência micropolítica, da política do cotidiano e da macro. Alguns caminhos que podem ser pensados estariam pautados em uma educação queer-kuir-cuir transviada²³, e em construção de uma política da diferença, que permita que as pessoas trans re-abitemos os espaços desejados com dignidade e respeito.

Finalmente, é importante pensarmos a saúde para além do institucional-institucionalizado, para além do seu uso e acesso. O cuidado à saúde é transversal e está

²³ Me aproprio aqui da palavra “transviada” usada por Berenice Bento para designar estudos/ativismos transviados, e que se aproxima do significado do termo “queer”, tornando-o inteligível no contexto brasileiro.

compondo cada cenário dos nossos percursos, dos lugares que habitamos e que não conseguimos habitar. As pessoas trans re-criam redes de afeto, de (auto)cuidado como linhas de fuga de resistência e trans-gressão ao(s) cis-tema(s) (incluindo o de saúde).

Referencias – Inspirações

ANDERSEN, Ronald M. Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does it Matter? **Journal of Health and Social Behavior**. v. 36, n. 1, p. 1-10, 1995.

ANTRA. Associação Nacional de Travestis e Transexuais. ANTRA oficializa DPU e esta envia recomendação ao IBGE sobre a população trans no censo 2020. 2018. Disponível em: <https://antrabrasil.org/2018/05/16/antra-oficializa-dpu-e-esta-envia-recomendacao-ao-ibge-sobre-a-populacao-trans-no-censo-2020/>. Acesso em: 12. Dez. 2018.

ARGENTINA. El Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina. Ley 26.743. Identidad de Género. Buenos Aires, Argentina: Presidencia de la República. 2012. Disponível em: <http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/tocoginecologia/files/2014/01/Ley-26.743-IDENTIDAD-DE-GENERO.pdf>.

ÁVILA, Simone Nunes. **FTM, transhomem, homem trans, trans, homem: A emergência de transmasculinidades no Brasil contemporâneo**. 2014. Tese (Doutorado Interdisciplinar em Ciências Humanas) - Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 2014.

BAGAGLI, Beatriz Pagliarini. Orientação sexual na identidade de gênero a partir da crítica da heterossexualidade e cisgeneridade como normas. **Letras escreve**. Amapá, v. 7, n. 1, p. 137-164, 2017.

BARBOSA, Regina Maria; FACCHINI, Regina. Acesso a cuidados relativos à saúde sexual entre mulheres que fazem sexo com mulheres em São Paulo, Brasil Access to sexual health care for women who have sex with women in São Paulo, Brazil. **Cadernos de saúde pública**. Rio de Janeiro, v. 25, n. Sup 2, p. S291–S300, 2009.

BENJAMIN, Harry. **The Transsexual Phenomenon**. New York: Julian Press, 1966.

BENTO, Berenice M. Queer o quê? Ativismo e estudos transviados. **Cult**, São Paulo, p. 43-46, 2014.

BORBA, Rodrigo. Receita para se tornar um "transsexual verdadeiro": discurso, interação e (des)identificação no processo transexualizador. **Trab. linguist. apl.**, Campinas, v. 55, n. 1, p. 33-75, 2016.

BRASIL, Ministério de Saúde. Portaria N° 1.820, de 13 de agosto de 2009. Brasília: Ministério de Saúde. 2009.

BRASIL, Ministério de Saúde. Portaria N° 2.803, de 19 de novembro de 2013. Brasília: Ministério de Saúde. 2013.

BRASIL. Política nacional de saúde integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Brasília: Ministério de Saúde. 2008a

BRASIL. Portaria no 1.707, de 18.08.2008. Diário Oficial da União. Brasília: Ministério da Saúde. Brasília. 2008b.

BUTLER, Judith. **Deshacer el género**. Barcelona: Paidós, 2006.

BUTLER, Judith. **El género en disputa. El feminismo y la subversión de la indetidad**. España: Paidos Iberica, 2007.

CERQUEIRA-SANTOS, Elder; CALVETTI, Prislá U; ROCHA, Kátia B.; MOURA, Andreína; BARBOSA, Lúcia H.; HERMEL, Júlia. Percepção de Usuários Gays, Lésbicas, Bissexuais e Transgêneros, Transexuais e Travestis do Sistema Único de Saúde. **Revista Interamericana de Psicologia**. v. 44, n. 2, p. 235, 2010.

DELEUZE, Gilles e GUATTARI, Félix. **Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora 34, 2011.

FOUCAULT, Michel. **The History of Sexuality**. New York: Pantheon Books, 1978.

GOMES, Sávio Marcelino *et al.* O SUS fora do armário: concepções de gestores municipais de saúde sobre a população LGBT. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 27, n. 4, p. 1120-1133, 2018.

GUATTARI, Feliz; ROLNIK, Suely. **Micropolítica: cartografias do desejo**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2010.

HESS, Remi. **Momento do diário e diário dos momentos**. *In*: HESS, Remi, organizador. *Tempos, narrativas e ficções: a invenção de si*. Porto Alegre: EDIPURS; 2006. p. 89-104.

IMPO. Normativa y avisos legales del Uruguay. Ley N° 19684. Aprobación de la ley integral para personas trans. 2018. Disponível em: <http://www.impo.com.uy/bases/leyes/19684-2018>. Acesso em: 10. Jan. 2019.

LANZ, Letícia. **O corpo da roupa: a pessoa transgênera entre a transgressão e a conformidade com as normas de gênero**. Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Setor de Ciências Humanas da Universidade Federal do Paraná/ Letícia Lanz – Curitiba, 2014.

LOURO, Guacira Lopes. **Teoria queer-uma política pós-identitária para a educação**. [S.l.]: SciELO Brasil, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ref/v9n2/8639>>. Acesso em: 10. jun. 2016.

LUGONES, María. Rumo a um feminismo descolonial. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 22, n. 3, p. 935-952, 2014.

MARTINES, Wânia Regina Veiga; MACHADO, Ana Lúcia; COLVERO, Luciana de Almeida. A cartografia como inovação metodológica na pesquisa em saúde. **Tempus. Atas de Saúde Coletiva**. Brasília, v. 7, n. 2, p. 203 – 211, 2013.

MONTEIRO, Simone; BRIGEIRO, Mauro. Experiências de acesso de mulheres trans/travestis aos serviços de saúde: avanços, limites e tensões. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 4, e00111318, 2019.

MOSCHETA, Murilo S; SOUZA, Laura V; SANTOS, Manoel A. Health care provision in Brazil: A dialogue between health professionals and lesbian, gay, bisexual and transgender service users. **Journal of Health Psychology. California**, v. 21, n. 3, p. 369-378, 2016.

PRECIADO, Paul B. **Testo Yonqui**. Madrid: Espasa, 2008.

REDETRANS. Censo trans – Rede Nacional de pessoas trans do Brasil. 2018. Disponível em: <http://redetransbrasil.org.br/2018/05/27/censo-trans-rede-nacional-de-pessoas-trans-do-brasil/>. Acesso em: 12. Dez. 2018.

RICH, Adrienne. La heterosexualidad obligatoria y la existencia lesbiana. **Signs: Journal of Women in Culture and Society**. Boston, n. 5, n. 4, 1980.

RODRIGUEZ, Ana María Mújica. **Experiências de atenção à saúde e percepções das pessoas transgênero, transexuais e travestis sobre os serviços públicos de saúde em Florianópolis/SC., 2014.** 2014. Dissertação (Mestrado Saúde Coletiva) - Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 2014.

ROLNIK, Suely. **Cartografia Sentimental: transformações contemporâneas do desejo.** 2a edição. Porto Alegre: Sulina; Editora UFGRS, 2016.

SEDGWICK, Eve Kosofsky. **Epistemología del armario.** Barcelona: Ediciones de la Tempestad, 1998.

SEDGWICK, Eve Kosofsky. **Epistemología del armario.** Barcelona: Ediciones de la Tempestad, 1998.

SILVA, Joseli Maria. **Espaço interdito e a experiência urbana travesti.** In: **Geografias malditas: corpos, sexualidades e espaços.** SILVA, Joseli Maria; ORNAT, Marcio Jose; JUNIOR, Alides Baptista Chimin (Org.). Ponta Grossa: Toda Palavra, 2013, p.143-182.

TRAVASSOS, Claudia; MARTINS, Mônica. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 2, p. S190-S198, 2004.

URUGUAY. El senado y la cámara de representantes de la república oriental del Uruguay, reunidos en asamblea general. Ley no 18.620. Ley no 18.620. Derecho a la identidad de género y al cambio de nombre y sexo en documentos identificatorios. 2009.

VERGUEIRO, Viviane Vergueiro. **Por inflexões decoloniais de corpos e identidades de gênero inconformes: uma análise autoetnográfica da cisgeneridade como normatividade.** 2015. Dissertação (Mestrado em Cultura e Sociedade) - Programa Multidisciplinar de Pós-Graduação em Cultura e Sociedade, Instituto de Humanidades, Artes e Ciências Professor Milton Santos, da Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2015.

VITORELLI DINIZ LIMA FAGUNDES, Karolina *et al.* Hablando de la Observación Participante en la investigación cualitativa en el proceso salud-enfermedad. **Index Enferm**, Granada, v. 23, n. 1-2, p. 75-79, 2014.

WARNER, Michael. **The Trouble with Normal: Sex, Politics, and the Ethics of Queer Life.** Estados Unidos: Harvard University Press, 1999.

WITTIG, Monique. **El pensamiento heterosexual y otros ensayos.** Madrid: Egales, [1992] 2006.

WPATH. World Professional Association for Transgender Health, Inc. Normas de atenção à saúde das pessoas trans e com variabilidade de gênero. ed. 7. World Professional Association for Transgender Health, 2012.

Tabela 1: Centros/ambulatórios credenciados pelo Ministério de Saúde para ofertar o Processo Transsexualizador

Região	Credenciados pelo Ministério de Saúde	Serviço Ambulatorial	Serviço Cirúrgico
	Hospital das Clínicas de Uberlândia (MG)	Sim	Não
	Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia do Rio de Janeiro	Sim	Não
	Hospital Universitário Pedro Ernesto, da Universidade Estadual do Rio de Janeiro	Sim	Sim
Sudeste	Centro de Referência e Treinamento DST/AIDS de São Paulo	Sim	Não
	Hospital Universitário Cassiano Antonio de Moraes, da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Vitória (ES).	Sim	Sim
	Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina da USP (SP)	Sim	Sim
	Hospital Eduardo de Menezes de Minas Gerais (Ambulatório Trans Anyky Lima) (MG)	Sim	Não
Sul	Centro Regional de Especialidades (CRE) Metropolitano, de Curitiba	Sim	Não
	Hospital de Clínicas de Porto Alegre (RS), da Universidade Federal do Rio Grande do Sul	Sim	Sim
Centro-oeste	Hospital das Clínicas de Goiânia, da Universidade Federal de Goiás – Goiânia. (GO)	Sim	Sim
	Hospital das Clínicas, da Universidade Federal de Pernambuco - Recife (PE)	Sim	Sim
Nordeste	Ambulatório de Saúde Integral para Travestis e Transexuais (TT), anexo do Complexo Hospitalar Clementino Fraga.	Sim	Não

Tabela 2: Características sócio-demográficas das pessoas acompanhadas-entrevistadas que transitaram pelo Ambulatório Trans de Florianópolis-SC, Brasil.

	Acompanhamento ao Ambulatório	Fizeram/ fazem uso do Ambulatório	Identidade	Profissão/ Escolaridade	Idade no momento do encontro/ entrevista
T1		x	Homem trans	Independente	27 anos
T2	x		Travesti	Independente	47 anos
T3		x	Mulher transexual	Professora ensino básico	30 anos
T4		x	Travesti	Estudante pós-graduação	22 anos
T5	x	x	Homem trans	Estudante graduação	17 anos
T6	x	x	Não binária	Mestre	24 anos
T7	x	x	Homem trans	Professor universitário	28 anos
T8	x	x	Homem trans	Estudante ensino médio	19 anos

8.3 TERRITÓRIOS CONSTRUÍDOS PELAS PESSOAS TRANS PARA (AUTO)CUIDAR DA SUA SAÚDE – HORMONIZAÇÃO

Introdução

As pessoas trans seriam aquelas pessoas que não se identificam com o sexo/gênero e/ou expressão de gênero que lhes foi assignado ao nascer de acordo com a sua genitália, entre estas estariam as travestis, as mulheres transexuais, os homens trans e as pessoas não binárias.

Dentro do campo das políticas públicas em saúde para as pessoas trans, ainda vigente temos a Portaria N°2.803, de 19 de novembro de 2013 do Processo transexualizador, sua última atualização, na qual foram incluídos alguns procedimentos para os homens trans, que não foram considerados na Portaria N°1.707 de 18 de agosto de 2008 (2008a). Mesmo sendo passível de críticas, esta portaria foi e continua sendo de grande importância como negociação e ponte entre o movimento social e o Estado e as instituições governamentais, assim como um avanço no que seria a inclusão de certas especificidades no cuidado à saúde das pessoas trans.

A garantia destas inclusões e cuidados à saúde dialogam com a Política de Humanização do SUS e com a Política Nacional de Atenção à Saúde LGBT+ (2008b), e também, como com o fato de, no limite do im-possível, das ferramentas e espaços para uma auto-determinação das pessoas trans para com os seus corpos e desejos-corpo-identitários.

No presente artigo discorreremos sobre o uso ou não da hormonização por parte das pessoas trans que fizeram parte da pesquisa, assim como dos seus desejos com relação ao corpo e suas diferentes modificações. Nosso intento é traçar os caminhos construídos para seu acesso, assim como as estratégias de fuga perante um sistema que as vezes as patologiza e/ou as infantiliza, considerando-as pessoas que precisariam de tutela.

É importante assinalar que, mesmo que este artigo se centre em trazer a discussão da hormonização e modificações corporais dentro do cuidado à saúde das pessoas trans, este cuidado não deve se ver limitado para só essa parte do cuidado. Deve ser entendido que o acesso a essas biotecnologias é importante para a equidade em saúde e para que as pessoas trans tenham a opção do seu uso para construção de suas identidades-corpos e re-existências.

Percurso Metodológico

Trata-se de um recorte de pesquisa de doutorado em saúde coletiva das cartografias que as pessoas trans constroem, circulam e habitam para o cuidado à sua saúde. Para a construção

desse mapeamento e percurso e do que se chamaria de “coleta de dados”, foi usado o corpo vibrátil da cartografia, ou esse olhar diferenciado, fluido e aberto. Também foram usadas outras ferramentas da pesquisa qualitativa e da etnografia, como entrevistas semiestruturadas e observação participante, bem como o diário de campo.

Para o mapeamento e escrita analítica desses cenários psicossociais, usamos das *Forças instituintes* (DELEUZE; GUATTARI, 2011; MARTINES; MACHADO; COLVERO, 2013), neste caso, dessas inter-relações das pessoas trans com os serviços de saúde e com outros espaços de cuidado à saúde. Forças instituintes que nos permitiram pensar sobre quais são esses valores, interesses, expectativas, compromissos, desejos, crenças, entre outras, que estão perpassando a produção desse conhecimento, desses rizomas, no caso do presente artigo dessa busca ou não pela hormonização.

Para as discussões e análise do sentido através do corpo vibrátil foram usadas diferentes teorias e teóricas/teóricos, tentado não nos limitar e sim procurando a expansão do olhar, bem como uma escrita poético-poiético que permita e permite pontes entre saberes, experiências, discussões, afectos e contradições, e não absolutismos e/ou polaridades.

Foram entrevistadas/acompanhadas 12 pessoas trans. Alguns dos marcadores sócias destas se encontram resumidos na Tabela 1.

Resultados e discussão

A hormonização consiste no uso de agentes endócrinos exógenos para induzir mudanças, descritas dentro das categorias de masculinização e/ou feminilização do corpo. Estas noções de masculinização/feminilização estão atreladas a uma série de atributos e caracteres secundários que são pautados e reconhecidos socialmente.

Entre os anos 1950 e 1960, Harry Benjamin sistematizou o uso clínico de hormônios como terapia para o ‘transexualismo’, termo introduzido por ele em 1954 (BENJAMIN, 1966). Em 1941, as primeiras moléculas naturais de progesterona e estrógenos foram obtidas da urina de éguas prenhes e logo após os hormônios sintéticos foram comercializados. Em 1889, Charles Edouard Brown-Sequard, fisiólogo francês, preocupado com seu próprio envelhecimento começa a se injetar extratos de uma substância dos testículos de cães e porquinhos da índia (NIESCHLAG; NIESCHLAG, 2017). Em 1935, Ernst Laqueur e colaboradores (NIESCHLAG; NIESCHLAG, 2017) conseguem isolar a testosterona.

São usados a testosterona (usualmente usada pelos homens trans e pessoas não binárias) e os estrogênios (usualmente usados por travestis, mulheres transexuais, e pessoas não binárias), assim como os chamados “antiandrógenos”, que são substâncias que teriam o efeito de reduzir a testosterona endógena, como a sua atividade nos tecidos, e os agonistas do Hormônio liberador de gonadotrofina (GnRH) (ver tabela 2).

Seus preços são variáveis. Entre as testosteronas, as mais caras são as apresentações em gel e patch e o Undecanoato de testosterona. Este último, por exemplo, pode chegar a ter um custo de até 500 reais 1 ampola. Dos estrogênios, os preços variam segundo o medicamento ser genérico ou não e da casa farmacêutica que o elabora. Os preços variam entre 40 e 50 reais uma caixa de 28-30 comprimidos (os que são via oral). O mais econômico é o Perlutan, com um preço em média de 15 reais. Dos antiandrógenos o mais caro chega a ser o Androcur com um preço em média de 150 reais 20 comprimidos.

Cada 8 dias, cada 2 semanas, cada 3 meses

Onze das doze pessoas que co-protagonizaram a pesquisa fizeram uso da hormonização em algum ponto da sua transição. Chamou a atenção que em várias das narrativas compartilhadas, o início da transição está associado ao início do uso dos hormônios. O que nos faz refletir sobre o que chamamos de transição, onde fica a linha entre um antes e um depois, existe um antes e um depois? Existe uma linha de fato?

Parece que para algumas destas pessoas há um limiar entre hormonização e o posicionamento como trans, mas para outras parece mais um dev-ir, um continuum que foi tomando força e corpo com o movimento. Algumas das narrativas trazidas traçam caminhos de agenciamento dos desejos do ser-trans muito antes do início da hormonização, mudanças ou trans-form(a)ções nas formas de expressão de si e de auto-nomear-se frente as outras pessoas.

A hormonização é um co-adjudante para materializar de uma forma macro-corporal-visível, configurações e mudanças que acontecem no micro-endógeno-molecular. Seu uso faz sentir que de fato a transição está acontecendo, de torná-la mais palpável. Encorpando, corporificando e codificando as feminidades/masculinidades desejadas para si e que são reconhecidas pelas outras pessoas.

Sendo que o corpo é expressão da linguagem do inconsciente e de mediação entre a pessoa e os espaços que habita (MAFFESOLI, 1996), a corporalidade é uma das formas de

constituição da subjetividade, na consciência de si mesma, uma consciência como razão sensível (MAFFESOLI, 2001). Uma razão sensível do exercício consciente da experiência de si mesma, através da corporalidade (PEDRAZA, 2004).

“Eu fui pesquisar na internet o que...o que uma pessoa transexual deveria né, como que faz para...adquirir as formas femininas e todo, e eu não sei...de alguma forma sabia que era através de hormônios” (Pessoa 2).

“Então vou descobrir que, na época nem se falava em hormônio, mas anticoncepcional era algo que... faria o teu corpo modificar” (Pessoa 9).

A hormonização também se torna um desejo e necessidade para quem está se reconhecendo como trans e passando pela puberdade, pelo corpo que vai se codificando de formas não esperadas/desejadas por estas pessoas, como manifesta uma das entrevistadas logo depois de ter percebido que estava na puberdade.

“Pra mim foi... foi um choque porque, porque antes de eu entrar na puberdade eu era uma boneca”[...] E depois que eu entrei na puberdade, eu percebi que eu comecei a mudar, o pelo começou a crescer, o meu rosto ficou mais... uma coisa mais marcada. É... e daí eu percebi que não, que... meu, eu tava mudando, só que eu tava mudando pra uma pessoa que eu não queria ser” “E daí que eu comecei essa peregrinação, que eu queria tomar hormônio de todo jeito, porque eu vi na internet que hormônio dava corpo feminino”[...]E...mas eu já tinha uma estética feminina...”[...]Então eu só queria o hormônio pra me deixar mais feminina do que eu já era” (Pessoa 5)

As mudanças que a hormonização provoca podem e são sentidas e significadas de diferentes formas. Algumas das pessoas desejariam que as mudanças moleculares permeassem de uma forma a-tempo-do-desejo o corpo que as contém. Mas cada corpo é um corpo, tem as suas singularidades e as suas pluralidades, cada corpo contém multiplex micro-cosmos e nem sempre a produção de corpo acompanha a produção do esperado, mesmo sendo protocolado. Alguns dos homens trans, por exemplo, e pessoas que desejam barba usam de outros produtos para diminuir o tempo de espera e/ou para dar uma ajuda extra ao micro-cosmos-folicular, assim como as travestis e mulheres trans usam de umas outras bio-tecnologias para diminuir e/ou minimizar a expressão-corporal desse mesmo microcosmos (no caso, uso de depilação laser facial, torácica, abdominal, etc).

Compartilho a seguir algumas narrativas relacionadas às formas como as mudanças foram afetando algumas das pessoas entrevistadas/acompanhadas. A *pessoa-6* estava, momento da entrevista, há 4 meses usando testosterona a cada duas semanas. Esta pessoa comentou o aumento do pelo facial e corporal, pele mais oleosa, engrossamento da voz, assim como mudanças no tamanho do clitóris e na lubrificação vaginal e um aumento/mudança da libido. O aumento da libido foi um sucesso que chamou muito atenção da *pessoa-6* e o relaciona também ao fato de estar “*por fim*” realizando a hormonização, pois teve que esperar um tempo enquanto fazia alguns exames pré-testosterona: “*eu imagino que tenha relação também com a felicidade de estar tomando Testosterona, mas não é só isso*”. Na rua, esta mesma pessoa relata que percebe que os olhares também mudaram, que tem um tom de curiosidade.

Esse olhar de curiosidade e/ou de estranhamento é vivenciado pelas travestis, pessoas trans e/ou não-binárias, cujas expressões de masculinidade e/ou feminidade não condizem com os estereótipos hegemônicos (HALBERSTAM, 1998; PRECIADO, 2008; 2011; BUTLER, 2003; 2007) por estarem no início da transição, por se expressarem de uma forma mais andrógina, que seria uma expressão de gênero ambígua, entre outras. A questão desses olhares é que alguns deles se transformam em formas de controle-punição desses corpos-identidades (WARNER, 1999) e podem desencadear violências verbais e/ou físicas.

A *pessoa-6* não foi a única a se surpreender com o aumento da libido, tanto é que a *pessoa-12*, mesmo comentando que já se considerava uma pessoa com uma alta libido, antes mesmo de iniciar a hormonização, comenta a sua diferença. Mas como esta mesma pessoa expressa, esta mudança da libido tem sido relatada como um efeito de maior intensidade no início do uso de hormônios, mas que vai se acoplando com o tempo-uso da hormonização:

“Depois que eu comecei a tomar testosterona, no segundo, terceiro mês, eu comecei a perceber umas diferenças, falei assim "Nossa!", eu falei "Meu Deus, eu estou ficando maluco, tô ficando maluco", porque eu me lembro de... no meio do nada, tinha que dar um jeito. Entendeu? No trabalho, eu num sei. Meu Deus, aumentou muito a libido. Mas assim, foram só nos primeiros meses.” (Pessoa-12)

“Eu sofri muito com a libido cara’. ‘Quando eu iniciei a transição, meu deus, eu comecei a usar aplicativos...Hoje estou mais de boa, mas no início foi difícil lidar com a libido’.” (Pessoa-10)

Quando as pessoas trans me contavam sobre suas mudanças e as diversas formas que a hormonização lhes tinha e estava afetando, era possível perceber, pelo tom da voz, linguagem do próprio corpo, que a felicidade do devir-trans era contagiante.

“O que eu gosto é isso, tipo de me olhar no espelho e ver essa imagem de boy, é poder ter barba, eu sempre quis ter barba, sempre quis. Para mim barbar é...porra é a barba sabe...linda, dá para fazer um monte de penteado nessa porra”. (Pessoa-3)

Uma das pessoas entrevistadas ficou surpresa ao perceber com o tempo-uso da hormonização que estava se sentindo bem e sem nenhum problema de saúde aparente relacionado aos hormônios. Foi uma surpresa porque ela, um tempo antes de iniciar a hormonização, marcou uma consulta com uma endocrinologista para se informar e para lhe informar sobre a sua decisão de iniciar a hormonização, querendo esse acompanhamento. Mas pelo que ela compartilhou no nosso encontro, esta pessoa a ‘desencorajou’, como bem comenta na seguinte fala:

“E aí eu fui pesquisar para ver quem que era o médico responsável e tudo, porque eu queria fazer de uma forma que fosse certa. E aí quando eu fui na médica, a médica me desencorajou totalmente[...]. E aí eu peguei e realmente pensei que fosse em pouco arriscado...eu lembro que ela falou sobre os riscos assim, dos hormônios, e meio que me desencorajou na questão de saúde” (Pessoa 2).

Não temos como ter a conversa exata dessa profissional para com a pessoa entrevistada, mas as suas palavras, talvez a forma como ele expressou os seus conhecimentos relacionados com a hormonização, lhe afetaram de tal forma que a *pessoa 2* as materializa nesse “tirar a coragem para”. Para além de pensarmos sobre a dicotomia “fez bem x fez mal”, é interessante re-pensar sobre como profissionais de saúde se comunicam, a linguagem que usa, a forma como se estabelece a relação entre a pessoa que procura esse acompanhamento do cuidado e quem está/tem a autoridade institucional e social para fazê-lo.

Caberia aqui trazer a discussão sobre o poder simbólico e a linguagem, inspirando-nos em Bourdieu (1998; 2011). Por exemplo, quando nos encontramos numa sala médica, essa troca de signos e palavras, essa comunicação que se constrói carrega consigo as *forças instituintes* de certas disposições sociais e de saberes instituídos como verdades, e do poder simbólico de fazer certas coisas com as palavras, no caso, de *tirar a coragem*.

Algumas das pessoas entrevistadas/acompanhadas tomaram conhecimento sobre hormônios através de páginas trans e/ou LGBTI+ da web, de grupos de diferentes redes sociais e/ou acompanhando algumas pessoas trans pelas redes sociais e/ou que publicam vídeos sobre as suas vivências/experiências no devir-trans e os compartilham nas suas redes sociais ou em plataformas de videoblogs (tanto nacionais, como internacionais) (ÁVILA; 2014;

CIPOLLETTA; VOTADORO; FACCIO, 2017; BLOTNER; RAJUNOV, 2018). Estes espaços e, sobretudo, os grupos lhes permitem trocas de experiências e de saberes relacionadas à hormonização, mas também compartilhar os sentidos físicos e emocionais que estas suscitam e que encontram eco e um lar provisório nas outras pessoas que escutam/leem e também compartilham. Territórios que produzem contra-resistência ao saber bio-médico instituído e que também potencializam a vida, no sentido de proporcionar um espaço, mesmo que virtual, para expressar violências vividas, medos, vontades.

“Eu entrei no grupo e aí eu vi as meninas postando os documentos...nos comentários sobre as experiências sobre os hormônios que elas estavam tomando. E aí eu fui tendo mais um pouco de literatura de aquilo...Ali, com o relato das meninas né, e aí nisso eu investi em hormônios por conta própria”. (Pessoa-2)

“[...]entrei na internet, comecei a pesquisar... é... vi que na internet tinham algumas dietas prontas, né, de... hormônio pra... pra travesti, pra mulher trans. Então as primeiras infos sobre hormônio eu tive na internet”. (Pessoa-5)

Por outro lado, nas trajetórias do devir-trans de algumas destas pessoas foram se constituindo vínculos de vital importância para a construção do saber e inclusive de acesso à hormonização. A *peessoa-9* relata ter feito amizade com um farmacêutico, que se converteu, por um tempo, no facilitador dos seus hormônios, para depois ser uma médica que conheceu em um dos espaços que transitava graças à suas práticas religiosas da época. Para a *peessoa-5*, junto com as informações via internet, foi uma outra pessoa trans quem também lhe ajudou neste processo de conhecimento, que conheceu quando veio morar em Florianópolis.

“Foi o meu primeiro contato e que me passou todos os hormônios que eu tive que tomar, né, me apresentou a Perlutan, me apresentou tudo”. (Pessoa-5)

Em alguns pontos das trajetórias do devir-trans das pessoas entrevistadas/acompanhadas que fizeram ou fazem hormonização houve algum tipo de procura por acompanhamento via instituições de saúde públicas e/ou privadas. Algumas destas relatam não gostar de toda a burocracia envolvida em *o ter que consultar* e preferem transitar esses territórios de formas mais esporádicas para buscar receita e fazer alguns exames de controle.

“Fui vendo as receitas que eu pegava na internet assim né...eu via fotos das meninas que tinham um biótipo um pouco mais parecido com meu e tal, com resultados também, efeitos colaterais e nisso eu comecei me automedicar”. (Pessoa-2)

“Né, porque... na minha cabeça, como eu sempre me entendi, como eu sempre fui muito decidida, eu queria tomar hormônio, eu comecei por conta própria, com ajuda de algumas meninas, claro, mas nunca com ajuda de um profissional”. (Pessoa-5)

Por outro lado, ao longo do devir-trans algumas das pessoas entrevistadas/acompanhadas relatam terem deixado de realizar a hormonização. Entre os principais motivos, relatam o fato de não ter dinheiro para a compra de hormônios. Mas também tanto a *pessoa 2* como a *pessoa 5* relatam parar de vez em quando por conta própria por perceberem uma mudança de humor que não lhes agrada.

“Ela: Agora não tô tomando mais os hormônios eu parei total. Eu estava super sem dinheiro, eu até estava trabalhando bem pouco... aí eu abri mão dos hormônios e tal, então também nem fui fazer mais acompanhamento porque não tem né, o que fazer... não tem condições de comprar o medicamento, não tem, então os hormônios vão ficar para uma situação quando possível né”. (Pessoa-2)

“O... ora por falta de dinheiro, ora por... por... por... mudar muito o meu humor, hora por, é... não tá com vontade. Hoje eu tomo, mas tem dias que eu esqueço, tem dias que... sabe?”. (Pessoa-5)

É importante considerar que a hormonização não faz parte da Rede Nacional de Medicamentos (RENAME), nem da Rede Municipal de Medicamentos (REMUNE). Deste modo, uma pessoa trans que consulta nos serviços públicos de saúde pode receber a receita dos hormônios. Michelle O’Briem, no seu texto *Tracing this body. Transsexuality, pharmaceuticals, and capitalism* (2013), discute a in-visibilidade dos cuidados à saúde trans na indústria farmacêutica, que, embora tenha uma gama de diversos hormônios, estes não estão pensados para seu uso por parte de pessoas-corpos trans, o que faz com que a lógica do mercado e a capacidade de compra seja diferenciada. Desta forma, a pessoa autora chama a atenção ao alto número de demandas aos diferentes seguros de saúde (saúde privada) dos Estados Unidos por conta das pessoas trans que desejam realizar hormonização, mas que não tem como acessá-la..

No Brasil, tanto nos serviços públicos, quanto nos privados, o acesso aos hormônios também depende, na maioria dos casos, da capacidade de compra da pessoa. Então, o acesso aos hormônios depende de um recorte de classe, que irá influenciar as linhas de território que serão construídas para seu acesso. Sabe-se que existe uma compra destes medicamentos pelos mercados paralelos, pelo fato de, às vezes, serem mais econômicos que nas próprias farmácias, no caso, alguns destes são trazidos dos países vizinhos.

Por outro lado, uma das pessoas (*peessoa-12*) entrevistadas compartilhou ter parado por um tempo a hormonização por querer engravidar. Na época esta pessoa estava se relacionando com uma travesti, que também compartilhava do seu desejo de ter uma criança. Esse desejo também se acentuou à medida que esta pessoa ia mergulhando ainda mais no seu desejo de fazer certas cirurgias, entre estas a histerectomia, e no momento que esta foi para além do discursivo e passou pelo jurídico por uns trâmites para poder realiza-las pela instituição do seu plano de saúde, percebeu que tinha que fazer uma escolha sobre esse desejo. No final, um tempo depois, continuou a hormonização, já que, pela fato jurídico-judicial era “prejudicial” para o seu processo de pedido levar adiante esse seu desejo, como esta pessoa o expressa aqui:

“Sempre tomei quinzenal. Mas eu parei, não me lembro, fiquei dois, três meses sem porque eu queria engravidar”. “Quando eu vi que eu ia perder meu aparelho” “Eu vou parar de tomar T, né, to casado com uma trava e... então, eu quero um filho biológico, ela também queria”. Aí minha advogada falou “Não, você não pode. Você não pode fazer isso, você entrou na Justiça, você vai ser processado se você engravidar” (Pessoa-12.)

Uma das pessoas entrevistadas (*Pessoa-11*) refere não ter feito, nem ter vontade de fazer hormonização. Esta pessoa refere se sentir confortável com as modificações não medicamentosas que tem feito, no sentido da re-apropriação da sua masculinidade e de outros códigos corporais que conseguem expressar e agenciar os seus desejos. Igualmente, esta pessoa aponta uma in-visibilidade disruptiva relacionada à identidade e reconhecimento como homem trans e o uso da hormonização:

“e é engraçado porque as pessoas não te enxergam muito, porque como tu não vai fazer hormonização, tu não vai tirar o peito né, enfim, eles imaginam que tu não tem..que tu não é homem. O que eles imaginem é que tem que ser homem cis e eu não sinto a necessidade de ser homem cis” (Pessoa-11).

De fato, a hormonização vai constituir velhos-novos-corpos, vai facilitar o corpo-mutável para os desejos das mudanças daquele universo dito feminino e masculino. Mas não se pode cair na hierarquização dos corpos por conta do exercício ou não-exercício do uso da bio-medicina e das bio-tecnologias no devir-trans. Inclusive, no caso também das pessoas não binárias, não só no sentido do não-exercício destas, mas também no seu uso. Nem (in)validar uma pessoa trans como “verdadeira” ou não por conta do uso destas bio-tecnologias, entrando no discurso da cis-normatividade de um ideal corporal-estético-identitário. Estas dicotomias fragmentam e polarizam processos cuja riqueza jaz na(s) diferença(s).

Paul B. Preciado, alimentando-se de outras fontes, como as de Monique Wittig (1992) e Judith Butler (2003) materializa no seu livro “Testo Yonki” (2008), o que chama de *sexopolítica*, uma forma de ação da biopolítica, um “sistema de construção biopolítica que toma como centro somático de invenção e controle da subjetividade do –sexo- do indivíduo moderno” (p. 59). Na sociedade “fármacopornográfica”, como Paul B. Preciado refere, as tecnologias começam a formar parte do corpo, se “diluem nele”, como novas formas de “microcontrole”, e o biopoder, ins-pirado em Foucault (1978), um poder que desborda o campo do jurídico, do punitivo e constitui/permeia o corpo das pessoas e as suas subjetividades. Mais do que coercitivas, estas formas de biopoder são flexíveis e se adaptam às necessidades do espaço de conquista ou dos interesses das instituições hegemônicas do momento (DELEUZE, 1979).

No texto *Pharmaco-pornographic Politics: Towards a New Gender Ecology* (2008), Paul B. Preciado chama a atenção o lugar que ocupa a ciência e sua autoridade de produzir, criar, refinar e estabilizar fenômenos, ou “a autoridade material” para “inventar e produzir artefatos vivos” (p. 108), citando aos filósofos Ian Hacking, Steve Woolgar e Bruno Latour, que discutiam sobre a ‘realidade científica’. Desta forma, a ciência transforma os conceitos de “libido, feminino, masculino, heterossexualidade, homossexualidade, em realidades tangíveis” (PRECIADO, 2008, p. 108)

As identidades-corpo-devir não estão isentas de habitar espaços de normatividade, mas também de resistência e de possíveis pontes de invenção de subjetividades, linhas de fugas, agenciamento de desejos lidando com as *forças instituintes* que as compõem. Igualmente, dentro das relações de corpo-poder diante das bio-tecnologias existe um medo da potência política do corpo. Como Donna Haraway nos ensina, o corpo contemporâneo é uma rede de tecno-vida, multi-conectada que incorpora tecnologia, um *cyborg*, que não é puro e não está livre dos sistemas que subverte, mas mesmo assim é revolucionário, ao redirecionar e reestruturar os sistemas opressivos do qual nasce (1991). Neste caso, a hormonização como uma re-apropriação das bio-tecnologias para criar novas formas sexo-políticas desviantes que não condizem com a linearidade do sexo-gênero-identidade-expressão-desejo. (PRECIADO, 2008; HARAWAY, 1991).

Consider-ações finais-contínuas

A hormonização, as modificações corporais e os diferentes movimentos de expressão estética-corpórea e comportamental permitem re-configurar o(s) lugar (es) que se habitaram e que se habitam, efeitos ou não de uma passabilidade (ter uma leitura social cis e/ou não ser identificada como uma pessoa trans), ou de uma androginia, ou de um não-lugar dentro da leitura social.

No entanto, a hormonização não deve ser lida como um marcador trans de legitimidade. Se temos algo a aprender com estas bio-tecnologias, é que devem estar dentro das possibilidades de cuidado, mas também que cada travesti, pessoa trans e/ou não-binária tem suas formas de constituir seu corpo, sua expressão e de, inclusive, se auto-questionar com relação ao uso destas bio-tecnologias e se tornar produtora-cúmplice da construção do seu próprio corpo. Mas para as travestis, pessoas trans e/ou não binárias poderem ter essa autonomia relacionada às modificações dos seus corpos, faz-se necessário pensar em estratégias de ampliação do acesso às moléculas usadas para a hormonização, sendo que atualmente seu uso, como observamos em algumas das narrações, dependem de uma capacidade de compra.

Igualmente me pergunto como podemos pensar o cuidado à saúde das travestis, pessoas trans e/ou não binárias que fazem uso de hormônios, mas que não estão fazendo um acompanhamento ou este é descontínuo? Que possíveis podem ser pensamos, para que estas pessoas consigam ter acesso às informações mais relevantes com relação ao uso dos hormônios?

As reflexões elaboradas neste artigo não pretendem ser uma verdade absoluta e imutável, nem menos ainda trazer uma forma certa ou não de ser/estar/viver trans. O que tentamos harmonizar com as palavras são as diferentes experiências compartilhadas e vivenciadas por um determinado número de pessoas. Pode ser que algumas das pessoas que leiam este artigo se identifiquem com as narrativas, mas também existirão outras que as questionarão, e disso se trata, de criar pontes e de construir novos caminhos de re-existência sem apagar as diversidades e pluralidades destas.

Referencias – Inspirações

ÁVILA, Simone. **Transmasculinidades: a emergência de novas identidades políticas e sociais**. ed. 1. Rio de Janeiro: Edição, Editora Multifoco, 2014.

BENJAMIN, Harry. **The Transsexual Phenomenon**. New York: Julian Press, 1966.

BLOTNER, Charlie Blotner; RAJUNOV, Micah. Engaging Transgender Patients: Using Social Media to Inform Medical Practice and Research in Transgender Health. **Transgend Health**. United States, v. 3, n. 1, p. 225–228, 2018.

BOURDIEU, Pierre. **O poder simbólico**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1998.

BOURDIEU, Pierre. **Homo academicus**. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2011.

BRASIL, Ministério de Saúde. Portaria Nº 2.803, de 19 de novembro de 2013. Brasília: Ministério de Saúde. 2013.

BRASIL. Política nacional de saúde integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Brasília: Ministério de Saúde. 2008b

BRASIL. Portaria no 1.707, de 18.08.2008. Diário Oficial da União. Brasília: Ministério da Saúde. Brasília. 2008a.

BUTLER, Judith. **Deshacer el género**. Barcelona: Paidós, 2006.

BUTLER, Judith. **El género en disputa. El feminismo y la subversión de la indetidad**. España: Paidos Iberica, 2007.

BUTLER, Judith. **Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade**. Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira, 2003.

CIPOLLETTA, Sabrina; VOTADORO, Riccardo; FACCIO, Elena. Online support for transgender people: An analysis of forums and social networks. **Health Soc Care Community**. England, v. 25, n. 5, p. 1542-1551, 2017.

DELEUZE, Gilles e GUATTARI, Félix. **Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora 34, 2011.

DELEUZE, Gilles. **Os Intelectuais e o Poder. Conversa entre Michel Foucault e Gilles Deleuze.** In. FOUCAULT, Michel. *A Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

FOUCAULT, Michel. **The History of Sexuality.** New York: Pantheon Books, 1978.

HALBERSTAM, Jack (Judith). **Female Masculinity.** Durham and London: Duke UP, 1998.

HARAWAY, Donna. **Simians, Cyborgs, and Women: The Reinvention of Nature.** New York: Routledge, 1991.

MAFFESOLI, Michel. **Elogio da razão sensível.** 2. ed. Petrópolis,RJ: Vozes, 2001.

MAFFESOLI, Michel. **No Fundo das Aparências.** Petrópolis, RJ:Editora Vozes, 1996.

MARTINES, Wânia Regina Veiga; MACHADO, Ana Lúcia; COLVERO, Luciana de Almeida. A cartografia como inovação metodológica na pesquisa em saúde. **Tempus. Atas de Saúde Coletiva.** Brasília, v. 7, n. 2, p. 203 – 211, 2013.

NIESCHLAG, Ebo; NIESCHLAG, Susan. **The History of Testosterone and The Testes: From Antiquity to Modern Times.** In: Hohl A. (eds) *Testosterone*. Springer, Cham. 2017.

O'BRIEN, Michelle. **Tracing this body. Transsexuality, pharmaceuticals, and capitalism.** In: *The transgender studies reader 2.* STRYKER, Susa; AIZURA, Aren Z. New York: Routledge, 2013.

PEDRAZA, Zandra. **Intervenciones estéticas del yo. Sobre estético-política, subjetividad y corporalidad.** In: Laverde MC, Daza G, Zuleta M. *Debates sobre el sujeto. Perspectivas contemporáneas.* Bogotá: Siglo del Hombre Editores; 2004.

PRECIADO, Paul B. **Manifiesto contra-sexual – Prácticas subversivas de identidad sexual.** Madrid: Opera Prima, 2002.

PRECIADO, Paul B. Multidões queer: notas para uma política dos "anormais". **Rev. Estud. Fem.,** Florianópolis, v. 19, n. 1, p. 11-20, 2011.

PRECIADO, Paul B. *Pharmaco-pornographic Politics: Towards a New Gender Ecology.* **Parallax.** United Kingdom, v. 14, n. 1, p. 105-117, 2008.

PRECIADO, Paul B. **Testo Yonqui**. Madrid: Espasa, 2008.

RICH, Adrienne. La heterosexualidad obligatoria y la existencia lesbiana. **Signs: Journal of Women in Culture and Society**. Boston, n. 5, n. 4, 1980.

WARNER, Michael. **The Trouble with Normal: Sex, Politics, and the Ethics of Queer Life**. Estados Unidos: Harvard University Press, 1999.

WITTIG, Monique. **El pensamiento heterosexual y otros ensayos**. Madrid: Egales, [1992] 2006.

Tabela 1: Características sócio-demográficas das pessoas entrevistadas/acompanhadas em Santa Catarina-Brasil, entre 2017 e 2018.

	Identidade	Profissão/Escolaridade	Início hormonização	Idade no momento do encontro/entrevista
1	Travesti	Independente	-	47 anos
2	Mulher transexual	Professora ensino básico	24 anos	30 anos
3	Homem trans	Professor universitário	26 anos	28 anos
4	Homem trans	Estudante ensino médio	19 anos	19 anos
5	Travesti	Estudante Pós- graduação	17 anos	22 anos
6	Não binária	Mestre	24 anos	24 anos
7	Homem trans	Estudante graduação	21 anos	25 anos
8	Homem trans	Estudante Graduação	22 anos	23 anos
9	Mulher trans	Estudante Graduação	11- 12 anos	36 anos
10	Homem trans	Estudante Graduação	17 anos	17 anos
11	Homem trans	Estudante Graduação	-	37 anos
12	Homem trans	Independente	25 anos	27 anos

Tabela 2: Medicamentos usados para Hormonização

	Fármaco	Via de Administração	Nome comercial
Testosteronas	Testosterona Gel	Transdérmica	Androgel e Axeron
	Testosterona Patch	Transdérmica	Testosterona Patch
	Cipionato de testosterona	Intramuscular	Deposteron
	Enantato de testosterona	Intramuscular	Não se comercializa no Brasil
	Undecanoato de testosterona	Intramuscular	Nebido
	Propionato de testosterona; Fempropionato de testosterona; Isocaproato de testosterona; Decanoato de testosterona.	Intramuscular	Durateston
Estrogênios	Valerato de estradiol	Oral	Primogyna
	17-beta-estradiol	Oral ou transdérmico	Natifa, Estrell
Estrogênios + progestina	Algestona Acetofenida + Enantato de Estradiol	Intramuscular	Perlutan
Anti-andrógenos	Espironolactona	Oral	Espironolactona, Aldosterin, Aldactone, Diacqua, Aldneo, Spiroctan.
	Acetato de ciproterona	Oral	Acetato de ciproterona, Androcur
	Finasterida	Oral	Finasterida

8.4 RIZOMAS: IN(VISIBILIDADES) DENTRE DOS ESPAÇOS INSTITUCIONAIS DE CUIDADO À SAÚDE.

Introdução

O presente artigo traz as experiências, narrativas e reflexões da primeira pessoa autora e que foi traduzido em palavra-voz ao longo destas páginas. Estas reflexões derivam da pesquisa de doutorado em saúde coletiva feita no Brasil, a qual foi uma cartografia sobre os trajetos e territórios que as pessoas trans constroem para o cuidado à sua saúde. Para a construção desta cartografia foram entrevistadas e/ou acompanhadas doze pessoas trans e/ou não binárias²⁴ entre 2017 e 2018. Foi parte também desta cartografia a minha experiência como pessoa trans não binária que se encontra dentro da transição no início desse trajeto acadêmico e que inicia a hormonização ao longo desses anos, procurando esse cuidado e acompanhamento tanto aqui no Brasil, como na Colômbia.

Para poder mapear essas minhas experiências e trajetos, foi usada a auto-etnografia, a qual permite contar histórias, experiências e também uma auto-crítica e um se pensar e compartilhar experiências únicas, mas comuns para quem as lê e se identifica. Igualmente, esta forma de pesquisa e escrita possibilita uma conversa entre prática e teoria desde o pessoal e este comum intuito político (ADAMS; JONES, 2011).

Trata-se de um aporte à construção da uma Epistemologia Trans, ou seja, a compreender a construção de conhecimento como um espaço a ser também habitado pelas pessoas trans, chamando a atenção à exclusão destas como produtoras de saberes legítimos, inclusive sobre si mesmas (JARAMILLO ECHEVERRI, 2003; DA SILVA FERREIRA, 2017). Pensar numa Epistemologia Trans é, também, refletir sobre a produção de conhecimentos sobre questões trans que, por vezes, nos objetifica e fetichiza dentro das pesquisas; é trazer a Spivak (2010) e nos perguntar, pode o subalterno falar? Onde, como e para quem? É demandar: ‘Nada sobre nós, sem nós’ (RADI, 2019). É uma desobediência e uma demarc(ação), mas também uma ponte de diálogo.

Desta forma, neste artigo dialogarei com vocês através das narrativas e experiências desde o pessoal, desde a primeira pessoa.

O que acontece quando a história começa na ausência? Quando o momento surge a partir de uma lacuna, uma pausa, um espaço de fronteira ou de elemento de diferença

²⁴ Ao longo do artigo será usada a linguagem ‘neutra’, no caso, com uso da ‘e’.

que viola as leis de repetição e re-presentação, mesmo no ato de repetir, reler, representar [a si mesmo]? O que acontece quando o limite passa a ser o lugar de onde algo começa a ser presente (Tradução de BRILHANTE MOREIRA, 2016. POLLACK, 1999, p. 27)

E é desde as fronteiras que reivindico a produção de conhecimento trans, onde é, como *Mujeres al Borde*, grupa artista e transfeminista Colombiana nos lembra, que acontecem os cruzes, os intercâmbios que há sociedade e cultura têm nos proibido; é nas bordas onde se tecem as redes de cuidado e apoio e se dá a possibilidade do *acontecimento* (ANZALDÚA, 1987).

Produção auto-etnográfica

Em território brasileiro

Eu nasci na Colômbia, mas moro no Brasil já há oito anos aproximadamente. Há uns seis anos, mais ou menos, venho pensando sobre minha identidade de gênero, sobre o lugar que meu corpo ocupa e sobre os territórios que tenho construído por meio deste e das minhas expressões identitárias. Recentemente tenho me identificado e apresentado como uma pessoa não binária; eu não me identifico nem como mulher cis, nem como homem trans, mas numa mistura dessas categorias e do universo que chamamos de feminino e masculino²⁵. Estou sendo uma pessoa sapa-trans-viade, unificando aqui o meu percurso sapatão, trans e desviado. Reconheço as limitações dessa minha identidade e desse não-lugar que muitas vezes habito, não porque seja o meu desejo, mas porque não tem como ser incluído em espaços onde essa identidade é inexistente na linguagem. Outro dia me perguntaram se realmente a não binaridade era uma identidade ou era mais um estado fluído de não identidade. Pode ser as duas coisas, com os seus devidos efeitos. Como eu venho da área da saúde, sei, por exemplo, que se não me incluo ou me incluem em algumas das identidades pré-fabricadas para serem usadas nestas, ficarei fora de ser reconhecido como um sujeito-de-direitos e limitará meu acesso, no caso, à saúde. Por outro lado, estamos em um estado identitário e de lutas identitárias. Desta forma, como (re)existir se não nos colocamos como uma identidade? É preciso a nomeação para materializar a existência, para que os nossos corpos comecem a importar, ou pelos menos a serem pensados, mesmo não incluídos (BUTLER, 2002). Realmente acho maravilhosa a ideia de não categorias, mas por enquanto acho crítico começar a vê-las como fluídas, mutáveis, fronteiriças e limitadoras.

²⁵ É importante ressaltar que existe um guarda-chuva das identidades não-binárias, sendo assim, existem pessoas que são agêneras, que são de gênero fluído, entre outras.

Embora a não binaridade não esteja explícita dentro das lutas trans, de certa forma eu a vejo incorporada, pensando no próprio termo de *transgender* no inglês, que seria transgênero no português. Nas leituras em inglês e a forma como o movimento trans norte americano constrói este conceito, dá a entender que uma pessoa transgênera é aquela para quem a sua identidade de gênero difere do sexo que lhe foi assignado ao nascer. Também se tem em inglês o termo *gender non conforming*, que seria gênero não conforme. Uma pessoa de gênero não conforme pode ser uma travesti, mulher trans, um homem trans ou uma pessoa não binária, entre outras. Desta forma, eu me considero uma pessoa transgênera que se identifica dentro da não binaridade.

Como escrevi anteriormente, na área da saúde, no que se refere, por exemplo, às políticas em saúde trans brasileiras, nós, pessoas não binárias, ficamos de fora, sendo que os protocolos construídos a partir da Portaria do Processo Transexualizador referem-se às mulheres e homens trans, e muitas vezes também de uma forma limitante, sendo que muitas as vezes as travestis não se sentem incorporadas nas mesmas. Mesmo assim, eu queria me hormonizar e, me identificando como uma pessoa não binária/transgênera, decidi ir à unidade básica de saúde (UBS) que tem atendimento específico para pessoas trans. Não foi uma decisão fácil, estava bem nervosa de estar-habitar nesse lugar (usuária), eu tenho muito mais experiência no outro lugar (sendo médica).

Em várias oportunidades pensei em consultar enquanto estava acompanhando algumas pessoas trans que fazem parte da cartografia do cuidado que venho construindo como pesquisa de doutorado. Imaginava-me entrando e iniciando meu processo médico-institucional de hormonização. Em algumas oportunidades me recusei mentalmente, por estar ainda no processo de decisão, de pensar qual testosterona queria usar, para que e por quê. Até que um dia, incentivada inclusive por uma outra pessoa amiga não binária, decidi consultar. Mudei meu status de pesquisadora, para usuária, num território já conhecido, mas não vivido.

Aquele dia, uma segunda à noite de 2017, encontrava-me no Ambulatório Trans de Florianópolis, que iniciou a sua existência a partir de 2015 por iniciativas de uma conjunção entre o movimento social e residentes da residência em Medicina de Família da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. Na época estava funcionando no bairro Saco Grande (o atendimento para pessoas trans acontecia todas segunda-feira das 18h às 21h30min aproximadamente), localizado no centro-norte de Florianópolis, normalmente para ser atendido você previamente tem que agendar via e-mail. Eu não tinha agendado, porque não estava nos

meus planos consultar aquele dia, de fato estava acompanhando uma amiga que tinha consultado aquele dia e que fez parte da minha pesquisa, mas minha boca respondeu “*Eu!*” na hora que a médica que fazia checava quantas pessoas estavam na sala de espera para consulta perguntou: “*alguém que está aqui na sala não fez agendamento e quer consultar?*” A médica veio para perto e me perguntou o motivo de consulta, respondi que queria iniciar a hormonização, ela respondeu: “*primeira vez, bom vamos ver se conseguimos te atender, porque normalmente essa consulta leva mais tempo*”, eu respirei profundo e pensei “*bom, pelo menos tentei*”, mas minha resposta verbal foi: “*Tudo bem*”. Dito isto, a médica se retirou e voltou para a sala de consulta. Eu não tinha sido a única pessoa que não tinha agendado previamente, na hora da pergunta outras duas pessoas responderam, mas pelo que entendi estavam consultando para renovação de receita, portanto o tempo de consulta seria mais breve.

Naquele dia a sala de espera do ambulatório estava, entre as idas e vindas, com umas oito pessoas, aproximadamente, algumas delas se conheciam entre si e estavam conversando. A sala de espera do lugar é acolhedora, mas pela sua estrutura, pelas pessoas que a compõem, você entra e sabe que está habitando um território amigo, onde as olhadas não vão ser de repúdio, rejeição ou de “*ignorar que você nem existe*”, o contrário, as pessoas te cumprimentam com o seu olhar de cumplicidade, algumas outras com o um gesto e outras com as palavras. Não nos conhecemos, mas sabemos que de certa forma todas as pessoas presentes naquele lugar estamos num processo que tem às suas similaridades.

Os espaços de saúde para as pessoas LGBTI+, de forma geral, podem ser bastantes violentos e com experiências de constrangimento (ESTEFAN VARGAS, 2013; OPAS, 2016; POPADIUK; OLIVEIRA; SIGNORELLI, 2017; SILVA; FINKLE; MORETTI-PIRES, 2019). Mas cada letra tem às suas singularidades e junto com os possíveis marcadores sociais que possam perpassar esses corpos-identidades, as experiências de discriminação e violência são diferenciadas para cada uma. No caso de nós, pessoas trans, entre as violências mais frequentemente vivenciadas e que nos afasta dos serviços de saúde está o não respeito pelo nome social e pronomes de preferência (RODRIGUEZ, 2014; ROCON *et al*, 2016; SILVA *et al*, 2017), também acontece que as pessoas profissionais, ao não saber como lidar com as pessoas trans, reproduzem violências machistas, cis-normativas e de patologização das identidades trans.

Desta forma, habitar estes espaços causa um certo receio, mas quando se está acompanhado por outras pessoas trans no espaço, o respirar se torna mais leve. Passamos um

bom tempo na sala de espera, no final, para ser atendida tinha que esperar que todas as pessoas que tinham marcado previamente consultassem primeiro. Nessa espera, conversei sobre vários *existencialismos* com le amigue, entre outras, sobre as expectativas de tomar T (testosterona), os possíveis efeitos com seu uso, ficamos um tempo imaginando nossos corpos com as mudanças e alimentando esses nossos desejos. Próximo das 21 horas, uma das médicas que estava atendendo me chamou pelo meu nome social e me dirigi à sala.

Entrando na consulta, tentei falar um pouco de mim, e mais da minha motivação para estar naquela sala, com aquela médica que me escutava atentamente.

Médica: É a sua primeira consulta?

Eu: Sim

Médica: Vamos demorar um pouco então, porque vou lhe fazer várias perguntas

Eu: Tranquilo

Ali ela me pediu para contar o porquê estava consultando, e eu respondi, eu me identifico como uma pessoa não binária e gostaria de iniciar a T.

Mas quais expectativas tens com relação à T?

Que mudanças físicas estás procurando com seu uso?

Eu falei de algumas, como por exemplo mudança na voz, aumento do tamanho do clitóris, mudanças no depósito das gorduras corporais, etc. Mas na verdade eu queria citar o texto *Testo Yonqui*, de Paul B. Preciado (2008) e dizer que queria experienciar e ter uma leitura corporal mais andrógina. Porém, para o vocabulário e lógica médica isso não tinha cabimento, então preferi fazer outro discurso, que foi pouco convincente porque, para a médica, não tinha sentido eu querer tomar T se não me identificava como um homem trans (mesmo me identificando dentro das transmasculinidades). Ela argumentava não ter muita experiência com a não binaridade e o uso da T, e que elas não podiam “*dizer que não né*”, no caso para a minha demanda, ou seja, que não iam me negar a T, a receita, porque a testosterona não faz parte da Rede Nacional de Medicamentos (RENAME), nem da Rede Municipal de Medicamentos (REMUNE), então deve ser comprada por conta própria da pessoa trans e/ou não binária. Mas

que queria que eu pensasse melhor qual que seria então o seu uso para pessoas como eu, não binárias.

Não vou negar que em algum ponto pensei em mentir e dizer, sim, eu quero ser um homem trans, porque ela queria me convencer, insistentemente, em não tomar a T, em eu não precisar dela. Mas eu sentia que dizer isso, mentir sobre mim nesse espaço, iria me magoar muito mais do que não conseguir o acompanhamento médico-institucional que desejava. “*A gente respeita e tals*”, mas queria me fazer pensar mais sobre isso, questionando sobre minhas expectativas, que não era necessário tomar a T. E entendo a preocupação dos efeitos. Para a médica, a não binaridade não é legítima ou real para esse consumo da T e mudanças. Para as pessoas é difícil lidar com as fronteiras. O que as pessoas não binárias tem que fazer nesse caso, para serem mais legítimas? “*A gente tenta conversar com as pessoas e cuidar delas, mas a gente também se preocupa que tanto essas pessoas não binárias precisam da T*” (fala da médica).

Como último recurso e já cansada da sua insistência nos efeitos adversos da T, fiz uso da minha *carteirinha* de médica, e falei que eu tinha estudado medicina, que sabia muito bem os efeitos da testosterona e que inclusive estava já um bom tempo pensando sobre essa decisão e sobre essa continuação da minha transição. Logo depois disto, ela me deu o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) específico para o uso da T, no qual estão descritas os possíveis efeitos e mudanças físicas, emocionais, sexual reprodutiva, entre outras. Então ela me pediu para levar o TCLE para casa, ler atentamente e trazer assinado na próxima consulta, se ainda quiser iniciar a T. Assim como também me foi entregue uma solicitação de vários exames a serem feitos antes do início da T. A médica, de forma geral, foi uma pessoa respeitosa, mas dentro do seu paradigma de diversidade, as pessoas trans são e devem se acomodar ao protocolo e à binaridade (isto com certeza que afeta às pessoas trans como um todo que consultam, pois dá a entender que existe um jeito específico de ser mulher e homem trans e/ou pessoa trans).

Uma outra coisa que chamou minha atenção: ela me perguntou se eu já tinha sofrido violências por ser uma pessoa não binária. Respondi que eu percebo mais as violências por ser uma pessoa gorda, tendo sofrido mais pela gordofobia. Ela riu quando eu falei essa palavra, mas quando olhou para mim e eu continuei com minha cara de seriedade, ela entendeu que eu não tinha feito nenhuma piada, mas estava falando sério. Parte dos exames enviados são os que a gente chama de perfil lipídico, devido a um dos efeitos que a T pode ter, que são mudanças

nesses valores. O mais interessante é que normalmente falam isso, mas ela me deu justificativas extra, dizendo-me que pelo meu peso era melhor checar esses dados, mas que sabia que ia dar tudo certo, era mais para ‘confirmar’, pelos ‘riscos’. Depois de ela rir de gordofobia, ela tentou falar de uma forma mais politicamente correta. Fechando a consulta me dizendo que depois de iniciar a T, eu tinha que fazer “*algo muito chato, cuidar meu peso*”.

Entre essas dinâmicas, quando a médica falou da pouca experiência com pessoas não binárias, eu me ofereci para conversar com a equipe e com as pessoas da Residência Médica sobre, comentei da minha experiência em saúde trans e das discussões de gênero e saúde.

Saindo da sala, mesmo abalado por conta da gordofobia e da dinâmica de convencimento, me senti feliz comigo mesmo por ter me posicionado e feito esse movimento de dar visibilidade às pessoas não binárias nos espaços institucionais de cuidado à saúde e de ter falado sobre gordofobia, uma temática que nesses espaços é bastante constrangedora para mim, por conta de todas as experiências que passaram minha história de criança gorda e adolescente gorda para depois ter anorexia.

Reencontrei-me com algumas pessoas que estavam junto comigo e compartilhei o sucedido. Le amigão não binário que estava junto e me esperando me compartilhou também ter vivenciado algo similar com relação ao convencimento de não precisar tomar T.

Situação no Brasil

No Brasil existe a Política Nacional de Saúde Integral LGBT (BRASIL, 2008a), lançada a versão preliminar em 2008, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) no ano de 2009 e instituída no Sistema Único de Saúde (SUS) pela Portaria Nº 2.836 no 2011. Em 2008 também foi publicada a Portaria No. 1707, que regulamenta o Processo Transexualizador no SUS (BRASIL, 2008b), com o intuito de protocolizar e regular algumas necessidades específicas em saúde das pessoas trans. Essa Portaria foi revisada, redefinida e ampliada em 2013, sob Nº 2.803, com a inclusão de algumas demandas cirúrgicas para os homens trans, o atendimento ambulatorial para as travestis, entre outras (BRASIL, 2013).

Até o presente ano (2019), são doze os centros/ambulatórios credenciados pelo Ministério de Saúde para ofertar o Processo Transexualizador. Estes centros, de serviço ambulatorial e/ou hospitalar, têm o intuito de prestar uma atenção especializada, ofertando serviços de apoio, tais como: acesso às consultas e exames especializados, cirurgias,

medicamentos, próteses e atendimento de urgência. Em São Paulo, são quatro os hospitais públicos que realizam cirurgia de transgenitalização: o Geral de Pedreira, o Estadual de Diadema, o das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP, e o estadual Mário Covas.

Há outras iniciativas, como o Centro de Pesquisa e Atendimento para Travestis e Transexuais (CPATT), em Curitiba, que funciona desde 2014 e o Ambulatório trans em Florianópolis (2015).

Em território Colombiano

Como dito anteriormente, nasci na Colômbia, em uma cidade do noroeste do país. No ano de 2017, já morando no Brasil, fui para lá com o intuito de passar as festas de Natal com a família e quis aproveitar para acessar aos serviços de saúde por lá. Na Colômbia o sistema de saúde é diferente do brasileiro. Nós temos um sistema de planos obrigatórios de saúde segmentados em regimes especiais, contributivo, subsidiado e um sistema de atenção por meio da oferta de hospitais públicos para a população não afiliada. No meu caso, eu, mesmo morando no Brasil, pago mensalmente à distância uma certa porcentagem ao que seria minha Entidade Promotora de Saúde (EPS), desta forma quando eu vou para Colômbia posso cuidar da minha saúde de forma institucional e usar dos serviços de saúde. Sendo assim, decidi consultar para realizar os exames que tinham sido receitados para mim no Brasil para poder iniciar a hormonização, mas que não tinha conseguido realizar no Brasil por de dinâmicas relacionadas à vida acadêmica.

O serviço funciona desta forma: minha EPS tem página web onde você pode entrar e selecionar o que serviço que está procurando e quais possibilidades de data existem. No meu caso, eu procurei consulta externa. Estava com sorte e havia vaga dentro de uma semana. Reservei a vaga. No dia da consulta, eu cheguei na IPS (Instituição Prestadora de Serviços de Saúde), que corresponde à minha EPS. Este é um local que fica num bairro perto do meu, assim que dá para ir a pé sem maiores contratempos. Por vezes os locais onde as IPS ficam são casas antigas reformadas, este é um local de três andares. Chegando você deve, no primeiro andar, pegar uma senha para atendimento na recepção, a senha você pega num totem onde digita o RG colombiano que chamamos de cédula. A espera é curta, a recepção é para registrar no sistema a sua chegada no local e, se for o caso, fazer cobro de uma cota moderadora para consulta

externa²⁶. Depois disso, foram passadas algumas instruções para eu me deslocar até o segundo andar, onde ficam os consultórios, e esperar a ser chamado.

Na Colômbia não existe política do nome social, mas desde o ano de 2015 pela portaria Nº 1227 as pessoas trans podem mudar seu nome civil diretamente no cartório, sem precisar de algum tipo de laudo ou afins. No entanto, existem pessoas, como eu, que fazer essas mudanças implicaria vários outros efeitos que demandam tempo e dinheiro. Deste modo, eu não mudei meus nomes no RG colombiano. Em consequência, no sistema não tem nenhum campo que diga nome social ou afins, e desta forma eu fui chamado à consulta pelo meu nome de registro.

Entrando na consulta, uma médica jovem e simpática me atendeu e, em seguida, me perguntou sobre o motivo da consulta. Desta vez eu consultei sozinho e, mesmo que eu tenha estudado medicina, esses espaços sempre me colocam nervoso. Eu respondi que eu era uma pessoa trans não binária e que queria fazer alguns exames para iniciar a hormonização, mas que, para além disso, queria também fazer um exame geral. A médica ficou um pouco desorientada e respondeu que ela teria que ver primeiro como que era esse assunto dentro da EPS, que não sabia muito bem o fluxo a seguir e que ia perguntar para uma outra pessoa e saiu da sala. Nesse intervalo, eu fiquei pensando sobre esse não saber o fluxo, não ter noção do que dizer, fazer ou como atuar em momentos como esse. Parece que nos ensinaram protocolos fixos de atendimento, e não de como acolher pessoas nos serviços de saúde. Desta forma, tudo aquilo que foge daquela norma gera desorientação.

Minutos mais tarde a médica volta me dizendo que é necessário, antes de qualquer coisa, conversar com a psicóloga de família e depois de ter essa consulta, iríamos ver o que seguiria. Em nenhum momento a médica me perguntou como me sentia, nem o que eu pensava dessa consulta e nada relacionado à minha decisão de hormonização, nem fez nenhum tipo de exame físico em mim. Ela foi muito amável e falou o que era o necessário e o que foi passado para ela. Resultado final: saí da consulta com um encaminhamento para psicologia. As vantagens de ter estudado medicina e de conhecer pessoas amigas nessa área na minha cidade foi o que me ajudou nesse momento de frustração.

Saindo do lugar decidi escrever para uma grande amiga que também tinha estudado medicina, meu intuito era lhe perguntar se conhecia alguma pessoa médica amigável que

²⁶ Cota moderadora é um pagamento que se faz pelo serviço e seu valor depende do estrato social, baseado na localização geográfica da sua vivenda.

trabalhasse na minha EPA, para minha surpresa ela mesma estava trabalhando nessa EPS. Eu ainda não tinha falado com ela sobre eu ser uma pessoa trans não binária, assim que meu “sair do armário” para com ela foi médio que atropelado-interpelado por essa situação, e não que eu não quisesse compartilhar com ela sobre mim, mas no meu tempo e não no tempo situacional. Logo depois de vários áudios de conversa, ela decidiu me ajudar e em seguida me compartilhou os dias que ela ia estar trabalhando lá e marcamos para essa mesma semana.

Voltei à IPS, mas dessa vez não passei pela recepção, ao invés disso fui direto para o segundo andar, avisei por mensagem para minha amiga que já tinha chegado e saindo uma das pessoas que estava em consulta com ela, ela me fez um sinal para entrar na sala. Ela me perguntou sobre meus interesses com a hormonização e sobre como seria esse processo. Fez exame físico e me ajudou também com um problema que estava tendo no ouvido. Ela, assim como eu, acredita numa saúde integral, holística e para todes, uma saúde que acolhe e que se relacione de forma horizontal com as pessoas usuárias dos serviços.

Ela se arriscou por mim, porque teoricamente ela não poderia me receitar testosterona, porque, segundo o sistema, só especialista pode, mas como todo sistema, tem suas brechas, ela conseguiu me dar a receita. O que acontece é que o sistema tem uma hierarquização das solicitudes, ou seja, uma pessoa médica geral tem até certo ponto o poder de enviar alguns exames e receitas. Mas algumas destas estão vinculadas dentro do sistema a serviços especializados, no caso, só profissionais registrados como especialistas da área com a qual está relacionada o exame e/ou o medicamento podem acessar ao sistema (o acesso se faz com um código que é dado para a pessoa profissional), fazer o pedido e ser enviado dentro da rede. É mais frequente que isto aconteça com receita, do que com exames. Mas as pessoas profissionais as vezes compartilham estes códigos de acesso com outras pessoas profissionais de confiança, porque entendem que as vezes esperar 3-6 meses para consultar um profissional de saúde especialista para uma receita simples que pode ser de cuidado da atenção básica em saúde é melhor do que deixar a pessoa sem acompanhamento e sem cuidado à sua saúde.

Aquele dia saí muito contente, mas também muito triste, por pensar que eu era uma pessoa das poucas privilegiadas que tem amigas acolhedoras nesses espaços que facilitam e criam lugar dentro da norma para viabilizar o nosso cuidado à saúde.

Fiz os exames (sangue) e decidi ir comprar minha T. Importante salientar que eu me organizei para iniciar a testosterona na Colômbia, isto porque lá a testosterona é mais

econômica do que no Brasil, pelo menos a que eu estou usando, que é de liberação prologada e se aplica com um intervalo maior que as outras existentes (Nebido). A compra foi bem tranquila, nem pediram a receita.

Situação na Colômbia

Na Colômbia ainda não existe uma política nacional de saúde para as pessoas LGBTI+, nem especificamente para as pessoas trans. O que existem são diversas iniciativas em nível distrital e departamental.

Por outro lado, ainda é uma luta que as EPS entendam as demandas em saúde trans e as acolham dentro do seu POS (Plano Obrigatório de Saúde). Muitas as vezes as pessoas trans tem que recorrer ao sistema judicial para a realização de cirurgias. A Corte Constitucional tem jogado um papel muito importante neste sentido, aprovando sentenças que reconhecem o direito à saúde das pessoas trans, e que obrigam à EPS correspondente da pessoa demandante a fornecer esse cuidado à saúde dentro do seu POS (plano obrigatório de saúde) (COLOMBIA DIVERSA, 2013).

Em 2008 em Bogotá foram aprovadas as diretrizes gerais da *Política Pública para la Garantía Plena de Derechos de las personas Lesbianas, Gays, Bisexuales y Transgeneristas y sobre Identidades de Género y Orientaciones Sexuales en el Distrito Capital* (Política Pública para a garantia plena dos direitos das pessoas lésbicas, gays, bissexuais e transgêneras y sobre identidades de gênero e orientações no distrito capital).

Em 2011, o Conselho de Medellín aprovou uma política pública para o reconhecimento da diversidade sexual e identidades de gênero e para a proteção, restauração, atenção e garantia de direitos das pessoas LGBTI e em dezembro do mesmo ano o Valle del Cauca foi o primeiro do país a propor uma política em nível departamental para a proteção dos direitos das pessoas LGBTI (CARIBE AFIRMATIVO, 2015).

Em 2017, a Diretoria da Diversidade Sexual da Secretaria Distrital de Planejamento (Bogotá), realiza um documento apresentando uma *Línea técnica de la Política Pública LGBTI Sector Salud* (Linha Técnica da Política Pública LGBTI Setor saúde), que tem por objetivo fornecer ao setor da saúde recomendações para a incorporação das abordagens e perspectivas dessa política pública.

Reflexões

Usar a auto-etnografia é um desafio dentro da pesquisa qualitativa na área da saúde, pelo próprio paradigma de validação e valoração dos modelos coloniais (FERIGATO; CARVALHO, 2011) de se fazer pesquisa. Esta se encontra mais presente nas abordagens da área das ciências sociais e humanas, por ter a sua origem nas pesquisas antropológicas (CHIZZOTTI, 2003). No entanto, considere importante seu uso para dar visibilidade, através de uma narrativa própria, às identidades não-binárias e experiências que podem perpassar outros corpos-identidades do devir-trans, assim como, pelo comentado na introdução, de ir construindo epistemologias trans.

Chimamanda Adichie (2009) nos adverte do perigo de ter uma versão só da história, então é importante pensar nas experiências trans como polifônicas e plurais. Assim como também uma forma de inverter o posicionamento de sujeito-objeto de pesquisa, eu como objetivo de pesquisa, me colocar como sujeito da minha própria experiência (RADI, 2019), dos encontros e formas como as instituições nos afetam e são afetadas pelas nossas re-existências.

Por outro lado, e entrando nas dinâmicas dos encontros, me parece importante salientar que a preocupação da médica brasileira com relação ao uso da T foi autêntica e com a intenção de me ajudar, mas dentro de uma lógica de cuidado centrada na sua verdade científica, com uma legitimidade diferenciada em contraposição à minha, marcando o seu lugar em cada insistência.

As pessoas trans, para além de sermos trans também nos perpassam outros marcadores sociais, que como bem a palavra o expressa, demarcam territórios, habitáveis ou não, de privilégios, de violências e discriminações, entre outros. Por vezes esses outros marcadores são esquecidos, mas são de suma importância pela sua própria invisibilidade, como é o caso da gordofobia que sofrem os corpos gordos. Uma invisibilidade que não só perpassa o território da saúde, mas também os espaços LGBTI+. As narrativas gordofóbicas do cotidiano são tão naturalizadas, como as que acontecem dentro da saúde. A saúde é uma das instituições mais importantes na manutenção destas atitudes de violência para com os corpos gordos, fantasiando estas atitudes de “preocupação pela saúde”. De tal forma que para estas pessoas profissionais falar o termo gordofobia se torna uma piada.

A medicina tem sido muito efetiva na vigilância biomédica-tecnológica dos corpos gordos (e também trans). É através desta, mas não exclusivamente, que se criam os paradigmas

do que seria normal e patológico, válido e inválido, assim como, como é que seria um corpo e como este deve ser vivido. Desta forma, cria um discurso que determina códigos morais e estéticos específicos que marcam os corpos e ajudam no imaginário da existência de um corpo “ideal” e “universal”. Um corpo branco, magro, hetero, cis, não deficiente, no caso.

Então falar de corpos gordos é também falar de corpos abjetos, a-morais tutelados pela medicina e pelas áreas da saúde afins, como nutrição, esporte, etc. Existe uma luta dentro do movimento gordo pela despatologização dos corpos gordos, sendo que estes são constantemente questionados e vigiados, coisa que pouco acontece com os corpos magros, pelo que a magreza é vista como saúde.

Finalmente, é preciso transviar a saúde, e aqui me re-aproprio do termo transviado sugerido por Berenice Bento para denominar o *queer* de forma local (2014). Ou seja, para mudar e trans-formar os territórios e práticas de cuidado à saúde deve se trans-gredir a educação em saúde. As questões LGBTI+ devem estar presentes nos currículos de fatos e no currículo oculto, de forma transversal e específica. Se deve questionar os binarismos dentro das próprias subespecialidades em saúde, por exemplo uma pessoa especialista em ginecologia e/ou obstetrícia cuida da saúde de quem? De corpos? De genitálias? De mulheres cis unicamente? De mulheres cis e homens trans e pessoas com vagina? De mulheres cis e trans? Uma pessoa especialista em urologia, cuida de quem, de que corpos, de que identidades?

Consider-ações finais-contínuas

Como poderíamos pensar em políticas de saúde através da diferença e da multiplicidade de corpos e identidades? Embora na América Latina haja um movimento para a inclusão de especificidades trans no discurso médico-político, é importante expandir a fronteira para conseguir ver aquelas pessoas que são deixadas de fora e como poderia ser efetivada essa inclusão, sem o apagamento das diferenças. As pessoas profissionais de saúde projetam através de seus protocolos metas únicas e unificadoras de como seria ser uma mulher e um homem trans, assim, uma pessoa que não quer nenhuma dessas identidades entra em confronto com aquele protocolo de "segurança" e enfrenta o ideal de binarismo médico, como também aconteceria com uma travesti, mulher trans ou homem trans que não se identifique com os sentidos de feminilidade e masculinidade que são colocados simbolicamente (BUTLER, 2007) dentro do protocolo.

Referencias e inspirações

ADAMS, Tony E; JONES, Stacy Holman. Telling Stories: Reflexivity, Queer Theory, and Autoethnography. **Cultural Studies ↔ Critical Methodologies**. v. 11, n. 2, p. 108-116, 2011.

ANZALDÚA, Gloria. *Borderlands/La Frontera*. San Francisco: Aunt Lute, 1987.

BENTO, Berenice M. Queer o quê? Ativismo e estudos transviados. **Cult**, São Paulo, p. 43-46, 2014.

BOGOTÁ. Línea técnica Política Pública LGBTI. Sector Salud. Alcaldía mayor de Bogotá. Secretaría distrital de planeación. 2017.

BOGOTÁ. Por una ciudad de derechos. Lineamientos generales de la política pública para la garantía plena de los derechos de las personas lesbianas, gays, bisexuales y transgeneristas LGBT– y sobre identidades de género y orientaciones sexuales en el distrito capital. Alcaldía mayor de Bogotá. Secretaría distrital de planeación. 2008.

BORDE, Elis; HERNANDEZ-ALVAREZ, Mario; PORTO, Marcelo Firpo de Souza. Uma análise crítica da abordagem dos Determinantes Sociais da Saúde a partir da medicina social e saúde coletiva latino-americana. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 106, p. 841-854, 2015

BRASIL, Ministério de Saúde. Portaria Nº 2.803, de 19 de novembro de 2013. Brasília: Ministério de Saúde. 2013.

BRASIL. Política nacional de saúde integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Brasília: Ministério de Saúde. 2008a

BRASIL. Portaria no 1.707, de 18.08.2008. Diário Oficial da União. Brasília: Ministério da Saúde. Brasília. 2008b.

BRILHANTE, Aline Veras Moraes; MOREIRA, Cláudio. Formas, fôrmas e fragmentos: uma exploração performática e autoetnográfica das lacunas, quebras e rachaduras na produção de conhecimento acadêmico. **Interface** (Botucatu), Botucatu, v. 20, n. 59, p. 1099-1113, 2016.

BUTLER, Judith. *Cuerpos que importan: Sobre los límites materiales y discursivos del "sexo"*, Buenos Aires, Paidós, 2002.

BUTLER, Judith. **El género en disputa. El feminismo y la subversión de la indetidad.** España: Paidós Iberica, 2007.

CARIBE AFIRMATIVO. Política Pública para la Diversidad Sexual y de Género del Departamento de Nariño Gobernación de Nariño. Colombia. 2015.

CHIMAMANDA Adichie: El peligro de la historia única.. 2009. 1 vídeo (ca.19:16). Publicado pelo canal TED. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=D9Ihs241zeg>.

CHIZZOTTI, Antonio. A pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais: evolução e desafios. Revista Portuguesa de Educação, Minho, v.16, n.2, p.221-236, 2003.

COLOMBIA DIVERSA. Reconocidos derechos a personas trans por la Corte Constitucional. 12. fev. 2013. Disponível em: <http://www.colombia-diversa.org/2013/02/reconocidos-derechos-personas-trans-por.html>. Acesso em: 10.nov.2018.

COLOMBIA. Congreso de Colombia, Ley 100 de 1993, consultado el 3 de noviembre de 2010. ESTEFAN VARGAS, Soraya. Discriminación estatal de la población LGBT. Casos de transgresiones a los Derechos Humanos en Latinoamérica. **Soc. Econ.**, Cali, n. 25, p. 183-204, 2013.

FERIGATO, Sabrina Helena; CARVALHO, Sérgio Resende. Pesquisa qualitativa, cartografia e saúde: conexões. Interface (Botucatu), Botucatu, v. 15, n. 38, p. 663-676, Sept. 2011.

JARAMILLO ECHEVERRI, Luis Guillermo. ¿Qué es Epistemología? **Cinta de Moebio**, Chile, n. 18, p. 1-7, 2003.

MBEMBE, Achille. As formas africanas de auto-inscrição. **Centro de Estudos Afroasiáticos**, v. 23, n. 1, p. 171-209, 2001.

MUJERES AL BORDE. Bogotá, Colombia. Disponível em: <https://mujeresalborde.org/>. Acesso em: 10.jan.2019.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. Estigma e discriminação são as principais barreiras à saúde para a população LGBT. OPAS, Brasil, 2016. Disponível em: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5318:estigma-e-](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5318:estigma-e)

[discriminacao-sao-as-principais-barreiras-a-saude-para-a-populacao-lgbt&Itemid=820](#).

Acesso em: 10.nov.2018.

POLLOCK, Della. **Telling bodies/performing birth**. New York: Columbia University Press; 1999.

POPADIUK, Gianna Schreiber; OLIVEIRA, Daniel Canavese; SIGNORELLI, Marcos Claudio. A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgêneros (LGBT) e o acesso ao Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS): avanços e desafios. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1509-1520, 2017.

PRECIADO, Paul B. **Testo Yonqui**. Madrid: Espasa, 2008.

RADI, Blas. **Políticas del conocimiento: hacia una epistemología trans***. In: LÓPEZ, Mariano. Los mil pequeños sexos. Intervenciones críticas sobre políticas de género y sexualidades. Sáenz Peña (Argentina): EDUNTREF. 2019.

REPÚBLICA DE COLOMBIA. Ministerio de Justicia y del Derecho. Decreto 1227. "Por el cual se adiciona una sección al Decreto 1069 de 2015, Único Reglamentario del Sector Justicia y del Derecho, relacionada con el trámite para corregir el componente sexo en el Registro del Estado Civil". Ministerio del Interior. Ministerio de Justicia y del Derecho. Bogotá, Colombia. 4 jun. 2015.

ROCON, Pablo Cardozo *et al.* Dificuldades vividas por pessoas trans no acesso ao Sistema Único de Saúde. **Ciênc. Saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 21, n. 8, p. 2517-2526, Aug. 2016.

RODRIGUEZ, Ana María Mújica. **Experiências de atenção à saúde e percepções das pessoas transgênero, transexuais e travestis sobre os serviços públicos de saúde em Florianópolis/SC., 2014**. 2014. Dissertação (Mestrado Saúde Coletiva) - Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 2014.

SILVA, Ana Luísa Remor da; FINKLE, Mirelle; MORETTI-PIRES, Rodrigo Otávio. REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE TRABALHADORES DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE SOBRE PESSOAS LGBT. **Trab. educ. saúde**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, e0019730, 2019.

SILVA, Livia Karoline Morais da *et al.* Uso do nome social no Sistema Único de Saúde: elementos para o debate sobre a assistência prestada a travestis e transexuais. **Physis**. Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 835-846, jul. 2017.

SPIVAK, Gayatri. **Pode o Subalterno Falar?** Belo Horizonte: Editora UFMG, 2010.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS-CONTINUAS

A ideia não é nos apagar mutuamente, tudo o contrário é ver a potência da diferença e a diferença como potência de sermos e estarmos habitando e construindo novas formas ou diferentes formas de nos relacionar, de pensar as políticas, a educação e o cuidado à saúde. A diferença como potência de vida, de saída do ciclo sem-fim das falácias da igualdade no sentido homogêneo de se ver. A diferença mais do que uma forma de re-existência, uma forma de ética-política.

Nesta pesquisa não se pretendeu avaliar algum grau de verdade contida nos trajetos-territórios que as travestis, pessoas trans e/ou não-binárias constroem para o cuidado à saúde, mas sim o tipo de vida que nela vibra e que tipo de vida promove aquela concepção de desejo, e o desejo entendido como produção de real social.

O uso da cartografia como epistemologia e inspiração metodológica da pesquisa foi desafiador, pela sua própria linguagem e por mexer com as lógicas de ciência e objetividade que são aprendidas ao longo da educação em saúde e do próprio paradigma científico dentro desta área. Assim, que convido a quem me lê, a se permitir transitar por outras formas de fazer-saber pesquisa.

Aqui foi feita uma cartografia de um rápido mergulho nessa geografia dos afectos do que foi proposto dentro dos objetivos, sendo que ainda são necessárias mais pesquisas e produções relacionadas com a temática e com diferentes perspectivas metodológicas, que permitam discutir a diversidade dos territórios construídos pelas travestis, pessoas trans e/ou não-binárias para cuidar da sua saúde de forma institucional e também fora desta.

Pretendo a partir da cartografia realizada e da produção discursiva elaborada, re-criar outros rizomas de análise e me aprofundar mais ainda nos já existentes, que pelos limites de tempo, maturidade, corpo e tipo de produção acadêmica ficaram no plano das ideias e do desejo no materializado. Mas me parece importante fazê-lo explícito, pela própria ética-política que envolve esta pesquisa e a minha construção como pesquisadore, médique e ativista.

Parte do nosso papel como pessoas que constituímos a rede de cuidado à saúde das travestis, pessoas trans e/ou não-binárias é brindar as informações necessárias sobre aquele cuidado que está sendo demandado, mostrar a pluralidades de opções e, inclusive, entender os nossos próprios limites, quando não sabemos sobre alguma das demandas. Mas limites que ao invés de nos capturar dentro da lógica de ‘como pessoas da medicina devemos saber todo’,

aprendamos a des-construir essa ideia de pessoas detentoras da verdade e mostrar nosso ‘não saber’, como um ‘vou me informar’. Entendendo que o aprendizado é contínuo.

Igualmente, devemos aprender a desaprender a verdade instituída de uma lógica binária-opositiva e de um único cuidado à saúde. A primeira, para permitirmos acolher a diversidade e questionar os essencialismo, e a segunda para aprender a escutar, uma escuta apreciativa, com o intuito de que a discussão não seja pretender avaliar que verdade está mais certa, se não, construir ponte entre estas.

Por outro lado, parte também do que foram e são de alguma forma resultados e considerações deste processo de pesquisa, são as diferentes participações dentro e fora da academia discutindo e compartilhando sobre o cuidado à saúde trans e as suas possíveis intersecções com outros marcadores sociais. Essas participações em eventos com organizações do movimento sócia, ONGs, na universidade, com coletivas, rodas de conversa, aulas, marchas, também são efeito e linhas de territórios construídas a partir de e junto a este processo acadêmico-ativista, que ficam fora e/ou na fronteira, pela forma como o sistema de produção acadêmica é pensado, mas não por isso, profanado por algunes. Ademais que também são formas de propor outras linguagens para o retorno e compartilhamento de nossas pesquisas.

Parte dos aprendizados que me deixou este processo foi também aprender a lidar com os diferentes lugares que desejamos habitar e que de fato habitamos, com as várias ‘identidades’ que nos compõem e da importância de termos um pé fora da academia e de conversar e construir territórios em cenários fora das nossas zonas de conforto. Esses movimentos são essenciais para no reproduzir a lógica do colonizador, no caso, dentro da produção de conhecimento e de educação e cuidado à saúde. Para afinar nosso olhar vibrátil e para re-aprender a lutar com/e de forma coletiva.

REFERENCIAS - INSPIRAÇÕES²⁷

ANDRADE, Luma Nogueira de. **Travestis na escola: Assujeitamento e resistência à ordem normativa**. 2012. Tese (Doutorado Educação) – Programa Pós-Graduação em Educação, da Universidade Federal do Ceará, Fortaleza. 2012.

ANZALDÚA. Gloria. **Queer(izar) a escritora – Loca, escritora y chicana**. Tradução feita por Tatiana Nascimento do ensaio To(o) queer the writer – loca, escritora y chicana. *In*: KEATING, AnaLouise. (Ed.). **The Gloria Anzaldúa Reader**. Durham: Duke University Press, 2009. p. 163-175.

APA. American Psychiatric Association. DSM-5 Development. 2013. Disponível em: <http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx>. 2013.

ARÁN, Márcia. A transexualidade e a gramática normativa do sistema sexo-gênero. **Ágora**. Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 49–63, 2006.

ARGENTINA. El Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina. Ley 26.743. Identidad de Género. Buenos Aires, Argentina: Presidencia de la República. 2012. Disponível em: <http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/tocoginecologia/files/2014/01/Ley-26.743-IDENTIDAD-DE-GENERO.pdf>.

ÁVILA, Simone Nunes. **FTM, transhomem, homem trans, trans, homem: A emergência de transmasculinidades no Brasil contemporâneo**. 2014. Tese (Doutorado Interdisciplinar em Ciências Humanas) - Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 2014.

ÁVILA, Simone; GROSSI, Miriam Pillar. Transexualidade e movimento transgênero na perspectiva da diáspora queer. *In*: Trabalho apresentado no V Congresso da Associação Brasileira de Estudos da Homocultura – ABEH –Natal, RN. 2010.

BENJAMIN, Harry. **The Transsexual Phenomenon**. New York: Julian Press, 1966.

²⁷ Quero ressaltar que outras pessoas-encontros fizeram e fazem parte também das referências e inspirações desta tese. Encontros de atividades nos diferentes espaços de ativismo e militância que transito, assim como encontros com pessoas que admiro e gosto muito e com as quais compartilhei e construí várias das minhas discussões-reflexões. Aqui também estão algumas pessoas que, mesmo efêmeras na minha viadagem, também me inspiraram a pesquisar, a ter leituras fora da minha zona de conforto e a alimentar meu *corpo vibrátil*. Como estas pessoas-encontros não estão de acordo às regras do que seria uma referência, não podem compor essa listagem, mas deixo aqui explícito meu desejo desses outros possíveis que compõem nossas produções.

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

BENTO, Berenice. Sexuality and trans experiences: from the hospital to the bedroom. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 10, p. 2655–2664, 2012.

BERLANT, Lauren & WARNER, Michael. Sex in Public. **Critical Inquiry**. Chicago, v. 24, n. 2, p. 547-566, 1998.

BOLIVIA. La asamblea legislativa plurinacional. LEY N° 807 LEY DE 21 DE MAYO DE 2016. LEY DE IDENTIDAD DE GÉNERO. La Paz, Bolivia: Presidencia de la República. 2016. Disponível em: <https://sistemas.mre.gov.br/kitweb/datafiles/SantaCruz/pt-br/file/bolivia%20-%20ley%20807%20-%20ley%20de%20identidad%20de%20g%C3%A9nero%20-%2022%20mai%2016.pdf>.

BOURCIER, M-H/Sam. **Queer zones: politique des indentités sexuelles et des savoirs**. Paris: Amsterdam, 2006.

BRASIL, Ministério de Saúde. Portaria N° 1.820, de 13 de agosto de 2009. Brasília: Ministério de Saúde. 2009.

BRASIL, Ministério de Saúde. Portaria N° 2.803, de 19 de novembro de 2013. Brasília: Ministério de Saúde. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde. 2008.

BRASIL. Política nacional de saúde integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Brasília: Ministério de Saúde. 2008a

BRASIL. Portaria no 1.707, de 18.08.2008. Diário Oficial da União. Brasília: Ministério da Saúde. Brasília. 2008b.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. Provimento n.73, de 28 de junho de 2018. Dispõe sobre a averbação da alteração do prenome e do gênero nos assentos de nascimento e casamento de

peessoa transgênero no Registro Civil das Pessoas Naturais (RCPN). Brasília, DF: Presidência da República. 2018. Disponível em: <http://www.cnj.jus.br/busca-atos-adm?documento=3503>.

BUTLER, Judith. **Deshacer el género**. Barcelona: Paidós, 2006.

BUTLER, Judith. **El género en disputa. El feminismo y la subversión de la indetidad**. España: Paidos Iberica, 2007.

BUTLER, Judith. **Gender Trouble: Feminism and the Subversion of Identity**. Abingdon: Routledge. 1990.

BUTLER, Judith. **Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade**. Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira, 2003.

CABRAL, Mauro. En estado de excepción: intersexualidad e intervenciones sociomédicas. Ponencia presentada en el Seminario Regional: Salud, Sexualidad y Diversidad en América Latina. Lima, Perú. 2005.

CABRAL, Raíssa Éris Grimm. **Abrindo os códigos do tesão: encantamentos de resistência entre o transfeminismo pós-pornográfico**. 2015. Tese (Doutorado Psicologia) - Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 2015.

CALDAS-COULTHARD, Carmen Rosa. Caro Colega: Exclusão lingüística e invisibilidade. **Discurso & Sociedade**. España, v. 1, n. 1, p. 230-246, 2007.

CANETE VILLAFRANCA, Roberto; GUILHEM, Dirce; BRITO PEREZ, Katia. Paternalismo médico. **Rev. Med. Electrón.**, Matanzas, v. 35, n. 2, p. 144-152, abr. 2013 .

CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico**. 6. ed. Brasil: Editora Forense Universitária, 2009.

CANO, Santiago. Cartografias Sensíveis em espaços públicos. **Creative Commons**. 2018. <http://santiagocao.metzonimia.com/cartografias-sensiveis>. Acesso em: 23 jul. 2018.

CARVALHO, Mario Felipe de Lima. A (im)possível pureza: medicalização e militância na experiência de travestis e transexuais. **Sex., Salud Soc.** Rio de Janeiro, n. 8, p. 36-62, 2011.

COACCI, Thiago. “Eu tenho um amo implacável: a natureza das coisas”. Discursos jurídicos acerca das transexualidades no tribunal de justiça de minas gerais (1989-2010). **Diálogo**. Canoas, n. 4, p. 45-62, 2013.

COLOMBIA. Decreto 1227 de 2015. Bogotá, Colombia: Ministro de Justicia. 2015.

Disponível em:

<https://www.minjusticia.gov.co/Portals/0/Ministerio/decreto%20unico/%23%20decretos/1.%20DECRETO%202015-1227%20sexo%20c%C3%A9dula.pdf>.

CUELLAR, Maryi Lorena Puentes; ORTIZ, Kedhna Leandra Llanos. Como se construye la corporalidad en las mujeres víctimas de la violencia por su ex-esposo y compañero sentimental de 16-25 años en el municipio de Neiva. **Revista diálogos**. v. 4, n. 1, p. 65 – 72. 2013.

CULLER, Jonathan. **On Deconstruction: Theory and Criticism after Structuralism**. Ithaca, New York: Cornell University Press, 1982.

DE LAURETIS, Teresa. **Technologies of gender, essays on theory, film and fiction**. Bloomington, Indiana: Univ. Press, 1987.

DELEUZE, Gilles e GUATTARI, Félix. **Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora 34, 2011.

DELEUZE, Gilles. **Diferença e repetição**. Rio de Janeiro: Graal, 2006a.

DELEUZE, Gilles. **Diferencia y repetición**. 1ra Ed. Buenos Aires: Amorrortu, 2002.

DELEUZE, Gilles. **En Medio de Spinoza**. 2. ed. Buenos Aires: Cactus, 2008.

DELEUZE, Gilles. **Lógica del sentido**. 1. ed. Barcelona: Paidós. 1994.

DELEUZE, Gilles. Os Intelectuais e o Poder. Conversa entre Michel Foucault e Gilles Deleuze. *In*. FOUCAULT, Michel. A Microfísica do Poder. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Felix. **El Anti Edipo. Capitalismo y Esquizofrenia**. Barcelona, España: PAIDOS, 1972.

DELEUZE, Guilles. **Conversações**. 3. ed. Brasil: Editora 34. 2013.

FAUSTO-STERLING, Anne. **Cuerpos sexuados La política de género y la construcción de la sexualidad**. Madrid: Editorial Melusina, 2006.

FIRESTONE, Shulamith; KOEDT, Anne. **Notes from the Second Year: Women's Liberation. United States**. Women's Liberation Movement Print Culture. 1970.

FLECK, Eliane Cristina Deckmann; POLETO, Roberto; STEIN, Tarcila. “Con más buena voluntad que ciencia adecuada, acudían al alivio de los enfermos”: a Companhia de Jesus e as práticas curativas na América meridional (séculos XVII-XVIII)* “Con más buena voluntad que ciencia adecuada, acudían al alivio de los enfermos”. **História e Cultura**. Sao Paulo, v. 3, n. 2, p. 149–167, 2014.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Organização e tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

FOUCAULT, Michel. **Power/Knowledge – Selected Interviews and Other Writings 1972-1977**. New York: Colin Gordon [ed]. Pantheon Books, 1980 (1976).

FOUCAULT, Michel. **The History of Sexuality**. New York: Pantheon Books, 1978.

GAYLE, Rubin. **The Traffic in Women: Notes on the "Political Economy" of Sex**. In: REITER, Rayna (ed.) *Toward an Anthropology of Women*. New York, Monthly Review Press, 1975.

GROSZ, Elizabeth. **Volatile bodies. Toward a corporeal feminism**. Bloomington e Indianapolis: Indiana University Press, 1994.

GUATTARI, Feliz; ROLNIK, Suely. **Micropolítica: cartografias do desejo**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2010.

HALBERSTAM, Jack (Judith). **Female Masculinity**. Durham and London: Duke UP, 1998.

JESUS, Jaqueline Gomes de. Identidade de gênero e políticas de afirmação identitária. In: VI Congresso Internacional de Estudos sobre a Diversidade Sexual e de Gênero da ABEH. Instituto de Humanidades, Artes e Ciências / UFBA. Salvador – BA. 2012.

KAMINSKY, Prólogo de Gregorio. “Un bricolaje existencial”. **Prólogo a Cartografias del deseo**. Buenos Aires, La Marca. 1995.

KULICK, Don. **Travesti: prostituição, sexo, gênero e cultura no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

LAQUEUR, Thomas. **Inventando o sexo: corpo e gênero dos gregos a Freud**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2001.

LAQUEUR, Thomas. **La construcción del sexo. Cuerpo y género desde los griegos hasta Freud**. Madrid: Ediciones Cátedra, 1994.

LAZZARATO, Mauricio. **Potencias de la invención. La psicología económica de Gabriel Tarde contra la economía política**. CABA, Argentina: Cactus, 2018.

LEITE JUNIOR, Jorge. **Nossos corpos também mudam: a invenção das categorias "travesti" e "transexual" no discurso científico**. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2008.

LEITE JUNIOR, Jorge. Transitar para onde? Monstruosidade, (des)patologização, (in)segurança social e identidades transgêneras. **Estudos Feministas**. Florianópolis, v. 20, n. 2, p. 559-68, 2012.

LIONÇO, Tatiana. Bioética e sexualidade: o desafio para a superação de práticas correcionais na atenção à saúde de travestis e transexuais. **Série Anis**. Brasília, n. 54, p. 1-6, 2008.

LIONÇO, Tatiana. Comprehensiveness and sexual diversity in the Brazilian norm in the process of health care for transsexuals: progress, dilemmas, challenges. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 43–63, 2009.

LORBER, Judith. **The Variety of Feminisms and their Contribution to Gender Equality**. Alemanha: Bibliotheks- und Informationssystem der Univ. Oldenburg. 1997.

LOURO, Guacira Lopes. **Teoria queer-uma política pós-identitária para a educação**. [S.l.]: SciELO Brasil, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ref/v9n2/8639>>. Acesso em: 10. jun. 2016.

MARTINES, Wânia Regina Veiga; MACHADO, Ana Lúcia; COLVERO, Luciana de Almeida. A cartografia como inovação metodológica na pesquisa em saúde. **Tempus. Atas de Saúde Coletiva**. Brasília, v. 7, n. 2, p. 203 – 211, 2013.

MARTINS, Catia Paranhos; LUZIO, Cristina Amélia. Anais V CIPSI - Congresso Internacional de Psicologia. Psicologia: de onde viemos, para onde vamos? Universidade Estadual de Maringá. 2012.

MEJÍA, Alfredo; BENAVIDES, Luisa Fernanda. Barreras de acceso a servicios de salud de las personas lesbianas, gay, bisexuales y transgénero de Bogotá D.C. Bogotá: Alcandía Mayor de Bogotá, 2008.

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

MÉNDEZ, Raquel (Lucas) Platero; VILLENA, María Rosón. De ‘la parada de los monstruos’ a los monstruos de lo cotidiano: La diversidad funcional y sexualidad no normativa. **Feminismo/s**. España, n. 19, p. 127-142, 2012.

MENÉNDEZ, Eduardo L. **Salud Pública: sector estatal, ciencia aplicada o ideología de lo posible. La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate**. Washigton, D.C: OPS, 1992.

MISKOLCI, Richard. A Teoria Queer e a Sociologia: o desafio de uma analítica da normalização. **Sociologias**. Porto Alegre, n. 21, p. 150-182, 2009.

MONEY, John. **Gay, Straight, and In-Between: The Sexology of Erotic Orientation**. Estados Unidos: New Ed. 1990.

MONEY, John. Gender role, gender identity, core gender identity: usage and definition of terms. **Journal of American Academy Psychoanalysis**, Estados Unidos, v. 1, p. 397-402, 1973.

MONEY, John. Sexual dimorphism and homosexual gender identity. **Psychological Bulletin**. Estados Unidos, v. 74, n. 6, p. 425-440, 1970.

MONEY, John; EHRHARDT, Anke. **Man and woman, boy and girl**. New York: New American Library, 1974.

MONEY, John; HAMPSON, Joan G; HAMPSON, John L. An examination of some basic sexual concepts: the evidence of human hermaphroditism. Department of Psychiatry, **The John Hopkins University School of Medicine**. Baltimore, v. 4, p. 301-319, 1955.

MONEY, John; HAMPSON, Joan G; HAMPSON, John L. Hermaphroditism: recommendations concerning assignement of sex, change of sex, and psychologic management. Department of Psychiatry, **The John Hopkins University School of Medicine**. Baltimore, v. 97, n. 4, p. 284-300, 1955.

MONEY, John; HAMPSON, Joan G; HAMPSON, John L. Imprinting and the establishment of gender role. Department of Psychiatry, **The John Hopkins University School of Medicine**. Baltimore, v. 77, n. 3, p. 333-336. 1956.

MOTTA, Jose Inácio Jardim; RIBEIRO, Victória Maria Brant. Who teaches queer: the prospect of queer theory analysis in the health education process. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1695–1704, 2013.

NUNES, Hariagi Borba. Sapatão enquanto rizoma: desterritorialização da lésbica. *In: Anais eletrônicos do VII Seminário Corpo, Gênero e Sexualidade, do III Seminário Internacional Corpo, Gênero e Sexualidade e do III Luso-Brasileiro Educação em Sexualidade, Gênero, Saúde e Sustentabilidade [recurso eletrônico] /organizadoras, Paula Regina Costa Ribeiro... [et al.] – Rio Grande: Ed. da FURG, 2018.*

OLIVEIRA, Sérgio de Freitas. As vozes presentes no texto acadêmico e a explicitação da autoria. **Pedagogia em ação**. Minas Gerais, v. 6, n. 1, p. 3-21, 2014.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health, 28-31 January 2002, Geneva**. Geneva: World Health Organization. 2006.

PAGLIOSA, Fernando Luiz; DA ROS, Marco Aurélio. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, p. 492-499, 2008.

PASSOS, Eduardo; BARROS, Regina Benevides de. **Cartografia como método de pesquisa-intervenção**. *In: PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virginia; DA ESCÓSSIA,*

Liliana. (Orgs.) *Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina, 2009. p.17-31.

PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia; ESCOSSIA, Liliana de. (orgs.). **Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2009.

PATTON, Michael Quinn. **Qualitative evaluation and research methods**. Beverly Hills, CA: Sage, 1990, p. 169-186.

PELBART, Peter Pal. **Filosofía de la deserción: nihilismo, locura y comunidad**. Buenos Aires: Tinta Limón Ediciones, Colección: Nociones comunes, 2009.

PERES, Rodrigo Sanches; BORSONELLO, Elizabete Cristina; PERES, Wiliam Siqueira. A esquizoanálise e a produção da subjetividade: considerações práticas e teóricas. **Psicologia em Estudo**. Maringá, v. 5, n. 1, p. 35 – 43. 2000.

PINZÓN, Carlos Eduardo. The big paradigms of the medical education in latin american countries. **Acta Medica Colombiana**. Colombia, v. 33, n. 1, p. 33–41, 2008.

PRECIADO, Paul B. **Manifiesto contra-sexual – Prácticas subversivas de identidad sexual**. Madrid: Opera Prima, 2002.

PRECIADO, Paul B. Multidões queer: notas para uma política dos "anormais". **Rev. Estud. Fem.**, Florianópolis, v. 19, n. 1, p. 11-20, 2011.

PRECIADO, Paul B. **Testo Yonqui**. Madrid: Espasa, 2008.

RICH, Adrienne. La heterosexualidad obligatoria y la existencia lesbiana. **Signs: Journal of Women in Culture and Society**. Boston, n. 5, n. 4, 1980.

SEGATO, Rita Laura. **La Crítica de la Colonialidad en Ocho Ensayos y una Antropología por Demanda**. Buenos Aires: Prometeo, 2015.

ROCHA, Kátia Bones *et al.* La atención a la salud en Brasil a partir de la percepción de travestis, transexuales y transgéneros. **Forum: Qualitative Social Research**. Berlin, v. 10, n. 2, 2009.

RODRIGUEZ, Ana María Mújica. **Experiências de atenção à saúde e percepções das pessoas transgênero, transexuais e travestis sobre os serviços públicos de saúde em Florianópolis/SC., 2014.** 2014. Dissertação (Mestrado Saúde Coletiva) - Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 2014.

ROGAN, Frances; BUDGEON, Shelley. The Personal is Political: Assessing Feminist Fundamentals in the Digital Age. **Social Science**. Basel, v. 7, p. 1-19, 2018.

ROHDEN, Fabíola. A construção da diferença sexual na medicina. **Cad. Saúde Pública.**, Rio de Janeiro, v. 19, supl. 2, p. S201-S212, 2003.

ROLNIK, Suely. Pensamento, corpo e devir. Uma perspectiva ético/estético/política no trabalho acadêmico. Palestra proferida no concurso para o cargo de Professor Titular da PUC/SP, realizado em 23/06/93, publicada no **Cadernos de Subjetividade**, v.1 n.2: 241-251. Núcleo de Estudos e Pesquisas da Subjetividade, Programa de Estudos Pós Graduados de Psicologia Clínica, PUC/SP. São Paulo, 1993.

ROMANO, Valéria Ferreira. As travestis no programa saúde da família da Lapa. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 17, n. 2, p. 211–219, 2008.

RUFINO, Andréa Cronemberger; MADEIRO, Alberto Pereira; GIRAO, Manoel João Batista Castello. O Ensino da sexualidade nos cursos médicos: a percepção de estudantes do Piauí. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 2, p. 178-185, 2013.

RUIZ, José Ignacio Olabuénaga. **Metodología de la investigación cualitativa**. Bilbao: Universidad de Deusto, 1996.

SALLES, Débora Gomes; GONÇALVES, Jéssica dos Santos; ARAUJO, Luciana Danielli de. A transexualidade na literatura científica das ciências da saúde. **Inf. Inf.**, Londrina, v. 22, n. 2, p. 265 – 292, 2017.

SANTOS, Sheila Milena Pessoa dos; CARVALHO, Eulina Maria Pessoa. Graduação em enfermagem: uma análise do currículo da perspectiva de gênero. **Rev enferm UFPE.**, Recife, v. 9, p. 8079-87, maio., 2015.

SARAMAGO, José. **Deste Mundo e do Outro**. Portugal: Editorial Arcádia, 1971.

SCOTT, Joan Wallach. Gender: A Useful Category of Historical Analysis. **The American Historical Review**. United States, v. 91, Issue 5, p. 1053-1075, 1986.

SCOTT, Joan Wallach. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação & Realidade**. Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 71-100, 1995.

SEDGWICK, Eve Kosofsky. **Epistemología del armario**. Barcelona: Ediciones de la Tempestad, 1998.

SENA, Tito. **Sexualidades, estatísticas e normalidades: a persona numerabilis nos relatórios Kinsey, Masters & Johnson e Hite**. Brasil: Mulheres, 2013.

SERANO, Julia. **Whipping Girl: A Transsexual Woman on Sexism and the Scapegoating of Femininity**. Berkeley, Ca: Seal Press, 2007.

SILVA JUNIOR, Aluísio Gomes da. **Modelos Tecnoassistenciais em Saúde: O debate no campo da Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 1998.

SILVA, Marcus Vinícius Tams da; HATJE, Luis Felipe; ZOLLNER, Ana Maria; FORNARI, Ricardo; RODRIGUES, Obirajara. A produção científica no brasil sobre saúde de sujeitos transgêneros publicada no pubmed. Anais eletrônicos do VII Seminário Corpo, Gênero e Sexualidade, do III Seminário Internacional Corpo, Gênero e Sexualidade e do III Luso-Brasileiro Educação em Sexualidade, Gênero, Saúde e Sustentabilidade [recurso eletrônico]. Organizadoras, RIBEIRO, Paula Regina Costa, *et al.* Rio Grande: Ed. da FURG, 2018.

VERGUEIRO, Viviane. **Por inflexões decoloniais de corpos e identidades de gênero inconformes: uma análise autoetnográfica da cisgeneridade como normatividade**. 2015. Dissertação (Mestrado em Cultura e Sociedade) - Programa Multidisciplinar de Pós-Graduação em Cultura e Sociedade, Instituto de Humanidades, Artes e Ciências Professor Milton Santos, da Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2015.

SOUZA, Liziane Dias de. **Transexualidade e saúde na produção científica brasileira**. Trabalho de conclusão de curso (Especialização Saúde Pública). Curso de Especialização em Saúde Pública da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS. Porto Alegre. 2018.

STOLLER, Robert. **A experiência Transexual**. Rio de Janeiro: Imago; 1982.

STOLLER, Robert. **Sex and Gender**. New York: Science House, 1968.

STP. Stop Trans Pathologization. Rede Internacional pela Despatologização Trans.

Disponível em: <http://stp2012.info/old/pt>.

URUGUAY. El senado y la cámara de representantes de la república oriental del Uruguay, reunidos en asamblea general. Ley no 18.620. Ley no 18.620. Derecho a la identidad de género y al cambio de nombre y sexo en documentos identificatorios. 2009.

WARNER, Michael. Introduction: Fear of a Queer Planet. **Social Text**. Estados Unidos, v. 29, p. 3-17, 1991.

WARNER, Michael. **The Trouble with Normal: Sex, Politics, and the Ethics of Queer Life**. Estados Unidos: Harvard University Press, 1999.

WHO. World Health Organization. Coding disease and death. 2018. Disponível em:

<https://www.who.int/health-topics/international-classification-of-diseases->.

WHO. World Health Organization. ICD-10 Version: 2016. Disponível em:

<https://icd.who.int/browse10/2016/en#/F65.1>. Acesso em: 10.04.2018.

WITTIG, Monique. **El pensamiento heterosexual y otros ensayos**. Madrid: Egales, [1992] 2006.

ZOWIE, Davy; TOZE, Michael. What Is Gender Dysphoria? A Critical Systematic Narrative Review. **Transgender Health**. Chicago, v. 3.1, p. 159-169, 2018.

APÊNDICE A
ROTEIRO DA ENTREVISTA-CONVERSA INDIVIDUAL

1. Me conta um pouco de você, como foi sua infância, sua adolescência e sua relação com as questões de gênero e sexualidade nesses momentos da sua trajetória de vida.
2. Atualmente como você se identifica (identidade de gênero) e como tem sido esse processo, no nível pessoal, social, familiar e na saúde
3. O que espaços você transita para cuidar da sua saúde?
4. Como é a sua relação com esses espaços que você transita para cuidar da sua saúde?
5. Como você se sente nesses espaços que você transita para cuidar da sua saúde?

ANEXO A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO Pesquisa: “Cartografias de cuidados à saúde trans na Atenção Primária do município de Florianópolis, 2017 - 2018”,

Eu, _____, R.G: _____, declaro, por meio deste termo, que concordei em ser entrevistado(a) na pesquisa de campo referente ao projeto intitulado “Cartografias de cuidados à saúde trans na Atenção Primária do município de Florianópolis, 2017 - 2018”, desenvolvida através do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Fui informado, ainda, de que a pesquisa é coordenada pelo Prof. Rodrigo Otávio Moretti-Pires.

Afirmo que aceitei participar por minha própria vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro e com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa. Fui informado dos objetivos estritamente acadêmicos do estudo. Fui também informado de que os usos das informações por mim oferecidas estão submetidos às normas éticas destinadas às pesquisas envolvendo seres humanos, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde.

Minha colaboração se fará de forma anônima, por meio de entrevista individual e acompanhamento. Pedimos sua permissão para gravá-la para que possamos ser fiéis ao seu relato. As gravações serão posteriormente apagadas.

Garantimos que será mantida a CONFIDENCIALIDADE das informações e o ANONIMATO de todos que participarem das entrevistas.

O acesso e a análise dos dados coletados se farão apenas pela pessoa pesquisadora.

Estou ciente de que, caso eu tenha dúvida ou me sinta prejudicado, poderei contatar a pessoa pesquisadora responsável ou suas colaboradoras, ou ainda ao Comitê de Ética em Pesquisa.

A pessoa pesquisadora principal do estudo me ofertou uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme recomendações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Fui ainda informado de que minha participação é voluntária e que posso me retirar desse estudo a qualquer momento, sem prejuízo para meu acompanhamento ou sofrer quaisquer sanções ou constrangimentos.

Contudo, ressaltamos a importância de sua contribuição para a pesquisa.

Florianópolis, ____ de _____ de ____

Assinatura do(a) participante: _____

Assinatura de pesquisadore: _____