



Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista
Latinoamericana
E-ISSN: 1984-6487
mariaglugones@gmail.com
Centro Latino-Americano em Sexualidade e
Direitos Humanos
Brasil

Borba, Rodrigo

Sobre os obstáculos discursivos para a atenção integral e humanizada à saúde de pessoas
transexuais
Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana, núm. 17, agosto, 2014, pp. 66-97
Centro Latino-Americano em Sexualidade e Direitos Humanos
Río de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=293331474003>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Sexualidad, Salud y Sociedad

REVISTA LATINOAMERICANA

ISSN 1984-6487 / n.17 - ago. 2014 - pp.66-97 / Borba, R. / www.sexualidadesaludysociedad.org

Sobre os obstáculos discursivos para a atenção integral e humanizada à saúde de pessoas transexuais

Rodrigo Borba

Mestre em Linguística Aplicada
Doutorando do Programa Interdisciplinar de Linguística Aplicada
Faculdade de Letras – Dpto. de Letras Anglo-Germânicas
Universidade Federal do Rio de Janeiro
Rio de Janeiro, Brasil

> rodrigoborba@lettras.ufrj.br

Resumo: Este artigo problematiza alguns obstáculos discursivos para o cuidado integral e humanizado à saúde de pessoas transexuais no Processo Transexualizador brasileiro. Para tanto, faz-se o cotejamento das experiências de Agnes, uma participante da Clínica de Gênero da UCLA na década de 1950, e Vitória, atual usuária de um dos programas de transgenitalização brasileiros, com instâncias classificadoras. Argumenta-se que, embora estejam temporal e geograficamente distantes, Agnes e Vitória engajam-se em performances identitárias muito semelhantes balizadas por uma política narrativo-essencialista que patologiza e homogeneíza as transexualidades. Defende-se que tal política pode ser desafiada por microrresistências narrativo-performativas, i.e., histórias de vida que mostrem às instâncias classificadoras/diagnosticadoras *in situ* as multiplicidades que constituem nossa vida generificada e possam, enfim, produzir, performativamente, novos regimes identitários em consonância com a fragmentação que nos é constitutiva. Com isso, argumenta-se que a despatologização da transexualidade é central para a construção de relações intersubjetivas entre equipes médicas e usuários/as transexuais baseadas em confiança mútua, salientando, assim, seu potencial para a humanização do cuidado à saúde.

Palavras-chave: Processo Transexualizador; análise do discurso; humanização; integralidade; despatologização

Acerca de los obstáculos discursivos para la atención integral y humanizada de la salud de personas transexuales

Resumen: Este artículo problematiza algunos obstáculos discursivos en el Proceso Transexualizador brasileño para el cuidado integral y humanizado de la salud de personas transexuales. Se realiza, para ello, el cotejo de las experiencias de Agnes, participante de la Clínica de Género de la UCLA en la década de 1950, y Victoria, actual usuaria de uno de los programas de transgenitalización brasileros, con las instancias clasificadoras. Se argumenta que, aunque temporal y geográficamente distantes, Agnes y Victoria se comprometen en performances identitarias muy semejantes, demarcadas por una política narrativo-existencialista que patologiza y homogeneiza las transexualidades. Se sostiene que dicha política puede ser desafiada por microrresistencias narrativo-performativas, es decir, historias de vida que muestren a las instancias clasificadoras/diagnosticadores, *in situ*, las multiplicidades que constituyen nuestra vida generificada y puedan, finalmente, producir performativamente nuevos regímenes identitarios, en consonancia con la fragmentación que nos es constitutiva. Se argumenta con ello que la despatologización de la transexualidad es central para la construcción de relaciones intersubjetivas entre equipos médicos y usuarios/as transexuales basadas en la confianza mutua, destacando así su potencial para la humanización del cuidado de la salud.

Palabras clave: Proceso Transexualizador; análisis del discurso; humanización; integralidad; despatologización

On the discursive obstacles for a comprehensive and humanized trans-specific healthcare

Abstract: This paper discusses some discursive obstacles for a comprehensive and humanized trans-specific health care in the Brazilian context. To this end, it compares the experiences with classifying agencies established by Agnes, a participant at the UCLA Gender Clinic in the 1950's, and Vitória, a user of one of the sex reassignment clinics in Brazil. It is argued that although Agnes and Vitória are temporally and geographically afar, they produce very similar identity performances, which are guided by a narrative-essentialist policy that pathologizes and homogenizes transsexualities. The paper defends that this narrative policy may be challenged by narrative-performative microresistances, i.e. life stories that show the classificatory/ diagnostic institutions the multiplicities that constitute our gendered life. These stories may performatively construct new identity regimes in accordance with the chaos that constitutes

our identities. It is argued that depathologizing transsexuality is a central strategy to build more trusting intersubjective relations between physicians and transsexual users of the clinics. It is concluded that the depathologization of transsexuality offers a potent alternative for the humanization of trans-specific health-care.

Keywords: Processo Transexualizador; discourse analysis; humanization; comprehensive healthcare; depathologization

Sobre os obstáculos discursivos para a atenção integral e humanizada à saúde de pessoas transexuais¹

A genealogia do dispositivo da transexualidade (Castel, 2001; Bento, 2006; Lionço, 2006; Murta, 2007; Leite Jr., 2011; Santos, 2011; Teixeira, 2013)² mostra o papel central dos sistemas de conhecimento médico na constituição do que o DSM-IV³ chama de Transtorno de Identidade de Gênero. Conhecemos Hirschfeld, Caudwell, Money, Benjamin e Stoller muito bem. No entanto, essa genealogia tem se dedicado com menos afinco a um vetor importante na circulação social de classificações médicas, i.e., a interação entre instituições classificadoras e indivíduos por elas categorizados lá mesmo onde a classificação se dá, entre as paredes dessas instituições. Nesse sentido, Ian Hacking (2007, 2013) pontua que classificações

¹ Sou grato à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela bolsa de doutorado sanduíche (processo BEX 8266/13-1) que possibilitou o desenvolvimento de parte da pesquisa relatada aqui. Uma versão preliminar desse trabalho foi apresentada no I Seminário Internacional Desfazendo Gênero, realizado em Natal em 2013. Agradeço as sugestões e críticas compartilhadas com Fátima Lima, Viviane V., Hailey Kaaz, André Guerreiro, Mariah Rafaela da Silva, Elizabeth Sara Lewis, Jorge Leite Jr. e Flávia Teixeira. Também sou grato aos/as participantes do grupo de pesquisa *Research Workshop in Language and Literacy* da King's College London pela leitura aguçada e crítica de meu trabalho, especialmente Ben Rampton, Guy Cook, Alexandra Georgakopoulou e Roxy Harris.

² Em sua pesquisa genealógica sobre a construção da transexualidade como patologia mental, Bento (2006) delineia os elementos do que chama de “dispositivo da transexualidade”. Nesse sentido, a autora segue Foucault (1993), que define dispositivo como “um conjunto heterogêneo de práticas discursivas e não discursivas que possuem uma função estratégica de dominação. O poder disciplinar obtém sua eficácia da associação entre os discursos teóricos e práticos” (:244).

³ Em maio de 2013, a Associação Americana de Psiquiatria publicou a quinta versão do Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais no qual se efetua uma mudança de Transtorno de Identidade de Gênero para Disforia de Gênero, conceito desenvolvido pelo psiquiatra Norman Fisk em 1973. Disforia, para Fisk, seria o antônimo de euforia (ver Bento, 2008; Santos, 2011). Essa mudança terminológica, segundo o DSM-V, visa à diminuição da carga estigmatizante carregada pela designação “transtorno”. Com efeito, a equipe responsável pela nova versão do manual sublinha que “a não conformidade de gênero não é em si um transtorno mental. O elemento crítico da disforia de gênero é ‘a presença de aflição clinicamente significativa associada à condição’” (Associação Americana de Psiquiatria, 2013). Nessa linha aparentemente despatologizante, o DSM-V dedica um capítulo exclusivo à disforia de gênero, dessa forma desvinculando-a das classificações nosológicas dos capítulos sobre “disfunções sexuais” e “transtornos parafílicos”. No entanto, essa troca terminológica não despatologiza. Muito pelo contrário. O conceito de disforia abrange uma gama maior de sentimentos de desconforto de gênero, o que amplia seu escopo. Para os propósitos analíticos deste artigo, contudo, utilizo como referência a classificação do DSM-IV, pois esta era vigente durante o trabalho de campo realizado entre 2009 e 2010 e, assim, regimentava as ações da equipe médica e de usuários/as transexuais.

científicas emergem do nexo entre um vetor descendente (i.e., as instituições médicas e seus discursos) e um vetor ascendente (i.e., pessoas transexuais e suas formas locais e contingentes de vivenciar as transexualidades).⁴ É sobre este elemento que este artigo se debruça ao investigar algumas dinâmicas interacionais desenvolvidas no Programa de Atenção Integral à Saúde Transexual (PAIST/SUS), um dos serviços de transgenitalização atuantes hoje em dia no Brasil.⁵

Hacking está, com efeito, interessado em analisar as classificações de pessoas nas ciências sociais e naturais num processo que ele chama de “construção de tipos humanos” (Hacking, 2013). De acordo com o autor (1995:352), tipos humanos são aqueles

sobre o quais gostaríamos de ter conhecimento sistemático, geral e apurado; classificações que poderiam ser usadas para formular verdades gerais sobre pessoas; generalizações suficientemente fortes que parecem leis sobre as pessoas, suas ações ou seus sentimentos. Queremos leis suficientemente precisas para predizer o que os indivíduos farão ou como responderão às tentativas de ajudá-los ou modificar seus comportamentos. O modelo é aquele das ciências naturais. Somente um tipo de causalidade é considerado relevante: causação eficiente.

Assim sendo, os tipos que Hacking chama para seu foco analítico são aqueles produzidos nas ciências e que, antes do interesse científico em seus comportamentos, gostos, corpos e práticas, não existiam na cultura como categorias, senão como possibilidades. Seu trabalho investiga como essas classificações afetam as pessoas categorizadas e como os efeitos nas pessoas modificam, por sua vez, a catalogação. Seu empreendimento filosófico, então, sincretiza duas abordagens de

⁴ Para os propósitos deste artigo, “pessoas transexuais” (e suas variantes, sujeitos, indivíduos e usuários/as transexuais) refere-se ao grupo de indivíduos que, *grosso modo*, se identificam com o gênero oposto àquele designado no nascimento e baseado na morfologia do sexo congênito. O termo visa ser inclusivo ao agregar mulheres transexuais e homens transexuais em suas variadas e contingentes relações com o gênero, de forma a relativizar a centralidade da cirurgia em suas vivências. Com isso, também se evita a essencialização da experiência implicada no uso de “transexual” como substantivo genérico. Vivenciar alguma forma de transexualidade é *uma* das qualidades desses indivíduos, não a principal. Nesse sentido, Gomes de Jesus (2012:15) pontua que o uso do termo isoladamente “soa ofensivo”, pois reduz a complexidade da experiência. Nessa mesma linha, utilizei o termo “mulheres transexuais” e “homens transexuais”. Dessa forma evidencia-se o gênero construído e não o sexo congênito dos indivíduos, como é corriqueiro em instâncias médicas (ver Bento, 2006, para uma discussão interessante dessa posição).

⁵ A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética e Pesquisa do hospital onde o PAIST se encontra e foi devidamente aprovada (processo CAAE 0040.0.228.000-10). Utilizo pseudônimos para me referir às instituições e às pessoas envolvidas na pesquisa.

análise do discurso: uma perspectiva descendente, mais “abstrata” ou “macro” (por assim dizer), que olha para sistemas de conhecimento compostos em uma época e um lugar específicos e uma perspectiva ascendente ou “micro”, preocupada com indivíduos em contextos concretos e suas relações com outras pessoas classificadas e/ou com as instituições classificadoras. Vemos em Hacking um sincretismo analítico em que Foucault e Goffman se retroalimentam. Consoante este filósofo (2004), tanto Foucault quanto Goffman são importantes para que entendamos como classificações de pessoas interagem com as pessoas por elas atingidas. Para Hacking, a abordagem genealógica de Foucault nos oferece uma discussão mais geral (macro, por assim dizer) sobre a constituição de sistemas de conhecimento; no entanto,

Há algo ausente nessa abordagem [foucaultiana] – um entendimento sobre como as formas do discurso se tornam parte da vida cotidiana dos indivíduos e mesmo de como elas se tornam institucionalizadas como parte da estrutura das instituições em funcionamento. Claro que há algo ausente em Goffman também: uma compreensão de como as instituições que ele descreve emergiram, quais suas estruturas formativas (Hacking, 2004:278).

Hacking (1995, 1999, 2004, 2007, 2013), inspirado por Foucault e Goffmann, está interessado, assim, nos sistemas de classificação e seus efeitos sociais, nas dinâmicas de identificação proporcionadas pelas classificações científicas ou, em outras palavras, em um ciclo discursivo cuja movimentação disponibiliza determinadas formas de agir e de ser. Nesse sentido, a teoria de Hacking salienta a performatividade das classificações científicas.

Consoante Butler (2003), quando o médico afirma “é uma menina!” não está meramente descrevendo o corpo; está, isto sim, inserindo esse corpo em uma série reiterativa de restrições discursivas que o produzirão como feminino. Para Hacking, quando as ciências constroem tipos de pessoas e listam suas características não estão meramente fazendo uma descrição; estão performativamente inserindo essas pessoas em “uma estrutura reguladora altamente rígida”, para usar as palavras de Butler (2003:45), que tautologicamente constrange suas possibilidades de (subjetiv)ação em uma linguagem aparentemente neutra e objetiva que disfarça seu poder de subjugação (Martínez-Guzmán & Íñiguez-Rueda, 2010). É importante enfatizar que a performatividade das classificações científicas não tem somente um efeito prospectivo; ela também funciona retroativamente. No caso da transexualidade, por exemplo, um dos “sintomas” do Transtorno de Identidade de Gênero no DSM-IV indica que “a identificação com o gênero oposto é manifestada por uma acentuada preocupação com atividades tradicionalmente femininas” (Associação Americana de Psiquiatria, 1994:533) na infância. Aí,

brincadeiras infantis precipitam-se como um sintoma causal de um transtorno mental. A performatividade retroativa da classificação faz com que pessoas transexuais releiam sua infância como sintomática desse transtorno.⁶ A classificação, portanto, faz com que nossas “experiências não sejam somente redescritas; elas são revividas” (Hacking, 1999:130).

Neste trabalho, inspirado por Hacking (e Foucault e Goffman e Butler), focalizo justamente as dinâmicas sociais ascendentes nas quais pessoas transexuais interagem com a classificação. Não se trata aqui de culpabilizar indivíduos transexuais por sua patologização, mas, isto sim!, refletir sobre uma dinâmica social constitutiva de qualquer classificação científica sobre pessoas e seus comportamentos. De forma mais clara: *as pessoas transexuais não optaram pela classificação psiquiátrica, mas foram por ela cooptadas* justamente nessa trajetória circular dos tipos humanos. O caso da transexualidade é paradigmático nesse sentido: nem mesmo 50 anos de pesquisas clínicas e psicológicas e o relativamente recente interesse das ciências sociais pelas vivências transexuais modificaram a classificação de forma significativa, que mantém os critérios diagnósticos quase intactos desde sua primeira inserção no manual da Associação Americana de Psiquiatria, o DSM-III, em 1980.

Essa discussão será guiada pelo cotejamento das experiências de duas pessoas transexuais com instituições médicas. A primeira é Agnes, que em 1958 apareceu no Departamento de Psiquiatria da UCLA, onde conheceu o psicanalista Robert Stoller e o etnometodólogo Harold Garfinkel. Garfinkel transformou a história de Agnes em um clássico da literatura sociológica com a publicação de seu *Studies in Ethnomethodology*.

⁶ Vale apontar aqui minhas próprias dúvidas quanto à minha infância quando me deparei com o texto do DSM-IV. Quando criança, sob os cuidados de minha avó materna, eu passava as tardes caminhando com os sapatos de saltos altos de minha mãe. Certa feita, intrigado com duas pintas idênticas que tenho nos lóbulos das orelhas, tentei perfurar o local dessas manchas com cravos, pois não tinha brincos disponíveis (minha mãe odiava adornos). O sangue escorreu e minha mãe descobriu a brincadeira secreta. Até os 5 anos de idade, isso descobri recentemente, tinha cabelos cacheados e alourados no comprimento dos ombros, o que causava confusão na rua. Segundo minha mãe, ela cortou os cabelos que dizia serem lindos para evitar que eu fosse confundido com uma menina. Além disso, eu me deliciava na cozinha com minha mãe, vendo-a fazer bolos, e achava tal atividade muito mais interessante e satisfatória que o jogo de futebol com meus amigos. Preferia também brincar com minhas primas, pois não havia ali competição explícita ou embates físicos mais fortes. No início do trabalho de campo, ao me defrontar com os critérios diagnósticos, involuntariamente iniciei um processo de questionamento sobre minha própria identidade de gênero: afinal, eu poderia “sofrer” de Transtorno de Identidade de Gênero? As histórias sobre suas infâncias que pessoas transexuais contavam para a equipe médica eram muito semelhantes às minhas. Após um longo processo de questionamento, cheguei à conclusão que essa era a força performativa retroativa da classificação: mesmo nunca tendo me identificado como uma pessoa transexual, comecei a reler minha infância nos termos do DSM.

dology (1967), texto que trago sob escrutínio aqui. A segunda é Vitória, que conheci em 2010 durante a realização de um trabalho de campo de 13 meses em um dos programas de transgenitalização brasileiros que, por motivos de caráter ético, chamo de Programa de Atenção Integral à Saúde Transexual (PAIST, doravante).

Embora a relação de Agnes e Vitória com as instituições classificadoras sejam geograficamente separadas (Agnes, nos EUA; Vitória, no Brasil) e temporalmente longínquas (mais de 50 anos separam as duas), ambas são intertextualmente ligadas pelo que chamo de “política narrativo-essencialista”. Em tal regime discursivo, as ações sociais que colorem nossas narrativas são entendidas como um simples reflexo de uma essência, servindo de força motriz para nossas ações. Essa essencialização está no centro da patologização de performances identitárias que corporificam deslocamentos entre sexo, gênero e práticas sexuais e, com isso, mostram as fissuras na matriz heterossexual de inteligibilidade (Butler, 2003). Acredito que tal política pode ser confrontada com microrresistências narrativo-performativas, i.e., histórias de vida que mostrem às instâncias classificadoras/diagnosticadoras *in situ* as multiplicidades que constituem nossa vida generificada e possam, enfim, produzir, performativamente, novos regimes identitários em consonância com o caos que nos é constitutivo.

Agnes

É no quinto capítulo de *Studies in Ethnomethodology* (1967) que somos apresentados/as à Agnes, “uma menina de 19 anos, criada como menino, cujas medidas eram 96-63-96 acompanhadas de pênis e escroto totalmente desenvolvidos” (Garfinkel, 1967:117). Este capítulo se intitula “Passing and the managed achievement of sex status in an intersexed person, part 1”. Uma leitura aguçada nos faria parar aqui e perguntar: “mas se Agnes era uma intersexual, como indicado no título, o que sua história pode dizer sobre a classificação médica “transexual”? À primeira vista, ela não nos ensinaria nada sobre transexualidade, pois a história social dessas duas classificações seguiu trajetórias distintas, embora aparentadas, como bem nos mostra o trabalho de Leite Jr. (2011). No apêndice a este capítulo, contudo, Garfinkel revela que depois de oito anos da realização das cirurgias, Agnes confessou a Stoller, por carta, que havia mentido: embora houvesse dito à equipe de pesquisadores da UCLA que tinha nascido com um problema congênito ironicamente “confirmado” em exames clínicos (um problema raro que Stoller chama de “síndrome de feminização testicular”, p. 285), ela, desde os 12 anos de idade, tomara os medicamentos receitados para a reposição hormonal de sua mãe. Apesar de a classificação psiquiátrica “transexual” estar à época em estado incipiente,

aprendemos neste apêndice que Agnes, de fato, não era uma pessoa intersexual, o que transforma o relatório de Garfinkel na primeira discussão sociológica profunda sobre a construção de performances de gênero da/na transexualidade (Raby, 2000).

Embora Garfinkel fizesse parte da equipe de Stoller, eles tinham objetivos diferentes: enquanto Stoller, como psicanalista, se preocupava em descobrir a gênese da transexualidade (que mais tarde (1982 [1975]) defende estar nas relações sociais de uma família disfuncional), Garfinkel, como etnometodólogo, estava interessado em “capturar o trabalho socialmente situado pelo qual Agnes realizava a tarefa de se passar por uma mulher ‘normal’” (Rogers, 1992:124). De fato, a etnometodologia tem como foco os métodos usados na administração de atividades públicas e interpessoais, i.e., os etnométodos naturalizados por membros de uma cultura e que, por serem tão sedimentados, tendem a ficar escondidos ou invisíveis no desenvolvimento da vida social.

Vale ressaltar que o conceito de “gênero”, apesar de já existir, não era corrente à época; afinal, estamos falando da década de 1950. Garfinkel chama o que hoje entendemos por gênero de “status sexual” e usa Agnes para defender sua teoria, segundo a qual “o pertencimento a um status sexual é sustentado através de uma variedade de circunstâncias práticas e suas contingências e ao mesmo tempo preserva o sentido de que tal pertencimento é um fato natural, normal e moral da vida em sociedade” (Zimmerman, 1992:184-185).

O conceito de “passar”, hoje obsoleto após a popularização das teorias butlerianas, é central na relação entre Garfinkel e Agnes. O etnometodólogo define “passar” como “o trabalho de atingir e garantir os direitos de viver em um status sexual eleito enquanto salvaguardando a possibilidade de descoberta presente nas condições socialmente estruturadas nas quais esse trabalho ocorre” (:118). Com efeito, a crítica feminista a este trabalho (Denzin, 1990; Raby, 2000) tem afirmado que o que temos ali é uma descrição misógina feita por um homem branco, heterossexual, de classe média que ignora o fato de as performances de sua interlocutora terem sido feitas para e com ele com vistas a servir propósitos específicos, i.e., obter as intervenções corporais. De fato, a voz de Agnes é rara neste texto: Garfinkel não disponibiliza transcrições de suas conversas, somente descrições (que, como sabemos, são em si performativas) de suas impressões. Ouvimos Agnes somente esparsamente em algumas citações utilizadas pelo autor do relato. Embora pareça contraditório, é aí mesmo que se encontra o potencial deste texto, pois ele nos fornece uma oportunidade de analisarmos os efeitos performativos das performances que Agnes elaborou para e com Garfinkel; efeito, à época, compartilhado por Benjamin, Stoller e outros e que moldou/molda a classificação psiquiátrica do DSM e o entendimento atual das equipes multidisciplinares dos programas de transgenitalização brasileiros.

Alguns dos etnométodos identificados por Garfinkel em sua análise de mais de 35 horas de gravação de conversas com Agnes e que cumulativamente, por seu efeito performativo, possibilitaram a autorização das cirurgias são:

1. Eufemismos: “[...] transformar as coisas das quais falava em muito melhores, mais valiosas e mais prazerosas do que poderiam realisticamente ter sido” (:167).
2. Generalidades: “o uso de alusões e referências obscuras ou impessoais” (:167)
3. *Nonchalance*:⁷ “ fingir que não sabia o que estava sendo falado” (:168)
4. Legalismos: “ela respondia e insistia que suas respostas endereçavam corretamente o sentido literal das palavras e das perguntas” (:170)
5. Descuido ensaiado: “Agnes enfatizava a importância de uma aparência casual que era acompanhada por uma vigilância interna” (:172) e ensaiava essa casuabilidade com afinco
6. Manutenção de segredos: “Outra estratégia de seu “passar” [...] é encontrada nos “segredos” que Agnes conseguia proteger [tais como] (1) a possibilidade de uma fonte externa de hormônios; (2) a natureza e a qualidade da colaboração entre Agnes, sua mãe e outras pessoas; (3) qualquer evidência sutil e detalhamentos de seus sentimentos e sua biografia masculinos; (4) para o que seu pênis era usado além de urinar; (5) como ela se satisfazia sexualmente e como satisfazia outros especialmente seu namorado Bill tanto antes como após revelar a eles sua condição; (6) a natureza de quaisquer sentimentos, temores e atividades homossexuais; (7) seus sentimentos sobre ser vista como uma “falsa mulher” (:163)

Pelo uso desses etnométodos, Agnes mostrava a Garfinkel que, apesar de ter sido criada como um garoto e de ainda possuir o pênis, sua feminilidade era um fato “natural” de sua vida social. Com eles, Agnes produzia uma biografia idealizada, na qual evidências de sua feminilidade eram exageradas ao passo que possíveis indícios de masculinidade eram suprimidos (:128). Além disso, seu pertencimento a esse “status sexual” era embebido de conotações morais. Para Agnes (assim como para muitos/as outros/as à época e ainda hoje), ser uma pessoa com valor moral igualava-se a ser vista como a “mulher natural, normal” (:176) que clamava ser. Em minha leitura deste texto, acredito que tais etnométodos são tributários de três campos de significação que davam sentido a suas interações com Garfinkel (e, provavelmente com Stoller) e, assim, participaram ativamente na constituição da classificação psiquiátrica que hoje o DSM-V chama de Disforia de Gênero:

⁷ Termo francês que significa indiferença, descuido, desfaçatez.

1. Demarcação de fronteiras identitárias: Agnes, a homofóbica

Havia uma insistência repetida de que ela não era comparável [aos homossexuais]. “Eu não sou como eles”, ela continuamente dizia. “No ensino médio, eu evitava os meninos que agiam como bichinhos [sissies]... qualquer um com algum problema anormal... Eu os coibia ao ponto de insultá-los para me livrar deles... Eu não queria ser vista conversando com eles porque poderiam achar que estava relacionada a eles. Eu não queria ser classificada com eles” (:131).

2. Aprendizado de como agir “como uma dama”: Agnes, a “aprendiz secreta” (:146)

Várias pessoas eram proeminentes em seus relatos com quem ela não só agia como uma dama, mas aprendia, com eles, a agir como uma dama. [A mãe de Bill] enquanto ensinava Agnes a cozinhar pratos holandeses para agradá-lo, antes de tudo a ensinava a cozinhar. Agnes dizia que a mãe de Bill a ensinou a costurar; a ensinou que roupas ela deveria usar; elas conversavam sobre lojas de roupas, compras, estilos que eram adequados à Agnes e as habilidades para o cuidado da casa (:146).

Agnes falava das “longas palestras” que recebia de Bill em ocasiões nas quais fazia algo que ele desaprovava. Quando ele voltava para casa do trabalho, certa tarde, a encontrou tomando banho de sol no gramado em frente a sua casa. Ela aprendeu muito com os argumentos detalhados e rudes de Bill sobre as maneiras que essa “exibição em frente de todos esses homens voltando do trabalho” era ofensiva para ele, mas atraente para outros homens (:146).

3. Aprendizado das “respostas certas”: Agnes, a antecipadora

Uma ocasião muito parecida com seu papel de aprendiz secreta era quando Agnes deixava o contexto fornecer a ela as respostas às perguntas. Eu acabei por pensar nisso como uma prática de ‘acompanhamento antecipatório’ [...] Eu fiquei estarrecido pelo número de ocasiões nas quais fui incapaz de decidir se Agnes estava respondendo minhas perguntas ou se ela havia aprendido com elas e, de modo mais central, com minhas sutis dicas tanto antes como após as perguntas, que respostas seriam aceitáveis (:147).

Tomados como um todo e de forma cumulativa, os etnométodos descritos pelo sociólogo forjam um efeito pragmático (ou, na terminologia atual, performativo) que o força a interpretar sua interlocutora como, incontestável e naturalmente, tendo sido sempre uma mulher “de verdade”; ou, na avaliação voyeurística de Garfinkel, Agnes se produziu para e com ele como “120% mulher” (:129). Ao construir com/para Garfinkel performances que a produziam como uma mulher

conservadora, pudica, recatada, tímida, delicada, submissa, heterossexual e homofóbica, Agnes conseguiu a aprovação das cirurgias que tanto desejava e, com tais etnométodos, contribuiu para que a cooptação descendente da classificação científica continuasse sua trajetória circular de volta às instituições classificadoras, neste caso o Departamento de Psiquiatria da UCLA, confirmando os estereótipos que guiavam as ações de quem a classificava.

Vitória

Agora comparemos as experiências de Agnes com uma instituição classificadora àquelas vivenciadas por Vitória. Para tanto, utilizarei duas cenas etnográficas retiradas do *corpus* de minha pesquisa de doutorado intitulada *(Des)aprendendo a “ser”: Trajetórias de socialização e performances narrativas no Processo Transexualizador*.

Cena 1

Rebeca, Gilda e eu tomávamos café em uma das vendinhas em frente ao hospital. Eram 8:20 da manhã e como as consultas só iniciariam às 10, tínhamos bastante tempo antes de entrar no hospital. Conversávamos efusivamente sobre a possibilidade de Rebeca receber seu laudo na próxima semana quando encontraria o psiquiatra Fernando, pois, segundo seu cartão de atendimento, já completara dois anos de acompanhamento no PAIST o que satisfazia as exigências das Resoluções [...] De repente somos abordados por Vitória, que comia pães de queijo na banquinha ao lado: “vocês também têm consulta com o doutor Giovani?”. Ela teria sua primeira consulta no PAIST naquele dia. Diferentemente de minhas outras interlocutoras, Vitória ostentava poucos símbolos femininos no corpo. Além de um anel solitário na mão direita e dos longos cabelos, nada mais se podia ver embora dissesse que havia implantado silicone nos seios: “foi só um pouquinho porque não queria exagero e como sou magro não queria parecer um travesti [sic.]”, nos dizia. Vitória tinha mais de 50 anos, mas passara por poucas modificações corporais: sua voz era acentuadamente grave, usava uma camisa masculina larga de mangas longas – que disfarçava seus seios –, calças jeans, botinas pretas e óculos escuros; os pelos de sua barba – embora bem feita à gilete – eram visivelmente espessos. Seu uso do gênero gramatical era oscilante: às vezes se referia a si mesma no feminino, às vezes no masculino. Havia sido casada por muitos anos e tivera duas filhas. [...] Rebeca, com seu sarcasmo típico, perguntou: “você tá sabendo que aqui o tratamento é pra transexuais?”. Vitória, surpresa, respondeu: “sim, por isso mesmo estou

aqui. Sou uma trans". Gilda e Rebeca se olharam em desconfiança. Gilda, sólícita, avisou que se Vitória entrasse no consultório daquela forma, o médico não acreditaria que ela era uma trans: "você ta muito masculina", avisava [...]. Preocupada, Vitória perguntou se sua participação no PAIST seria barrada por ainda não ser "tão bonita como vocês". Gilda disse que era só uma questão de tempo: "assim que você começar a tomar hormônios, vai ficar um escândalo de mulher". Vitória gargalhou [...] Rebeca afirma que os médicos perguntariam desde quando ela se reconhecia como transexual: "eu digo que desde que eu me conheço por gente". No entanto, Vitória conta que "esse sentimento" começara depois que se casou. "Pois não diga isso para eles", aconselhou Gilda. Dando continuidade aos seus ensinamentos, Rebeca avisa que eles também iriam fazer perguntas muito íntimas sobre sexo. "Eu adoro transar", dizia Vitória em tom de voz mais baixo. "Como você não toma hormônios, você deve ficar de pau duro, não é?", inquiriu Rebeca. Vitória explica que já teve ereções, mas não gostava de ser ativo na relação sexual com seu namorado. Agora, "com a idade" é menos frequente "fica duro, de vez em quando acontece. Não me preocupo". Rebeca deu um sorriso de soslaio, olhou para Gilda e para a vendedora de café que escutava atenta nossa conversa, se aproximou de Vitória e falou baixinho: "acho melhor você não admitir isso para eles". [...] Já eram quase 9:40; aviso minhas interlocutoras: "o tempo voa", comentou Vitória enquanto pagava por seu lanche. Decidimos andar em direção à entrada principal do hospital. Me despedi de minhas companheiras de café da manhã, desejei boa sorte a Vitória e fui para a entrada de funcionários para seguir caminho até o ambulatório do PAIST ansioso para acompanhar a consulta de Vitória na urologia. [...] As consultas iniciaram com atraso. Depois de 4 encontros, Carlos, um dos fellows presentes hoje, saiu para chamar a próxima e foi abordado por Vitória que perguntava se demoraria muito para ser atendida. Carlos verificou a ordem dos cartões entregues e afirmou que havia 3 consultas antes de ela ser chamada. Vitória, consternada, explicou que devia pegar o ônibus de volta para a cidade onde morava, no interior do estado, pois já havia comprado a passagem, que era cara. Defrontado com esse fato, Carlos pegou a agenda e remarcou a consulta para o próximo mês. Quando voltou para sala, contou o ocorrido para Giovani e Roberto, que ficaram no consultório, comentando: "mas ele é homem, parece meio roqueiro!" (Diário de campo, 14 de abril de 2010, p. 73-75).

Cena 2

Consulta de Carlos e Vitória, 5 de maio de 2010.

No mês seguinte, Vitória teve sua consulta com Carlos. Apresento abaixo excertos dessa interação que focalizam duas áreas centrais dos critérios diagnósticos

para o Transtorno de Identidade de Gênero⁸: (1) a infância e (2) o desconforto com o órgão genital.⁹

Exerto 1

80 Carlos: Vitória >me diz uma coisa<
81 (0.3)
82 Carlos: °é:::° como é que você chegô a- a- a:::
83 <conclusão> que você::::: >apresenta< um
84 transtorno de::: [>identidade de gênero?<]
85 Vitória: [é:: desde os sete anos] de
86 idade eu::: criava muito assim na hora de
se
87 vesti, tinha umas camisetas que eu usava,
88 fazia feito um maiô↓ .hhh depois aos doze
89 anos de idade >eu comecei a me vesti< usava
90 as roupas da minha mãe:::, prima:: né >não
91 tinha irmã<
92 (...)
93 Vitória: e:::::::- e sempre tive uma tendência:::
94 a gostá de ↑tudo que era coisa de mulher né,
95 nas brincadeiras >eu não soltava pipa< não
96 jogava [↑bo::la]
98 Carlos: [cê se] senti::a diferente dos outros
99 rapazes? [>dos outros garotos?<]
100 Vitória: [ah:::: sim↓ sempre] sempre↓ eu
101 preferia sempre o contato com as mulhe::res,
102 >com as meninas< mais que dos rapazes, esse
103 negócio às vezes de i a clu::be assim,
104 piscina e tê que trocá de roupa na frente
105 dos home >eu nunca gostei disso< [eu sempre-]

⁸ Para as análises que seguem, utilizo como texto de referência o DSM-IV, que vigorava à época do trabalho de campo, no qual a transexualidade é classificada como Transtorno de Identidade de Gênero. O DSM-V e a mudança terminológica para disforia de gênero só vieram a público em 2013.

⁹ As convenções de transcrição derivam da Análise da Conversa (AC) e encontram-se no anexo (Jefferson, 2004). É importante salientar que devido ao propósito deste artigo, não me engajo aqui em uma análise detalhada da sequencialidade dos turnos de fala totalmente nos moldes da AC. Para discussões sobre os procedimentos analíticos da AC, ver Ostermann e Meneghel, 2012; Ostermann e Souza, 2009; Silva, Andrade e Ostermann, 2009.

106 Carlos: [en ten di↓]
107 (.)
[...]
226 Carlos: =entendi, e::: durante o:: s- o seu namoro
227 agora com seu- seu atual namorado↓
228 (.)
229 Carlos: .hh é:::: com relação a::- a- a- ao namo↓ro,
230 você tá usando- você usa o pênis?=
231 Vitória: =não↓ >não [uso< não, não uso]
232 Carlos: [você não faz- não] usa?=
233 Vitória: =não, não uso↓=
234 Carlos: ta [bom↓]
235 Vitória: [eu] não uso e::::::-
[...]
243 Carlos: =você consegue ficá:::[:: >ereto<]
244 Vitória: =penso nele-] [exatamente] isso↓
245 Carlos: entendи, você::: <quando se ↑olha> no espelho
246 e olha seu::- seu genital↓ se nota alguma
247 coisa? cê- >cê fica [constrangido?<]
248 Vitória: [é eu fico numa] situação
249 meio desagradável, [>situação ruim<]
250 Carlos: [é desagradável]
251 Vitória: é=

252 Carlos: =você acha desagradável tê::- tê o pênis=

253 Vitória: =é,>eu acho=<

254 Carlos: =cê acha=

255 Vitória: =mas eu não sei se eu fari::a a::: >cirurgia<
256 de <<redesignação>> sexual, isso eu ainda não
257 me defini,

258 Carlos: °°perfe[ito°°]
[...]
646 Carlos: <<infelizmente>> infelizmente >mas assim< é
647 um programa longo↓ [não] precisa ↑ressa agora
648 Vitória: [uhum]
649 Carlos: >cê ta entendendo?< [é::]: tudo são novidades=

650 Vitória: [uhum]
651 Carlos: =cê ta sendo (visto) de coisas [que cê nunca=

652 Vitória: [é:: eu tenho=

653 Carlos: =imaginô↓]

654 Vitória: =lido muito também::: [ô::::]: >Carlos< eu=

655 Carlos: [isso]

656 Vitória: =leio muito pela internet, [muita maté::ria]

657 Carlos: [não precisa cê]

658 tê ↑pressa disso não↓ você::::: >assim< fica

659 tranquilo que:::: é:::: a diferença de um mês

660 pra quatro meses >de diferença< pa↑rece ↑sê:::

661 >mas ↑cê vai vê< é rápido=

662 Vitória: =é=

Nessas cenas, Vitória se encontra na interseção de dezenas de signos culturalmente reconhecíveis como índices de feminilidade e masculinidade: roupas, cabelos, barba, seios, pênis, narrativas e (implicitamente) os textos diagnósticos e a conversa que teve com Rebeca e Gilda povoam sua interação com o médico. Com efeito, em suas estilizações corporais e em suas experiências de vida, Vitória destoa de Rebeca e Gilda, no PAIST há mais tempo, que a aconselharam sobre sua participação no Programa. Quando finalmente conseguiu uma consulta, semanas mais tarde, o que vemos é a transformação da conversa (e, possivelmente, de outras conversas e muitos outros textos) que tivemos em uma performance de transexualidade à la DSM-IV. Parafraseando Goffman (1959), aí vemos que se há um teste de identidade, haverá provavelmente um espetáculo em que tal identidade será enfatizada.

Embora Vitória tenha começado sua identificação como pessoa transexual já na idade adulta, em sua interação com Carlos o conselho de Rebeca (“não diga isso a eles”) se metamorfoseia em uma narrativa na qual as brincadeiras inocentes de quando era criança são explicadas de forma a satisfazer a função diagnóstica da pergunta do médico: como é que você chegô a- a- a::::: <conclusão> que você::::: >apresenta< um transtorno de::: [>identidade de gênero?<]. Esta pergunta, por sua vez, ecoa um dos critérios do DSM-IV, no qual se considera que “deve haver evidências de uma forte e persistente identificação com o gênero oposto” (Associação Americana de Psiquiatria, 1994:532). Na interação médico/a-pessoa transexual, tais evidências são comumente procuradas na infância, já que o próprio manual da APA dá centralidade a esse período de vida na etiologia do que chama de Transtorno de Identidade de Gênero. Note que Vitória antecipa a pergunta do médico e a responde antes mesmo de ele terminar seu turno de fala e, em sobreposição (linhas 84 e 85), afirma que [é:: desde os sete anos] de idade eu::: criava muito assim na hora de se vesti. Vitória continua sua narrativa dizendo que a partir dos 12 anos de idade suas brincadeiras com roupas femininas se intensificaram. Carlos entende que foi

nessa idade que ela começou a se vestir assim, ao que Vitória responde negativamente de forma enfática e com repetições da informação que achava importante (linha 114). Afinal, de acordo com o DSM, quanto mais cedo se é acometido/a pelo “transtorno”, mais “transexual” se é.

Ademais, segundo o DSM-IV, “deve haver evidências de um desconforto persistente com o próprio sexo atribuído” (Associação Americana de Psiquiatria, 1994:533). Podemos vislumbrar a centralidade desse critério não só na interação entre Carlos e Vitória (linhas 226-235), mas também durante o café da manhã que partilhamos duas semanas antes. De fato, nessa ocasião, a iniciante no PAIST afirmou que não se importava com o pênis ou com suas esparsas ereções. Em sua consulta, momentos antes de o médico perguntar se .hh é::::: com relação a::- a- a- ao namorô, você tá usando- você usa o pênis?= Vitória havia contado sobre seu casamento e sobre suas filhas, o que poderia indicar ao médico que ela não necessariamente tinha o desconforto diagnóstico propalado pelo DSM. Embora ela tivesse nos dito que seu pênis não a incomodava (pelo mesmo não com a intensidade exigida pelo DSM), em sua conversa com o médico o aviso de Rebeca sobre a relação de Vitória com sua genitália (“acho melhor você não admitir isso para eles”) é materializado em uma resposta positiva ao turno do médico no qual ele resume seu entendimento da narrativa de Vitória: =você acha desagradável tê::- tê o pênis= (linha 253).

Próximo do fim da consulta, enquanto Carlos explica à sua interlocutora o funcionamento do programa, Vitória enfatiza que tem se mantido informada sobre o Processo Transexualizador, pois tem lido muito também::: [ô:::]>Carlos< eu= leio muito pela internet, [muita maté::ria]. Embora o médico não tenha se orientado pelas observações de Vitória sobre suas leituras, este é um elemento central do Processo. De fato, os textos que regem o Processo Transexualizador, direta ou indiretamente, estão presentes nas práticas de pessoas transexuais dentro dos programas. Foram muitos os momentos em que pude perceber essa centralidade: Bianca carregava cópias do DSM-IV impressas da internet disfarçadas entre as páginas lustrosas de uma revista *Vogue*. Rebeca, com vistas a garantir seus direitos no programa, mantinha as Resoluções do Conselho Federal de Medicina e a Portaria do Ministério da Saúde dentro de sua bolsa e aconselhava Vitória a se informar. Vitória textualmente conta ao médico que tem lido muito. Aída, em sua primeira consulta, trouxera consigo uma revista na qual havia uma entrevista com o coordenador do PAIST para ser autografada. Além disso, à época, estava lendo o livro *Transexuais: perguntas e respostas*, de Gerald Ramsey (1998). Embora não possa assegurar que toda pessoa transexual tenha lido esses textos, de alguma forma ou de outra, elas são por eles interpeladas, para usar o termo althusseriano, pois tais textos diagnósticos são tópicos frequentes,

com diferentes níveis de explicitação, em conversas nos corredores do hospital (e fora dele), como pude observar durante o trabalho de campo.

Os efeitos intersubjetivos do "discurso pronto" no PAIST

À primeira vista, o que parece aproximar as relações de Agnes e Vitória com instituições classificadoras é um processo no qual se confeccionam histórias pessoais adequadas às expectativas dessas instituições. Esta foi, de fato, uma dinâmica central quando da construção da categoria psiquiátrica “transexual” que teve seu ápice nas décadas de 1950 e 1970 nos EUA e culminou em sua inclusão no DSM-III publicado em 1980. Como Vitória nos mostra, o engajamento narrativo a uma lógica booleana na qual ou se é homem ou se é mulher, sem espaços para contradições, deslizes, cisões e áreas borradadas, não faz mais que retroalimentar os critérios diagnósticos e apagar a heterogeneidade dos processos locais de identificação e subjetivação de pessoas transexuais. Agnes adaptava sua história de vida às verdades sedimentadas sobre feminilidade (e moralidade) disponíveis à época, o que garantiu sua classificação como “transexual”. A atual exigência do diagnóstico no Processo Transexualizador brasileiro impõe às/-aos usuários/as transexuais dos programas de transgenitalização a necessidade não só de satisfazer os critérios diagnósticos, mas também (e com isso) delimitar fronteiras identitárias rígidas guiadas por jogos de linguagem (Wittgenstein, 2000) cristalizados pelas mesmas verdades que constrangiam as ações de Agnes na UCLA: homem-pênis-atividade-agressividade-racionalidade-praticidade-heterossexualidade; mulher-vagina-pассивidade-sensibilidade-emoção-fragilidade-heterossexualidade.

Com efeito, esse processo de adaptação narrativa “estratégica” tem sido identificado na literatura especializada como uma tática de resistência: “diga a eles o que querem ouvir que, ao enganá-los, o diagnóstico psiquiátrico lhe será dado de bom grado” (ver Bento, 2006; Stone, 2007 [1991]; Santos, 2010; Leite Jr., 2011; Teixeira, 2013, entre outros/as). Esta posição é tributária das premissas metodológicas que guiaram esses estudos: neles, analisam-se as experiências cotidianas de pessoas transexuais e suas perspectivas sobre o processo transexualizador, que é discutido com base em relatos de segunda mão fornecidos por pessoas transexuais a pesquisadores/as sobre suas relações com as equipes médicas. Embora esses estudos sejam muito importantes por sua força política ao mostrarem as multiplicidades que constituem as vivências transexuais, eles focalizam o exterior dos programas de transgenitalização e ignoram o fato de que esses programas se constroem no nexo dialógico, no sentido mais bakhitiano do termo (Bakhtin, 2003), entre usuários/as transexuais e os/as profissionais de saúde. O que acontece dentro dos

programas não é trazido à baila a não ser pelas descrições que as/os colaboradoras/es transexuais dessas pesquisas fornecem aos/às investigadores/as.¹⁰

Estudos sobre a fala-em-interação no processo de implementação de políticas de humanização do SUS (Brasil, 2004) em serviços direcionados à saúde da mulher têm mostrado a relevância de se prestar atenção na construção de relações intersubjetivas entre profissionais da saúde e usuários/as *in situ* (Ostermann & Meneghel, 2012), ou seja, nos consultórios, locais onde a humanização do cuidado à saúde deve acontecer em primeira instância. Esses estudos indicam que a linguagem-em-uso tem papel central no processo de humanização da saúde, pois ela é o âmbito no/pelo qual a saúde é negociada entre médicos/as e os/as usuários/as dos serviços (Osteramnn & Souza, 2009; Sell & Ostermann, 2009; Otermann & Silva, 2009; Ostermann & Meneghel, 2012). Nesse sentido, investigar o papel da linguagem no Processo Transexualizador também pode nos levar nessa mesma direção. Até que uma pessoa transexual (se desejar) se encontre no centro cirúrgico, ela terá negociado a legitimidade de sua presença ali em anamneses, consultas clínicas, psicológicas, psiquiátricas, laudos, atestados, manuais diagnósticos, conversas de corredor com outras/as usuárias/os etc., o que aponta para a centralidade da linguagem (oral e escrita) nos serviços de transgenitalização e na produção de performances identitárias para e com as equipes multiprofissionais dos serviços de transgenitalização brasileiros.

Considerar esse processo discursivo de adaptação de narrativas de vida como uma estratégia de resistência é resultado do foco analítico sobre somente um dos vetores que movimentam o Processo Transexualizador: o exterior do hospital. Se lançarmos nosso olhar para as negociações de significados e identidades que acontecem tanto nos corredores e nas vendas em frente ao hospital entre usuárias/os do programa quanto aquelas elaboradas dentro dos consultórios com as equipes médicas, essa resistência se torna apenas aparente. Aqui, por exemplo, se enquadra a opinião de Lívia, uma colaborada de minha pesquisa, que ao ser perguntada, em entrevista não estruturada comigo, sobre o fato de a transexualidade ser considerada uma enfermidade mental, afirmou que “se pro Fernando [o psiquiatra do PAIST] isso é doença, sempre que tenho consulta com ele, chego lá de cabeça baixa, chorosa e me fazendo de autista (risos)”. Lívia, como vemos, assim como Agnes e Vitória, também se engaja em um discurso padronizado que a produz performativamente como uma pessoa transexual à DSM e, os risos demonstram, acredita que com isso convence a equipe médica a legitimar a identidade que reivindica ter.

¹⁰ Não estou aqui invalidando tais perspectivas de usuários/as. Elas são, de fato, importantes para sabermos como o Processo Transexualizador é entendido por quem o usa. Contudo, não nos permitem vislumbrar a negociação *in situ* da atenção à saúde.

Nesse cenário, faz-se importante perguntar: afinal, as instituições classificadoras/diagnosticadoras percebem essa construção de uma narrativa apropriada às suas expectativas classificatórias? Em caso afirmativo, como se dá essa percepção? E qual o efeito disso na relação intersubjetiva entre profissionais de saúde e usuários/as dos programas de transgenitalização?

Durante o trabalho de campo no PAIST eram frequentes as reclamações da equipe médica sobre o que em termos êmicos chamavam de “discurso pronto”, o “script”, o “livrinho que todas leem”, ou o “dever de casa” que usuárias/os transexuais do PAIST faziam com afinco antes de suas consultas. Segundo o urologista desse programa, “elas¹¹ [sic.] conhecem as Resoluções” e esta, para ele, é a força motriz dessa homogeneização discursiva evidenciada em consultório:

o atendimento passa pela Resolução. Então se ela não falar as coisas que estão na Resolução é meio assim, o médico ou os profissionais que estão fazendo a atenção, eles não são vistos como aqueles que querem ajudar, como alguém que facilite. Eles estão sendo vistos como um empecilho para a transexual conseguir o que ela quer dentro do sistema. Então ela já vem pra aprender ou mesmo aquela que não conhece o discurso, como as consultas são comuns, as perguntas às vezes são repetitivas, elas aprendem o que tem que ser respondido. Então, tipo assim, “quando você ta namorando, você deixa seu parceiro tocar no seu pênis?”. Ela responde: “ai, Deus me livre, jamais” porque elas sabem que a aversão genital é importante pra caracterizar a cirurgia (entrevista com Giovani, 24 de junho de 2010, linhas 832-853).

Dos membros da equipe médica, o urologista era o mais preocupado com a utilização desse “discurso pronto”. De fato, ele repetidamente indicava que a presença de um pesquisador vinculado aos estudos da linguagem no programa poderia ajudar na identificação desse discurso com vistas a melhorar a qualidade de comunicação médico/a-pessoa transexual. No entanto, o que vemos em sua entrevista é que a identificação desse “script” não é difícil devido à sua exuberância nas consultas desse programa. O que ainda é um tanto obscuro são os efeitos disso na construção de intersubjetividades entre usuárias/os e profissionais de saúde. Segundo a interpretação do médico, tal discurso é padronizado pelo uso cumulativo de “slogans identitários” (Mason-Schrock, 1996) destacados em negrito no excerto abaixo:

¹¹ Embora o PAIST também atenda homens transexuais, a equipe médica frequentemente chamava os/as usuários/as em generalizações no feminino gramatical. Isto talvez se deva ao fato de o número de mulheres transexuais ultrapassar em muito o de homens transexuais neste programa.

Então você pergunta “você tem um namorado?” aí ela vai falar, “eu to fazendo a cirurgia pra mim”. Eu falo assim “mas, eu não perguntei isso, né?”, porque ela já sabe que a cirurgia é pra ela, é pra imagem corporal, não é pra agradar o outro. O arrependimento, aí às vezes você pergunta assim “da última consulta a hoje aconteceu alguma coisa diferente?” “doutor, eu quero continuar operando”. Você pergunta assim “você teve um ataque cardíaco?”, “você quebrou o pé?” Você pergunta algo assim “o que que aconteceu?”. Aí ela vem com o discurso, “eu não arrependi, eu continuo igual”. “Eu continuo tomando hormônio”, essa mentira é ótima né? Muitas delas têm dificuldade pra conseguir hormônio e dizem que tomam, porque parte da exigência pra cirurgia é a adesão ao tratamento hormonal e aí elas nessa parte mentem em coisas simples que a gente como somos (relevantes) a gente deixa. De relação social, elas falam que têm amigas, que saem, mas às vezes são sozinhas, têm depressão mas não pode transparecer depressão, por exemplo, e aí assim com o tempo cai porque tem técnica pra saber se tá mentindo (Entrevista com Giovani, 24 de junho de 2010, linhas 855-886).

Inês, a psicóloga do PAIST, também compartilha essa percepção:

Elas leem o livro, daí a mentira né, por que em parte elas têm uma ideia de mulher que elas precisam passar pra nos convencer, é como se eu dissesse que o que eu sinto não fosse te convencer porque realmente é uma piração, então elas tentam nos transmitir ideias pré-concebidas, agora o que fica evidente da mentira por exemplo é a vida sexual então elas como têm essa ideia de que o travesti [sic.] só visa sexo, se você perguntar pra uma trans o que que ela acha de um travesti [sic.], ela vai dizer que o travesti [sic.] é como se fosse mundano, só pensa em trepar, promíscuo, e aí eu até falo pra elas que não é isso, como tem mulheres promíscuas, né? E é essa ideia que elas não querem pra elas, e outra coisa elas têm muita dificuldade de assim daquelas que se prostituem de falar que se prostituem. Não querem ser confundidas quem não se prostitui com quem se prostitui (Entrevista com Inês, 06 de junho de 2010, linhas 254-272).

Temos aí um paradoxo: a exigência de um laudo psiquiátrico atestando a transexualidade dos/as usuários/as os/as impelem a se engajar, pelo menos dentro do consultório, em narrativas que se enquadram nos protocolos preconizados pela Associação Americana de Psiquiatria. Contudo, a elaboração de uma performance de transexualidade à DSM (por mais impecável que seja), ao invés de formativamente incluí-las/os na classificação, é percebida pela equipe médica como “mentira”. Em vez de convencer a equipe médica da justeza do laudo psiquiátrico, esse discurso padronizado imposto pela exigência do diagnóstico só gera desconfiança. Tal desconfiança é mútua, como indica a entrevista com o urologista acima

apresentada. Segundo ele, profissionais de saúde “são vistos como empecilhos” para que pessoas transexuais consigam o que querem dos serviços. A entrevista com Lívia, acima citada, também nos dá subsídios para embasar esse argumento, pois, para ela, se apresentar ao psiquiatra “chorosa, de cabeça baixa e se fazendo de autista” é a forma mais rápida de convencer a equipe médica de que ela é uma pessoa transexual nos moldes do DSM.

O que à primeira vista pode ser compreendido como uma estratégia de resistência aos saberes médicos que patologizam essa experiência identitária é, na prática, um “acordo velado” entre profissionais de saúde e usuários/as dos programas de transgenitalização. Nesse sentido, Goffman (1959) diria que a relação equipe médica-usuários/as transexuais é construída sobre performances cínicas:¹² eu sei que você sabe que eu sei que você sabe que... e com isso um jogo de “gato e rato”, por assim dizer, se instaura. Defrontada com essas “mentiras”, a equipe médica se engajará na procura por incoerências nas narrativas de vida a ela contadas, o que pode impingir uma rotina hospitalar ainda mais cansativa. Além disso, esse “discurso pronto” homogeneíza as vivências trans e impede que se elabore um atendimento realmente integral à saúde dos/as usuários/as, pois, assim como qualquer indivíduo, pessoas transexuais também podem sofrer de problemas de saúde. No entanto, a necessidade do diagnóstico impede, em diferentes graus, que pessoas transexuais transpareçam estar doentes às equipes médicas, pois muitos problemas de saúde (depressão, por exemplo) podem contraindicar as intervenções corporais.

Se concordarmos com Hacking (2007; 2013) sobre o fato de que os tipos de pessoas performativamente construídos pelas classificações científicas emergem do nexo entre um vetor descendente (i.e., as instituições médicas e seus sistemas de conhecimento/poder) e um ascendente (i.e., as pessoas transexuais e seus modos locais de vivenciar os processos de identificação), devemos entender esse “discurso pronto” como resultado de uma trajetória discursiva infeciosa mediada pelos critérios diagnósticos e pelas verdades da matriz de inteligibilidade de gênero que constrainham as ações tanto de usuários/as quanto das equipes médicas: Agnes com Garfinkel com Stoller com Christine com Vitória com Rebeca com seu médico com Rita com Teresa com sua psicóloga com Bianca com Olavo com seu endocrinologista com Estela com Tâmara com Leopoldo com seu psiquiatra com Gilda com... e, assim, o *script* de uma transexualidade à la DSM é dialógica e iterativamente forjado.

¹² De acordo com Goffman (1959:17-18), “o performer pode ser motivado a guiar a convicção de sua audiência somente como um meio para outros fins sem se preocupar com a impressão que sua audiência tem dele ou da situação. Quando um indivíduo não acredita em seu próprio papel e não se preocupa com as crenças de sua audiência, podemos chamá-lo de cínico, reservando o termo ‘sincero’ para indivíduos que acreditam na impressão criada por sua performance”.

Nesse cenário, a opinião do psiquiatra sobre o que o urologista e a psicóloga entendem por “mentira” é significativa. Segundo ele,

Rodrigo, na minha experiência nunca peguei nada de mentira. Eles [Giovanni e Inês] falam mentem em que sentido assim? De coisas da vida deles assim? Comigo não é assim não. Não sei se eles têm medo - todos falam pra mim que usaram hormônio antes, no dia que começa eu digo que não pode fazer mais nada sem a autorização, todos seguem e quando têm uma recaída falam (Entrevista com Fernando, 05 de julho de 2010, linhas 419-429).

Aqui devemos ressaltar que a função institucional do psiquiatra é referenciada no DSM. O que vemos então é que, embora a construção desse discurso pronto seja tão facilmente percebida nas outras especialidades do programa, na psiquiatria, loco principal dos critérios diagnósticos, eles parecem invisíveis. Novamente, Hacking (2007) é elucidativo: a psiquiatria sempre foi a fonte principal de verdades sobre a transexualidade; ela, com a ajuda de pessoas transexuais e seu discurso coibido pela necessidade de se enquadrar no arcabouço interpretativo das instituições classificadoras, retroalimentou essa visão plana e estática sobre as transexualidades.

No entanto, como imposto pelo 4º artigo da Resolução 1.955/2010 do Conselho Federal de Medicina, “a seleção dos pacientes [sic.] para a cirurgia de transgenitalismo obedecerá à avaliação da equipe multidisciplinar constituída por médico psiquiatra, cirurgião, endocrinologista, psicólogo e assistente social” (Brasil, 2010:109). Nesse sentido, convencer o psiquiatra não é suficiente, pois, embora ele seja animador do laudo, ele não é seu único responsável nem seu único autor, para usar termos goffmanianos.¹³ A resistência que a elaboração de uma performance de transexualidade à DSM poderia ter em face da psiquiatria se esvai quando apresentada para as outras especialidades que têm papel central na liberação do laudo.

Sobre a urgência de microrresistências performativo-narrativas: humanização do atendimento e possibilidades da despatologização

Se, segundo Hacking (2007), as classificações científicas seguem uma trajetória circular, i.e., instituições e especialistas produzem a catalogação que, por sua

¹³ Goffman (2002) fragmenta a categoria de falante/escritor em animador, autor e responsável. O animador é aquele que emite as palavras, “um corpo envolvido em uma atividade acústica”. O autor é aquele que faz escolhas sobre o que falar/escrever. O responsável é aquele que assume as opiniões, crenças, valores e ideologias produzidas pelo que foi dito. Às vezes um falante/escritor ocupa as três posições simultaneamente; por vezes, no entanto, os ocupantes dessas posições são difusos.

vez, é modificada pela interação das pessoas classificadas com as instâncias classificadoras, como podemos explicar as semelhanças entre as experiências de Agnes e Vitória com a categoria psiquiátrica “transexual”? Cinco décadas e mais de 10 mil quilômetros separam as duas; no entanto, vemos que elas compartilham muitos significados generificados e estratégias locais de negociação com os especialistas que as classificam e, dessa forma, suas interações com a classificação não a modificam; muito pelo contrário, ajudam-na a se manter, deixando claro o poder que o discurso médico tem de obliterar formas locais, contingentes, “leigas” de entendermos nossas corporalidades, identidades e os processos de saúde/adoecimento.

No discurso médico, essas semelhanças são explicadas como sintomas: não interessa a época ou o lugar, se dois indivíduos sofrem da mesma enfermidade, os sintomas serão semelhantes, reza a cantilena médica. Entretanto, se considerarmos a transexualidade não como uma patologia, mas sim como uma experiência identitária em conflito com as normas de gênero vigentes (Bento, 2008), deveremos encarar essas semelhanças como produto de dinâmicas socioculturais específicas. O que aproxima as experiências de Agnes, em um momento no qual se forjava a categoria psiquiátrica “transexual”, e de Vitória, em uma época em que já se sentem os efeitos materiais dessa classificação na forma da exigência de um diagnóstico psiquiátrico no Processo Transexualizador brasileiro, é uma política narrativo-essencialista. Tal política é tributária do modelo expressivo da identidade; cartesianamente, esse modelo insiste em que o que somos é somente um reflexo de uma essência interior que molda o que fazemos e dizemos, independentemente do contexto histórico-social no qual nos encontramos.

Essa política narrativa (e classificatória) emerge do nexo de pelo menos três vetores de significação que comparecem no Processo Transexualizador (e também nas interações entre Agnes e Garfinkel, mas que ele ignora em sua discussão): (1) as verdades sedimentadas sobre o que sejam um homem e uma mulher “de verdade” referenciadas no que Butler (2003) chama de “matriz de inteligibilidade de gênero”; (2) o *status* de *gatekeepers* ostentado pelos classificadores/diagnosticadores e as assimetrias interacionais produzidas por esse *status*; e (3) o embate de poder entre sistemas de conhecimento médico e formas locais, contingentes e fragmentadas de se vivenciarem as transexualidades. Em outras palavras, para que se tenha acesso às intervenções corporais disponibilizadas pelo Processo Transexualizador, devem se apagar quaisquer evidências que possam contradizer o que as instâncias médicas classificadoras criaram como sintomas de um transtorno psiquiátrico. A necessidade de se apresentarem como mulheres/homens “normais” diante de representantes institucionais, que têm o poder de legitimar ou não a identidade que pessoas transexuais dizem ter, constrange suas ações sociais quando defrontadas/ os com profissionais da saúde, homogeneíza essa experiência identitária e, sobretudo,

do, impede a construção de relações intersubjetivas baseadas em confiança mútua. Como produto dessa política narrativo-essencialista, a transexualidade *nos moldes do DSM* não passa de uma ficção.

Em um momento em que se luta pela despatologização da transexualidade, a manutenção dessa política, como é frequente em nossos programas de transgenitalização, é perigosa, pois só faz mostrar, performativamente, às instâncias médicas uma realidade plana que, na vida social, é inexistente. De fato, o que vemos na cena 1 mostra que há espaço para narrativas alternativas que poderiam, ao interagir com a classificação, abalá-la. Durante o trabalho de campo, dentro e fora do hospital, conheci pessoas transexuais que estabeleciaam relações por vezes conflituosas com a classificação e outras que a mantinham. Vitória se identificava como transexual, mas não desejava se submeter às cirurgias de transgenitalização; desejava somente as modificações de caracteres sexuais secundários por uso de hormônios. Márcia já havia realizado uma dezena de cirurgias plásticas (rienoplastia, contorno corporal, raspagem do Pomo de Adão...), tomava hormônios desde muito jovem, planejava ter sessões com uma fonoaudióloga para “afinar” a voz (que, na minha interpretação, já era bastante aguda) e desejava se submeter à cirurgia de redesignação após a qual planejava casar “de véu e grinalda” com seu namorado, um homem cisgênero heterosexual. Carmen e Roberta mantinham um relacionamento afetivo-sexual há dois anos quando as conheci; identificavam-se como lésbicas, mas aderir ao Processo Transexualizador não estava nos planos de Roberta, que não queria realizar as cirurgias, pois “é muita dor, muito sangue, muita vulnerabilidade na mesa de cirurgia, Rodrigo”. Iolanda, uma profissional do sexo que se identifica como pessoa transexual, afirmava: “eu adoro comer um boyzinho”, o que causou o estranhamento de Márcia que nos acompanhava na conversa. Iolanda era inclassificável mesmo para outra pessoa transexual devido justamente à política narrativo-essencialista discutida anteriormente.

O que as histórias de Agnes e Vitória nos mostram é a urgência de confeccionarmos microrresistências narrativo-performativas perante as instituições classificadoras. Essas microrresistências envolvem a valorização de histórias locais que sublinhem as contingências dos processos de identificação e que rejeitem a homogeneização das vivências subjetivo-corporais de pessoas transexuais, investindo justamente nas ambiguidades da vida social generificada que, ao fim e ao cabo, constituem a todos/as nós, trans ou cis. Com isso, se evitaria a falácia de considerar as vivências transexuais como monolíticas e se mostraria às instâncias classificadoras que a categoria psiquiátrica “transexual” é uma idealização; um produto paradigmático de sua época, lugar e língua de produção. Com essas microrresistências poderíamos minar a classificação psiquiátrica a partir de dentro, lá mesmo onde ela é produzida, e mostrar às instâncias classificadoras que a vida social está

anos luz à frente de suas categorias, que pouco dialogam com a multiplicidade de idiossincrasias constitutivas das transexualidades.

A despatologização da transexualidade e a valorização dos saberes e das experiências locais de pessoas transexuais que desejam se submeter às cirurgias de transgenitalização facilitariam não só sua vida em programas como o PAIST, mas também possibilitariam relações médico/a-usuário/a transexual baseadas em confiança mútua e interações mais igualitárias. Com efeito, recentemente, tem havido a preocupação do Ministério da Saúde em desenhar protocolos de atendimento para os programas de transgenitalização com base na necessidade de se construir um processo mais humanizado.¹⁴ Por exemplo, a Portaria 1.707/2008 do Ministério da Saúde, que institui o Processo Transexualizador no SUS, defende que

Considerando que a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, instituída pela Portaria nº 675/GM, de 31 de março de 2006, menciona, explicitamente, o direito ao atendimento humanizado e livre de discriminação por orientação sexual e identidade de gênero a todos os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2008:43).

Essa mesma Portaria indica que o caminho para um atendimento humanizado (leia-se, “livre de discriminação”) pode ser atingido “inclusive pela sensibilização dos trabalhadores e dos demais usuários do estabelecimento de saúde para o respeito às diferenças e à dignidade humana” (Brasil, 2008:43). Pesquisas nos estudos da linguagem (ver Ostermann & Meneghel, 2012) têm indicado que a efetiva humanização do cuidado à saúde vai muito além de uma consulta “livre de discriminação por orientação sexual ou identidade de gênero”, como sugere a Portaria do MS. Embora este fator seja crucial e seja igualmente importante sensibilizar os/as profissionais de saúde para atenderem pessoas transexuais, as análises apresentadas aqui indicam que a problematização da relação entre os microdetalhes dessas consultas e seu constrangimento por contextos patologizantes mais abrangentes é um processo essencial para que o Processo Transexualizador se desenvolva de forma mais simétrica.

A confecção dessas microrresistências forçaria a história da classificação a mudar sua trajetória circular e enfatizaria as múltiplas formas de se ser uma pessoa transexual, possibilitando, assim, a “circulação de narrativas transexuais que tornem possíveis outras experiências da transexualidade” (Red Latinoameri-

¹⁴ Embora ainda tímido no que se refere ao Processo Transexualizador, esse interesse pela humanização do atendimento deriva de uma política mais ampla, intitulada HumanizaSUS (Brasil, 2004).

cana de Hombres Trans en el Activismo, 2009). Com elas, o Processo Transexu-alizador poderia virar um dos epicentros para a despatologização, o que também garantiria a humanização da atenção à saúde, pois a partir dessas narrativas locais a visão de que usuários/as transexuais mentem seria desafiada e as equipes multidisciplinares dos programas de transgenitalização seriam defrontadas com a complexidade das vivências e das subjetividades trans, possibilitando, assim, a integralidade do cuidado.

Com essas microrresistências narrativo-performativas, mostrariíamos às instâncias classificadoras que a transexualidade não passa de uma experiência identitária (como todas as outras) múltipla e fragmentada, produzida local e cumulativamente em interações com profissionais de saúde, familiares, amigos e amigas e com sistemas de conhecimento que causam fissuras nas normas de gênero. Com esse modelo performativo da transexualidade, valorizar-se-ia a pléiade de possibilidades de autodeterminação de gênero que constitui as experiências transexuais e, em consultório, vislumbrar-se-iam deslocamentos nos modelos médicos dominantes e homogeneizantes que transformam pessoas em pacientes em direção aos saberes, às experiências e aos significados locais e múltiplos dos/as usuários/as, transformando, assim, pacientes em pessoas.

Recebido: 24/09/2013
Aceito para publicação: 19/07/2014

Referências bibliográficas

- ARMITAGE, Leia Kaitlyn. 2001. "Truth, falsity, and schemas of presentation: A textual analysis of Harold Garfinkel's story of Agnes". Disponível em: <http://www.ejhs.org/volume4/agnes.htm>. [Acesso em 25.07.2013].
- ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. 1994. *MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE DOENÇAS MENTAIS*. 4. ED. WASHINGTON, D.C.: American Psychiatric Association.
- ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. 2013. *GENDER DYSPHORIA FACT SHEET*, 2013. Disponível em: <http://www.dsm5.org/Documents/Gender%20Dysphoria%20Fact%20Sheet.pdf>. [Acesso em 25.08.2013].
- BAKHTIN, Mikhail. 2003. *Estética da criação verbal*. São Paulo: Martins Fontes. 512 p.
- BENTO, Berenice. 2006. *A Invenção do Corpo: Sexualidade e Gênero na Experiência Transexual*. Rio de Janeiro: Garamond. 256 p.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. 2008. PORTARIA 1707/GM, de 18 de agosto de 2008. Institui, no âmbito do SUS, o Processo Transexualizador, a ser implantado nas unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. *Diário Oficial da União*, n. 159, seção 1, p. 43.
- BRASIL. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. 2010. RESOLUÇÃO 1.955 DE 18 DE AGOSTO DE 2010. DISPÕE SOBRE A CIRURGIA DE TRANSGENITALISMO. *DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO*, n. 170, seção 1, p. 109-110.
- BUTLER, Judith. 2003 [1990]. *Problemas de Gênero: Feminismo e a Subversão da Identidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira. 236 p.
- CASTEL, Pierre-Henry. 2001. "Algumas reflexões para estabelecer a cronologia do "fenômeno transsexual (1910-1995). *Revista Brasileira de História*. Vol. 21, n. 41, p. 77-111.
- DENZIN, Norman. 1990. "Harold and Agnes: A feminist narrative undoing". *Sociological Theory*. Vol. 8, n. 2, p. 199-206.
- FOUCAULT, Michel. 1993. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal. 432 p.
- GARFINKEL, Harold. 1967. *Studies in Ethnomethodology*. Malden: Blackwell Publishing. 304 p.
- GOFFMAN, Erving. 2002. "Footing". In: RIBEIRO, B. T. & GARCEZ, P. (orgs.). *Sociolinguística Interacional*. São Paulo: Loyola. p. 107-148.
- GOFFMAN, Erving. 1959. *The Presentation of Self in Everyday Life*. Nova York: Anchor Books. 259 p.
- GOMES DE JESUS, Jaqueline. 2012. *Orientações sobre identidade de gênero: Conceitos e Termos*. 1. ed. Goiânia: Ser-tão – Núcleo de estudos e pesquisas em gênero e sexualidade/UFG. 42 p.
- HACKING, Ian. 2013. "Construindo tipos: o caso de abusos contra crianças". *Cadernos Pagu*. Vol. 40, n.1, p. 7-66.

- HACKING, Ian. 2007. "Kinds of People: Moving targets". *Proceedings of the British Academy*. Vol. 151, p. 285-318.
- HACKING, Ian. 2004. "Between Michel Foucault and Erving Goffman: Between discourse in the abstract and face-to-face interaction". *Economy and Society*. Vol. 33, n. 3, p. 277-302.
- HACKING, Ian. 1999. *The Social Construction of What?* Cambridge: Harvard University Press.
- HACKING, Ian. 1995. "The looping effects of human kinds". In: SPERBER, D.; PREMACK, D. & PREMACK, A. (eds.). *Causal Cognition: An interdisciplinary approach*. p. 351-383.
- LEITE JR., Jorge. 2011. *Nossos corpos também mudam: a invenção das categorias "travesti" e "transexual"* no discurso científico. São Paulo: Annablume. 238 p.
- LIONÇO, Tatiana. 2006. *Um olhar sobre a transexualidade a partir da perspectiva da tensionalidade somato-psíquica*. Tese de Doutorado em Psicologia, Universidade de Brasília. 158 p.
- MARTÍNEZ-GUZMÁN, Antar & IÑÍGUEZ-RUEDA, Lupicínio. 2010. "La Fabricación del Transtorno de Identidad Sexual". *Discurso & Sociedad*. Vol. 4, n. 1, p. 30-51.
- MASON-SCHROCK, Douglas. 1996. "Transsexuals' Narrative construction of the 'true self'". *Social Psychology Quarterly*. Vol. 59, n. 3, p. 176-192.
- MURTA, Daniela. 2007. *A psiquiatrização da transexualidade: análise dos efeitos do diagnóstico de Transtorno de Identidade de Gênero sobre as práticas de saúde*. Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
- OSTERMANN, Ana C. & MENEGHEL, Stela (orgs.). 2012. *Humanização. Gênero. Poder: Contribuição dos estudos de fala-em-interação para a atenção em saúde*. Rio de Janeiro/ Campinas: Editora Fiocruz/ Mercado de Letras. 168 p.
- OSTERMANN, Ana C. & SILVA, Caroline. 2009. "A formulação em consultas médicas: para além da compreensão mútua entre interagentes". *Calidoscópio*. Vol. 7, p. 97-111.
- OSTERMANN, Ana C. & SOUZA, Joseane de. 2009. "Contribuições da Análise da Conversa para os estudos sobre o cuidado em saúde: reflexões a partir das atribuições feitas por pacientes". *Cadernos de Saúde Pública* (ENSP. Impresso). V. 25, p. 1521-1533.
- RABY, Rebecca. 2000. "Re-configuring Agnes: The telling of a transexual's story". *Torquere: Journal of the Canadian Lesbian and Gay Studies Association*. Vol. 2, p. 18-35.
- RAMSEY, Gerald. 1998. *Transexuais: Perguntas e respostas*. São Paulo: Edições LGS. 219 p.
- RED LATINOAMERICANA DE HOMBRES TRANS EN EL ACTIVISMO. 2014. *Campaña Internacional de Despatologización de la Transexualidad*. Disponible em:

- www.notiese.org/notiese.php?ctn_id=3298. [Acesso em 10.05.2014].
- ROGERS, Mary. 1992. "They all were passing". *Gender and Society*. Vol. 6, n. 2, p. 169-191.
- SANTOS, Fatima Lima. 2011. "A invenção do dispositivo da transexualidade: produções de verdade e experiências trans". *Em Pauta*. Vol. 9, n. 28, p. 117-130.
- SANTOS, Fatima. 2010. *A construção do dispositivo da transexualidade: saberes, tessituras e singularidades nas experiências trans*. Tese de Doutorado, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. 183 p.
- SELL, Mariléia & OSTERMANN, Ana C. 2009. "Análise de Categorias de Pertença (ACP) em estudos de linguagem e gênero: A (des)construção discursiva do homogêneo masculino". *Alfa* (ILCSE/UNESP). Vol. 53, p. 11-34.
- SILVA, Caroline; ANDRADE, Daniela & OSTERMANN, Ana. 2009. "Análise da Conversa: Uma breve introdução". *Revista Virtual de Estudos da Linguagem*. Vol. 11, p. 1-21.
- STOLLER, Robert. 1982 [1975]. *A Experiência Transexual*. Rio de Janeiro: Imago.
- STONE, Sandy. 2007 [1991]. *The Empire Strikes back: The posttranssexual manifesto*. Disponível em: <http://sandystone.com/empire-strikes-back>. [Acesso em 11.08.2013].
- TEIXEIRA, Flávia. 2013. *Dispositivos de dor: saberes-poderes que (con)formam as transexualidades*. São Paulo: Annablume. 320 p.
- WITTGENSTEIN, Ludwig. 2000. *Investigações Filosóficas*. São Paulo: Nova Cultural. 246 p.
- ZIMMERMANN, David. 1992. "They were all doing gender but there weren't all passing: Comment on Rogers". *Gender and Society* Vol. 6, n. 2, p. 192-198.

Anexo

Convenções de transcrição

Adaptação de JEFFERSON, Gail. 2004. Glossary of Transcript Symbols with an Introduction. In: LERNER, Gene H. (ed.). *Conversation Analysis: Studies from the First Generation*. Amsterdam: Benjamins. p. 13-31.

Aspectos de produção de fala

.	ponto final	entonação descendente
?	ponto de interrogação	entonação ascendente
,	vírgula	entonação contínua
:::	dois pontos	alongamento de som
↑	flecha para cima	som mais agudo
↓	flecha para baixo	som mais grave
-	hífen	interrupção abrupta da fala
####fala##	Jogo-da-velha	tosse
%fala% / %%%%	Percentage	choro
fala= =fala	sinais de igual	turnos de fala contíguos (sem lapso de tempo interveniente)
fala	sublinha	ênfase em som
FALA	maiúscula	volume mais alto
°fala°	sinais de grau	volume mais baixo
>fala<	sinais de maior do que e menor do que	fala acelerada
<fala>	sinais de menor do que e maior do que	fala desacelerada
fa[la] [fa]la	colchetes	fala sobreposta (mais de um interlocutor falando ao mesmo tempo)

Inspirações/expirações/risos

.hhhh	Série de h precedida de ponto	Inspiração audível
hhh	Série de h	Expiração audível
fa(hhh)la(hh)	Série de h entre parênteses	Riso ao falar
@@@@@	Série de @	risada

Lapsos de tempo

(3.5)	números entre parênteses	medida de silêncio em segundos e décimos de segundos)
(.)	ponto entre parênteses	silêncio de menos de 2 décimos de segundo

Formatação, comentários, dúvidas

XXXXXX	série de X	fala inaudível
(fala)	fala entre parênteses	dúvidas de transcrição
((comentários))	parênteses duplos	comentários do transcritor