

Os trânsitos da dádiva: a troca de presentes e a ideia de reciprocidade entre cirurgiões plásticos e pacientes no escopo da medicina trans

DOI

<http://dx.doi.org/10.11606/1678-9857.ra.216327>**Francisco Cleiton Vieira**

Universidade Federal do Rio Grande do Norte | Santa Cruz, RN, Brasil
cleiton.vieira@ufrn.br | <https://orcid.org/0000-0002-8852-6212>

RESUMO

A partir de uma etnografia desenvolvida com auxílio de entrevistas numa clínica de cirurgia plástica e em hospitais em São Paulo, interessou-me observar como as cirurgias, no contexto de mudança de sexo/gênero biomedicamente assistida, implicam-se enquanto presentes por meio dos quais as pessoas estabelecem dádivas entre si. As cirurgias de redesignação sexual e de gênero, cujos objetivos buscam produzir modificações materiais de significantes do corpo sexuado, são realizadas no Brasil sob a chancela de diferentes práticas terapêuticas que concorrem entre si. Embora ainda não hegemônicas, algumas abordagens afirmativas não têm concentrado suas atuações na busca pela figura do “transexual de verdade”, mas sim em apoiar pessoas de diferentes performances e habitus eróticos em suas transições de gênero em diversas linguagens e práticas estatais e de mercado. Nesse sentido, demonstro como acontece um movimento de despatologização e de biomedicalização que transforma os lugares da diversidade sexual e de gênero no escopo médico.

PALAVRAS-CHAVE

cirurgia; medicina trans; dádiva; reciprocidade; corpo.

Gifts and Their Transitions: Exchange and Reciprocity Amongst Plastic Surgeons and Patients in Trans Medicine

ABSTRACT Based on an ethnography developed with the help of interviews in a plastic surgery clinic and hospitals in São Paulo, I am interested in observing how surgeries, in the context of biomedically assisted sex/gender change, are involved as present through of which people make gifts to each other. Sexual and gender reassignment surgeries, which aim to offer material modifications of signifiers of the sexual body, are carried out in Brazil under the approval of different therapeutic practices that compete. Although not yet hegemonic, some affirmative approaches have not focused their actions on the search for the figure of the “real transsexual”, but on supporting people with different performances and erotic habitus in their gender transitions in different languages and state and market practices. In this sense, I demonstrate how a movement of depathologization and biomedicalization takes place that transforms places of sexual and gender diversity in the medical scope.

KEYWORDS

surgery; trans medicine; gift; reciprocity; body.

UM GESTO DE GRATIDÃO

“Prezado Dr. Brasolin,

Obrigado pelo cuidado incrível que você e sua equipe me proporcionaram antes e durante minha cirurgia. Sua equipe foi atenciosa, e eu sou grato e feliz por ter escolhido você e sua equipe para esta experiência transformadora. Você é, definitivamente, um dos melhores médicos do mundo, e eu torço para que um dia a comunidade trans tenha mais acesso a médicos como você. Obrigado por tudo e eu sempre lembrarei dessa maravilhosa e transformadora viagem ao Brasil.

Atenciosamente, Ramón.”¹

Escrita à mão dentro de um bonito cartão de papelão, a mensagem acima foi dada por Ramón ao seu cirurgião tão logo terminara sua consulta de pós-operatório na Somos Clínica, localizada no bairro de Higienópolis, em São Paulo. Ele acabara de ver, pela primeira vez, seu peito refeito com mamilos recém-enxertados e a cicatriz que agora atravessa seu tórax em formato de sorriso, próprios da cirurgia de mastoplastia masculinizadora que objetivou dar um aspecto masculino a essa parte de seu corpo. Embora possa parecer simples, o jovem rapaz agrupava, nesse presente, sentimentos em torno da ideia de gratidão de alguém que percorrera uma longa jornada física – e subjetiva, ele me acrescentaria – para se submeter a um procedimento importante para sua transição de gênero e afirmação enquanto homem trans². Quando nos conhecemos, alguns dias antes, Ramón visitava a clínica pela primeira vez acompanhado de seu irmão, a quem se juntaria posteriormente sua esposa, para atender a uma consulta pré-operatória – tendo sido a primeira consulta realizada alguns meses antes de forma on-line. Após uma busca, principalmente entre alguns cirurgiões de quem tomou conhecimento trabalharem no assunto em países como Inglaterra, Alemanha, Estados Unidos, México e Brasil, encontrou a possibilidade de vir até São Paulo desde Chicago, para se operar com o profissional que considerou poder oferecer a melhor técnica cirúrgica e cujo ambiente cultural, no qual estivesse inserido, pudesse propiciar a cena mais segura³.

O itinerário vivido para realizar a cirurgia colocava para Ramón a necessidade de ser grato ao cirurgião que a performara, mesmo que ele tenha gastado uma considerável quantia para pagar por ela – algo que correspondia a sua expectativa para garantir tanto os resultados físicos voltados para a beleza e para o caráter masculino do peitoral, como o anseio de não sofrer violência no percurso dessa mudança cor-

¹ | Tradução do original em inglês: “Dear Dr. Brasolin, thank you for the incredible care that you and your team provided me before and throughout my surgery. Your team was attentive, and I am so grateful and glad that I chose you and your team for this life-changing experience. You are, definitely, one of the best doctors in the world, I hope that someday the trans community has more access to doctors like you. Thank you for everything and I will forever remember this life-changing and wonderful trip to Brazil. Sincerely, Ramón”.

² | Enquanto homem trans, compreende-se aqui todos os indivíduos que, para o estabelecimento de suas noções de pessoas, ultrapassaram as demarcações binárias correspondentes à designação como mulheres ao nascer e que viveriam ou vivenciam trajetórias de transição de gênero. Mais do que uma identidade binária, estabilizam-se a si mesmos através da categoria homem, englobando diferentes ideias e práticas de masculinidades, assim como trans diversifica-se de acordo com os contextos socioeconômicos, culturais, políticos e intelectuais por meio dos quais projetos corporais e a categorização social que os acompanha ganham sentido e organizam a experiência no mundo.

³ | Por fugir do escopo deste artigo, não tratarei das problemáticas envolvendo um turismo médico em torno da transição de gênero que tem crescido internamente entre regiões e de países para o Brasil, e do qual a viagem de Ramón é um exemplo.

Os trânsitos da dádiva: a troca de presentes e a ideia de reciprocidade entre cirurgiões plásticos e pacientes no escopo da medicina trans

poral. Isso porque, conforme me ressaltara em entrevista, sentia recrudescer uma hostilidade dirigida às pessoas trans na sociedade estadunidense, que o deixara inseguro de ir ao médico⁴. Então, o Brasil oferecia, a seu ver, uma proximidade ao seu modo de vida, por ser de origem mexicana – ou melhor, latina, a partir do contexto cultural em que vivia –, uma tentativa de encontrar certa imagem há muito propagada no imaginário transnacional sobre o país quanto ao seu grande número de cirurgias plásticas (Edmonds, 2010; Garcia, 2022) e a impressão de haver uma melhor aceitabilidade social diante dessas modificações e de outras temáticas ligadas ao gênero e à sexualidade, devido, entre outros fatores, às imagens de uma espécie de brasilidade sexualmente desinibida (Simões, 2016).

Inicialmente, a ideia de gratidão como resultado da dificuldade de encontrar profissionais de saúde para a supervisão médica da transição coloca o singelo gesto de Ramón em grande aproximação a outros presentes, alguns até mais bem elaborados materialmente, que médicos e médicas recebem com frequência de seus pacientes cirúrgicos. Nesse sentido, ele expressava claramente que vê o procedimento como algo transformador para sua vida, de tal modo que a condição de sua possibilidade esteve atrelada à relação entre cirurgião e paciente que dependeria, primeiramente, da habilidade cirúrgica bem desenvolvida do médico-cirurgião. E é ao emprego dessa habilidade que ele e outros homens trans com quem convivi se sentem impelidos a agradecer com um presente, mesmo que tenham pagado pela sua execução⁵ e mesmo que possam ter recebido apoio de parentes e amigos sem os quais não poderiam ter acessado a cirurgia e cuja ajuda também podem se sentir impelidos a retribuir de algum modo.

Procuro demonstrar neste artigo que a atitude de Ramón acontece, portanto, dentro de uma série de práticas que a extrapolam e se materializa como uma dinâmica simbólica, produtora de socialidade e de política, ganhando forma a partir daquilo que Marcel Mauss ([1934] 2003a) chamou de lógica da dádiva. Analisando atos de presentear enquanto um sistema de trocas no qual os indivíduos estão implicados em obrigações de dar, receber e retribuir, o antropólogo francês descobriu que, universalmente, a troca de presentes cria laços, dívidas, impede o estado de guerra e produz pessoas. Grosso modo, a força social dessas ações é tamanha que as coisas trocadas são menos importantes do que quem as troca, de modo que todos os envolvidos se tornam simbolicamente os bens através dos quais se comunica o valor político de quem os deu e os retribuiu. Desde o clássico ensaio de Mauss, a antropologia vem se debruçando tanto numa exegese de seu texto seminal (Sigaud, 1999) quanto no próprio fenômeno da dádiva, de modo a observá-lo como a espinha dorsal das relações sociais (Martins, 2008; Lévi-Strauss, [1991] 2009; Douglas, 1990; Godelier, 2001). Tendo isso em perspectiva, pode-se considerar que pacientes trans e médicos aqui descritos se implicam socialmente nesse sentido, uma vez que

4 | Nos últimos anos, devido, entre outros fatores, ao conservadorismo trumpista, têm crescido táticas antitrans em todos os Estados Unidos através de perseguição e ações legais que dão novas feições a uma "guerra cultural". Isso tem se dado principalmente através de legislação que busca proibir o debate de gênero e sexualidade nas escolas da educação básica, a criminalização do suporte médico para crianças trans (Nakajima e Jin, 2022) e da atividade artística de drag queens (Gabbatt, 2023), bem como a criação de restrições mais gerais de atendimento para a transição de gênero em hospitais de gestão religiosa (Plemons, 2019), tornando todas as arenas da vida social campos de disputa e de violência antitrans.

5 | Mesmo que o dispêndio financeiro de Ramón tenha sido menor no Brasil do que seria nos Estados Unidos ou na Europa, ele me contara que não determinou sua vinda à cidade segundo o seu valor monetário. "Iria para qualquer lugar", me dizia, "que pudesse me oferecer um médico que eu gostasse." Contudo, mesmo que Ramón não dê grande centralidade narrativa para o montante em dinheiro pago pela cirurgia, este desempenha um papel na equação da dádiva que não pode ser desconsiderado. Explorarei o elemento "pagamento/dinheiro" mais adiante.

as práticas de dar, receber e retribuir dádivas os ligam, os atravessam e os afetam moral, política, econômica e simbolicamente. Por isso, o foco deste artigo recai primordialmente sobre o elemento da retribuição, uma vez que é ele primeiro que traz a evidência etnográfica e que descortina as implicações morais e emocionais desse sistema.

Embora o cartão-presente de Ramón não tenha sido nem o primeiro nem o objeto cuja performance assumira a forma mais eloquente entre todos aqueles que observei, ou sobre os quais me narraram posteriormente, ele coloca em palavras alguns elementos de uma circulação de presentes de diversas naturezas que produzem em conjunto socialidades em torno da cirurgia. Ou seja, muitos pacientes presenteiam cirurgiões de forma tão variada que podem envolver objetos materiais, tais como perfumes, quadros, chocolates, fotos emolduradas de si mesmos acompanhados do cirurgião com exposição da marca da incisão cirúrgica, miniaturas humanoides dos médicos, bandeiras do orgulho trans, garrafas de vinho e d'água, cartões, peças de roupas e acessórios, pequenos potes de sal grosso para afastar o mau-olhado, entre outros; e objetos imateriais, como a expressão de emoções através de sorrisos, abraços, lágrimas e, até mesmo, mal-estares de felicidade⁶ que, embora esteja cristalizada nos dons materiais, pode assumir-se como reação e confirmação moral (Mauss, 1980) ao se observar pela primeira vez – e/ou ao se divulgar publicamente com fotos e vídeos – a parte do corpo refeita cirurgicamente. Por isso, seria redutor considerar a troca comercial pagamento-cirurgia como destituída de uma relação simbólica, a qual, por outro lado, engloba constitutivamente a troca de palavras, alimentos, emoções e objetos de ornamentação, de adereço corporal, de proteção e de culto.

Assim, neste trabalho objetivo compreender como a cirurgia de mamoplastia masculinizadora é produzida socialmente como uma dádiva, de modo a entender como ela se insere numa relação de troca de presentes que ganha forma entre pacientes e cirurgiões. Demonstrarei que essa dinâmica organiza moral e emocionalmente a experiência cirúrgica de pessoas trans que nela se situam, unindo os indivíduos (médicos e pacientes e pacientes entre si) pela ideia de reciprocidade. Dar presentes aos cirurgiões – e, às vezes, também à sua equipe – contribui para transformar a relação médico-paciente e instaura uma rede cujas trocas produzem pessoas e a eficácia da abordagem terapêutica da cirurgia trans. Nesse sentido, este artigo concentra-se em descrever e analisar uma economia moral em torno da cirurgia de mamoplastia masculinizadora, a qual, por sua vez, insere-se no amplo campo das cirurgias de redesignação sexual e de gênero (Aizura, 2018) que têm como objetivo produzir modificações materiais de significantes do corpo sexuado. Essas cirurgias são realizadas atualmente no Brasil sob diferentes visões terapêuticas que concorrem entre si para abordar as transexualidades. Embora ainda não hegemôni-

6 | Em alguns casos, foi possível perceber pacientes tão felizes diante da marca e da conclusão do processo cirúrgico que sentiam pequenos mal-estares seguidos de choro e que eram explicados pela leitura biológica através da aferição de alterações na pressão arterial, sistólica ou diastólica, o que, por sua vez, era tomado pelos próprios operados como sinal de felicidade exacerbada diante da cirurgia bem-feita. Em outros casos, o mal-estar, quando presente, era explicado na chave interpretativa de se ter contato com o corpo de maneira mais visceral ao se visualizar punção de sangue, retirada de pontos etc.

Os trânsitos da dádiva: a troca de presentes e a ideia de reciprocidade entre cirurgões plásticos e pacientes no escopo da medicina trans

cas, posturas afirmativas não têm concentrado suas atuações na busca pela figura do “transexual de verdade”⁷ (Bento, 2006; Vieira, 2020), mas sim em apoiar pessoas de diferentes performances e habitus eróticos⁸ (Simões e Carrara, 2014) em suas transições de gênero em diversas linguagens, relações e práticas de mercado e de consumo (Campbell, 2001) e de dinâmicas estatais (Souza Lima, 2012).

As experiências de campo nas quais se baseia este artigo se circunscrevem, principalmente, em torno das dinâmicas do mercado de saúde suplementar⁹ ao Sistema Único de Saúde (doravante, SUS), que ainda é pouquíssimo observado quando se consideram dinâmicas de saúde trans. Isso implica levar em conta atualizações, diferenças, repetições e reforços sociológicos que tal cenário imputa às dificuldades estruturais de acesso e continuidade na rede de atenção à saúde vivenciadas por travestis e pessoas trans, amplamente consideradas a partir do SUS (Vieira, 2020; Novo, 2021; Braz e Almeida, 2020; Áran, Murta e Lionço, 2019; Oliveira, 2015; Almeida, 2012; Pelúcio, 2009) – questão para a qual voltarei atenção mais adiante. Assiste-se a um movimento ainda pouco analisado antropológicamente de despatologização e de biomedicalização que transforma os lugares da diversidade sexual e de gênero no escopo médico e traz observações pertinentes ao considerarmos os sistemas de saúde que se desenvolvem paralelamente e/ou de maneira integrada (mercado e SUS), como é perceptível nos itinerários terapêuticos incorporados por usuários/pacientes e profissionais de saúde.

Alargando ainda mais o horizonte, é possível perceber que tais relações de troca se inserem no campo mais amplo de atos bem disseminados de presentear médicos e outros profissionais de saúde – e, até mesmo, de outras atuações como professores –, seja a sua área clínica ou cirúrgica e o espaço de atuação público ou privado, gratuito ou pago, e cujo reconhecimento de associações reguladoras e dos próprios profissionais encampa discussões ético-legais acerca da ação de receber tais presentes de pacientes (CREMEGO, 2016; CFM, 2018; AMA, 2010; Zolkefli, 2021; Moorthy, 2022). Ademais, tem-se observado que relações de reciprocidade podem ser construídas entre pacientes e profissionais de saúde com efeitos terapêuticos e impactos no trabalho em saúde (Lopes *et al.* 2015; Melo e Moreira, 2022; Peng, Wang e Chen, 2020; Wang *et al.*, 2020). Portanto, não procuro argumentar que presentear médicos seja algo específico ou restrito ao universo da saúde e medicina trans ou ao campo do atendimento em saúde como um todo, muito menos que se trata de algo tipicamente brasileiro, mas tão somente que, no campo considerado, essa dinâmica simbólica adquire uma feição particular ao unir interpretações sobre gênero, transgênero e sexo à materialidade corporal e realça a cirurgia como uma prática social.

7 | Marcante da consolidação da medicina transexual desde o DSM-IV, manual publicado nos anos 1980 pela Associação de Psiquiatria Americana, a figura do “transexual de verdade” é erigida sempre que uma perspectiva patologizante opera práticas diagnósticas para controlar o acesso à assistência em saúde dirigidas para concretizar modificações corporais e atendimento clínico de pessoas trans (Oliveira, 2015; Almeida e Murta, 2013; Vieira, 2020). Nesse sentido, entre outros fatores, elas têm sido historicamente demandadas a corresponder a uma identidade heteronormativa do desejo e da performance de gênero (Bento, 2006; Bento e Pelúcio, 2012). É de se observar contemporaneamente, contudo, que, a depender do contexto, tais práticas patologizantes podem assumir outras feições, dando mais ou menos relevância a uma forma específica dessa correspondência presumida ou comprovada (Vieira, 2020).

8 | Isto é, como colocam Simões e Carrara (2014: 78), “princípios estruturantes” que definem discursos e práticas e as próprias sensações, emoções e atrações que definem o que é “sexualmente desejável” e “indesejável”.

9 | Como “mercado de saúde suplementar” se concebe aqui um sistema de serviços de saúde ofertados por empresas ou por profissionais de saúde liberais, mantidos ou não por planos privados ou patronais, no âmbito do mercado de consumo de bens clínicos (a própria consulta), cirúrgicos e farmacêuticos (“estéticos” ou “de saúde”). Esse sistema é tido como complementar segundo legislação em vigor, que o concebe e regulamenta, e no âmbito da Saúde Coletiva, devido à sua configuração política ser a de auxiliar o Sistema Único de Saúde (ver Albuquerque *et al.*, 2008).

ETNOGRAFIA, MATERIAIS E MÉTODO

Seguindo, inicialmente, as pistas de um interlocutor que conheci em 2014 quando realizei pesquisa sobre a emergência do ativismo transmasculino potiguar (Vieira, 2015), cheguei a São Paulo em 2022 para estudar o acesso de travestis e pessoas trans ao cenário cirúrgico próprio das modificações corporais que têm ganhado volume na medicina brasileira nos últimos anos. Givanildo, agora com 31 anos de idade, negro, natural de um bairro popular, migrara para a maior metrópole da América Latina para conseguir acessar sua tão sonhada mamoplastia masculinizadora via Sistema Único de Saúde. Tendo entrado numa rede de amigos e ativistas trans de diferentes cidades do país, ele percebera que outras cidades já contavam com uma melhor estrutura pública quanto ao atendimento médico para a hormonização e para a realização de procedimentos cirúrgicos no escopo da transição de gênero.

Esse era o caso de São Paulo, como nenhum outro do país. Mesmo sem auxílio financeiro de ninguém, Givanildo comprou uma passagem de ônibus e veio para o interior do estado paulista com a promessa de emprego. Posteriormente, outro amigo o recebera de favor na própria capital. A partir daí ele conseguiria se submeter à cirurgia após mais de dois anos de espera na fila da rede de saúde organizada pela Prefeitura de São Paulo e com a ajuda de outros amigos que lhe doaram dinheiro para comer, se abrigar e consultar médicos para a emissão de laudos e relatórios demandados para acessar as cirurgias, segundo orientações do Ministério da Saúde e do Conselho Federal de Medicina (CFM). Assim como Givanildo, muitas pessoas dentro do espectro da transgeneridade têm migrado para a cidade e vivenciado dificuldades socioeconômicas em busca de cirurgias, hormonização e mudança no registro civil, embora também tenham se organizado em torno de redes de ajuda mútua que lhes possibilitam seguir em frente quando as políticas públicas se ausentam de cumprir seu papel para assegurar o acesso, entre outros, à saúde, ao emprego e renda e à moradia, como tem sido comum no ditame da desigualdade à brasileira, e particularmente visível na vida de muitas travestis e pessoas trans segundo marcadores sociais da diferença que encampem (Oliveira, 2015; Almeida e Santos, 2018; Vieira, 2020; Novo, 2021).

Nesse cenário, a rede social de interlocutores foi aumentando paulatinamente, e a pesquisa se desenvolveu na região a partir do meu acompanhamento do cotidiano de novos e antigos conhecidos em meio às suas atividades de militância, lazer e vida doméstica mais geral. Uma vez inserido entre pessoas que já haviam se submetido a cirurgias ou que estavam se preparando para fazê-lo (poupando dinheiro, escolhendo médicos, organizando apoio, marcando consultas, contratando planos de saúde, entre outros), foi possível conhecer nomes de médicos e médicas

Os trânsitos da dádiva: a troca de presentes e a ideia de reciprocidade entre cirurgiões plásticos e pacientes no escopo da medicina trans

que têm se tornado famosos por performar cirurgias de mamoplastia masculinizadora, mamoplastia de aumento, feminização facial, vaginoplastia e outras cirurgias e procedimentos estéticos com objetivos de marcação de gênero e/ou afirmação da beleza (isto é, diferentes públicos interessados em harmonização facial, rinoplastia, harmonização peniana, clareamento anal e vaginal etc.), tanto no SUS quanto no mercado de saúde suplementar. Isso porque interlocutores trans e profissionais de saúde compartilhavam entre si informações em saúde como especialistas que mediavam campos da saúde (entre usuários e cientistas/profissionais) (Porto, 2017), capazes de reunir dados sobre os cirurgiões, suas técnicas, experiências de atendimento clínico, reunir expectativas sobre eficácia cirúrgica, cuidados pré e pós-cirúrgicos, orientações sobre o preenchimento de documentos para percorrer a burocracia dos planos de saúde e do Processo Transexualizador do SUS¹⁰ e dados sobre o dispêndio financeiro. Entretanto, essa gama de informação tem sido veiculada de forma difusa e pouco organizada, própria de um boca a boca que propaga e produz a fama de profissionais e publiciza a experiência pessoal com a cirurgia através das mídias digitais, de eventos de militância e de encontros fortuitos no âmbito da sociabilidade.

Diante disso, conheci alguns cirurgiões que mais têm se ocupado com esse público no âmbito da cirurgia plástica para a transição de gênero. Mas, após o meu contato direto, apenas um deles me respondeu com receptividade e aceitou que eu observasse seu trabalho clínico e cirúrgico, embora outros tenham aceitado conceder entrevistas. Tratava-se de Dr. Adriano Brasolin¹¹, que após a minha mensagem me recebeu no Conforto Médico¹² de um hospital, quando acabara de performar uma das operações cirúrgicas que o tornou famoso na região: a mamoplastia masculinizadora. Então, é a partir do seu trabalho que a maioria dos dados etnográficos aqui manejados são provenientes. Após uma conversa na qual eu explicara os objetivos da pesquisa e respondia às suas perguntas sobre o porquê do meu interesse no tema, fui convidado para almoçar com ele. Durante a refeição pude ouvi-lo narrar sua trajetória acadêmica e profissional e sobre seu trabalho com travestis e pessoas trans. Ao final do nosso encontro, ele consentiria que eu atendesse à sua clínica¹³ e observasse as atividades de consultas, recepção e cirurgias. No dia seguinte, uma quarta-feira, eu ia pela primeira vez ao seu consultório, vestindo roupas formais como ele me pedira. “Demando isso de todos os meus funcionários, devemos passar uma boa imagem”, me diria, logo após me perguntar se eu poderia ir trajando camisa social. Essa imagem destoaria do cirurgião que eu observaria no centro cirúrgico, uma figura esterilizada manejando com suas mãos bisturi, tesouras, linhas de sutura e outros instrumentos em meio a uma equipe que performava em conjunto o milagre e a arte a que muitos pacientes consideravam se submeter.

Essa pesquisa transcorreu com a preocupação ética de não dificultar nem impedir o pleno acesso à saúde de pacientes trans e travestis no intercurso de suas idas

10 | Processo Transexualizador é uma política de saúde voltada para supervisionar e direcionar psicológica e medicamente a transição de gênero de pessoas trans e travestis, sobre o que me deterei adiante.

11 | O cirurgião plástico Dr. Adriano Brasolin pediu que eu o identificasse em todas as publicações decorrentes da pesquisa que realizei ao observá-lo em sua atuação médico-cirúrgica. Com a exceção de Brasolin, todos os outros participantes da pesquisa serão referenciados em anonimato e/ou com nomes fictícios.

12 | A sala correspondente ao Conforto Médico é um espaço onde cirurgiões, anestesistas e enfermeiras que os assistem nos centros cirúrgicos podem realizar refeições e descansar em poltronas e sofás, contando ainda com televisão e computadores.

13 | Ao longo do artigo seguirei a distinção, aprendida em campo, segundo a qual se diferencia a prática profissional/atenção em saúde entre clínica e cirurgia; à primeira, grosso modo, reúnem-se técnicas de questionamentos, escuta e orientação falada e escrita (anamnese), com ou sem exames clínicos (toques e ausculta corporais) e laboratoriais (checagem de níveis quantificáveis de substâncias em tecidos vivos – sangue –, excrementos e outros fluidos corporais), para avaliar e indicar soluções a fim de sanar ou aliviar problemas, perturbações ou infortúnios registrados no corpo e na mente – entendidos como distintos; já na segunda, estão práticas de corte e sutura em vários níveis corporais, vistos como cuidado terapêutico receitado e antecedido pela clínica. Ademais, médicos e médicas diferenciavam tais dimensões da pesquisa, vista como a fonte mais bem controlada sob cujos auspícios o saber aprendido na prática deveria ser, se não confrontado, pelo menos informado. A ideia de atender à clínica ou à cirurgia implica uma demanda construída pelo próprio paciente e que poderá se transformar na relação terapêutica com profissionais de saúde.

Os trânsitos da dádiva: a troca de presentes e a ideia de reciprocidade entre cirurgões plásticos e pacientes no escopo da medicina trans

à clínica e/ou ao hospital¹⁴. Portanto, combinamos que o próprio médico anunciaria minha presença na clínica para o usuário/paciente, perguntando se eu poderia observar suas interações. A anuência era precedida sempre de uma frase eloquente: “Temos aqui um antropólogo entre nós”, ao que se sucedia uma rápida e sintética exposição dos objetivos da pesquisa. Quando minha presença era consentida, o que apenas raramente não aconteceu – em duas ocasiões –, eu era chamado e entrava na sala para cumprimentar os consultantes¹⁵. Para não atrapalhar o andamento da consulta, a interação médico-paciente era logo iniciada e eu ficava sentado, em silêncio, ao lado de Brasolin, embora ainda um pouco atrás. Quando este momento acabava, explicava com maiores detalhes sobre o que tratava minha pesquisa – e respondia a eventuais perguntas de pacientes e acompanhantes –, de modo que alguns pacientes, quando inquiridos, consentiam também com entrevistas e/ou com minha observação das suas cirurgias.

Ao longo de toda a minha observação nesses serviços, tive a oportunidade de acompanhar boa parte dos atendimentos¹⁶ que faziam parte do processo da cirurgia, o qual em sua totalidade compreende normalmente: consulta de primeira vez (sabe-se dos preços e de como funcionarão todas as etapas, da demanda do paciente e da técnica cirúrgica possível a ser aplicada), consulta pré-operatória (com a cirurgia já devidamente marcada, recebem-se as orientações sobre os devidos preparos em termos de cuidados medicamentosos, alimentares, descanso sono-vigília prévio etc.), cuidados pré-cirúrgicos (paga-se pela cirurgia e por acessórios cirúrgicos para usar no pós-operatório, como colete, suplemento alimentar etc.), a cirurgia em si (com suas etapas de admissão hospitalar, desenho cirúrgico, operação, recuperação, avaliação pós-cirúrgica no leito e alta hospitalar) e atendimentos pós-cirúrgicos em consultório que podem levar de quinze dias a meses para serem concluídos (avaliação pós-cirúrgica, retirada de drenos, pontos ou curativos, avaliação da qualidade da cicatrização das incisões, andamento dos autocuidados e alta médica).

Transcorridos um pouco mais de dois meses de observação, tive a sensação de estar atendendo à clínica há muito mais tempo do que aquele marcado no relógio, de modo que percebi que a temporalidade vivida nos serviços de saúde não corria normalmente. Como havia grande dinâmica de atendimento, observei pacientes diferentes em cada uma das etapas que já mencionei, de modo que com alguns só acompanhei uma consulta, com poucos contemplei também a cirurgia junto de alguns atendimentos pré e pós-operatórios, ou então apenas a retirada de pontos e de drenos ou somente a última consulta de alta etc.¹⁷ Alguns pacientes não passavam da primeira consulta durante a minha presença em campo, seja porque o valor cobrado fugia de seus escopos financeiros, levando-os a se dedicar a reunir o dinheiro necessário, seja porque tratavam de lidar com autorizações dos planos privados de saúde para cobrir ressarcimentos. Outros, por sua vez, desistiam de fato, devido

14 | A pesquisa recebeu aprovação do Comitê de Ética da FACISA/UFRN, conforme Resolução CNS n. 510/2016.

15 | Quase sempre os pacientes estavam acompanhados, fosse por familiares e/ou amigos, os quais também participavam do consentimento com a observação etnográfica ao demonstrar interesse em conversar sobre a pesquisa e perguntar sobre os limites e questões que eu buscava compreender e, às vezes, também sobre minhas credenciais profissionais (vínculo universitário, títulos acadêmicos e a experiência que atestava meu currículo) e pessoais (habitus erótico, status marital, identidade/expressões de gênero etc.). Essas interações ético-metodológicas se davam tanto nos serviços de saúde como em outros espaços, quando marcávamos entrevistas ou saídas amigáveis posteriores em bares, cafés ou bibliotecas e que, algumas poucas vezes, contaram com a presença de um parente ou amigo. Busquei, no decorrer da pesquisa, ser claro sobre os interesses antropológicos da etnografia para descrever e analisar questões formuladas no âmbito da disciplina. Ademais, fui animado também pela possibilidade de gerar maior visibilidade para as problemáticas em torno do acesso à saúde de travestis e pessoas trans no Brasil, mesmo que estivesse ciente acerca dos limites do que pode fazer uma pesquisa antropológica para não cair em ilusões afetadas e maniqueístas ou subjetivismos.

16 | Com exceção dos atendimentos pós-operatórios imediatos à cirurgia ainda no leito hospitalar, estes que aconteciam no mesmo dia da cirurgia. Outros atendimentos pós-operatórios para retirada de drenos e de pontos eram realizados no consultório médico em sala de pequenas cirurgias, os quais pude observar a partir de diferentes pacientes.

17 | Ao todo, observei 56 atendimentos clínicos (com ou sem pequenos procedimentos), os quais transcorriam entre quinze minutos e quase duas horas de duração, além de duas cirurgias e um total de trinta pacientes.

Os trânsitos da dádiva: a troca de presentes e a ideia de reciprocidade entre cirurgiões plásticos e pacientes no escopo da medicina trans

a fatores que não conseguirei aventar. Nesse sentido, não estipulei um tempo fixo ou um número estanque de observações de cada parte do processo cirúrgico; essa quantidade foi admitida durante o trabalho de campo quando percebia que conseguiria passar à descrição etnográfica do que observava com densidade e detalhe e quando notava não haver novidades e sim repetições de experiências¹⁸ e procedimentos clínico-médicos. Ademais, esse limite etnográfico correspondia à percepção de que a cirurgia não começava socialmente no centro cirúrgico, mas se materializava em ações simbólicas, materiais e técnicas antecedentes e ulteriores de pacientes e profissionais, bem como às dinâmicas de seus respectivos contextos sociais. Pelo montante de dados que reuni nesse período de pesquisa, decidi encerrar essa etnografia com tais dados empíricos; quanto à minha posição em campo, infelizmente, o espaço e o escopo deste artigo me impedem de explorá-la com a atenção necessária, que deve ser objeto de artigo à parte, pois, de fato, conforme o campo se aprofundava, cheguei a ser demandado por pacientes e profissionais a expressar minha opinião sobre satisfações cirúrgicas e afirmação de gênero.

Embora seja a esse cenário que mais me remeta no espaço deste artigo, não restringi a pesquisa à observação das interações sociais em serviços de saúde. Empreguei entrevistas abertas e de longa duração como forma de ajudar a construir dados sobre trajetórias que narrativas e histórias de vida poderiam fornecer e que permitiram entender as condições socioeconômicas e políticas da atuação tanto de médicos como de pacientes cuja conformação antecedia a observação. Assim, de modo paralelo, contatava tanto médicos quanto pacientes, caminhando por redes de interlocutores independentes entre si. Isso me permitiu ter uma visão mais ampla do mercado e da atuação clínico-cirúrgica da medicina trans paulistana ao entrevistar, além de cirurgiões, médicos de família e comunidade atuantes na Atenção Básica à Saúde (ABS)¹⁹, ginecologistas, endocrinologistas e psiquiatras que, além de atender pacientes, participaram também da formulação de protocolos de atendimento em vigor na ABS e em outros níveis do SUS, segundo a rede de serviços mantidos ou com o que entrasse em articulação na região. Ao todo, assim, entrevistei, por meio de indicações e de contato direto, dez médicos e médicas e dezenove pacientes trans e travestis. Portanto, essa pesquisa se beneficiou grandemente da técnica de bola de neve, empregando as redes sociais como instrumento metodológico e horizonte de análise nos termos delineados pela antropóloga Elizabeth Bott ([1957] 2001).

Por fim, a pesquisa também transcorreu para considerar o elemento histórico da medicina trans no Brasil, principalmente quanto à sua emergência entre as décadas de 1960 e 1980, através da atuação de profissionais na Universidade de São Paulo e na Escola Paulista de Medicina, posteriormente integrada à Universidade Federal de São Paulo. Esse trabalho realizou-se através de pesquisa em arquivos pre-

18 | Isto é, busquei contemplar uma diversidade biográfica e sociológica de pacientes e profissionais de saúde ao considerar posições e marcadores sociais e contextos de origem (classe social, performance de gênero, local de origem, identidade étnico-racial, formação educacional) e/ou atuação profissional e educação médica (clínica e cirúrgica, especialidades, locais e níveis de atenção à saúde onde trabalham).

19 | A Atenção Básica à Saúde – também chamada de Atenção Primária à Saúde (APS) – corresponde à porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) através de serviços clínicos, odontológicos, farmacêuticos e vacinais com base territorial, familiar e comunitária, e cuja abrangência contempla também atendimento domiciliar com agentes comunitários de saúde (ACSs), enfermeiros(as) e médicos(as) e ações pedagógicas chamadas de “educação em saúde”. Emprego o termo ABS, ao invés do mais comum APS, por considerar que esse nível de atenção à saúde tem por filosofia ser a base de todo o sistema e não algo primário, como bem expõe Lígia Giovanella (2018). Para uma análise antropológica da emergência social e histórica da ABS, considerando principalmente o Programa de Saúde da Família, ver Parry Scott (2011).

Os trânsitos da dádiva: a troca de presentes e a ideia de reciprocidade entre cirurgiões plásticos e pacientes no escopo da medicina trans

sentes nas bibliotecas das duas instituições, no Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo²⁰ e no Museu de Medicina da USP, atentando para publicações científicas de médicos e seus arquivos clínicos. Todo esse material histórico e etnográfico serve de base para as reflexões deste artigo, muito embora a maior referência seja, de fato, a etnografia.

20 | O trabalho de pesquisa no Tribunal foi autorizado pelo desembargador responsável e visou a analisar processos contra ou abertos por médicos e pessoas trans e travestis entre as décadas de 1960-1980 e que tinham como foco central cirurgias e procedimentos corporais para a transição de gênero.

UM PRESENTE PARA CADA

Naquela manhã haveria poucos atendimentos na Somos Clínica. A uma semana ainda da visita de Ramón, Joel, branco, de 23 anos de idade, entrava pela recepção sozinho para sua última consulta pós-operatória. Após um cumprimento de bom-dia, a secretária pede a Joel para esperar sentado no vão lateral ao balcão atrás do qual trabalhava. Separado por duas colunas espelhadas, uma das quais abrigava um televisor embutido, o espaço contínuo estava ocupado por dois sofás que encontravam, em ângulo, uma mesa decorada com um jarro de flores artificiais. A recepção se completava com uma pequena estante que fornecia uma cafeteira de expresso e um pequeno bebedouro elétricos para os visitantes. A Clínica incluía mais quatro consultórios à esquerda, um pequeno corredor, uma copa e, à direita, um consultório e duas salas de pós-operatório e pequenos procedimentos. O serviço ocupava quatro salas no 17º andar de um condomínio de lojas e estabelecimentos comerciais de saúde. Respondendo à sugestão da secretária, Joel senta-se de frente para a TV, carregando uma mochila de cor preta e uma grande sacola de papelão.

Sem muitas delongas, Joel é chamado pelo nome. Seguindo a dinâmica de ser anunciado para acompanhar a consulta, vou ao consultório. Ao invés da sala com cadeiras separadas por uma mesa, estávamos nós três numa pequena sala de avaliação ladeada com janelas, a qual era rodeada de armários feitos balcões à altura da cintura com uma maca poltrona branca e acolchoada, localizada bem ao centro. Diferente da sala imediatamente anterior onde acontecia a clínica, essa dava maior impressão de ser asséptica, com suas cores brancas predominantes e toda a sua parafernália – incluindo uma pequena pia atrás da maca – para possibilitar o apoio instrumental a pequenos procedimentos como retirar pontos, punçar sangue, fazer curativos, retirar drenos, entre outros.

Não mais vestindo seu terno cinza que percebi ser característico dos atendimentos clínicos anteriores à cirurgia, o médico apresentava-se com um jaleco branco e pedia a Joel para retirar a camisa e se sentar na maca. Ao assentir com o pedido, Joel dispõe sua mochila e sacola de papelão no canto do balcão, e então se prepara para ser avaliado, desabotoando sua camisa, que em seguida é colocada ao lado das bolsas. Sentado em um pequeno tamborete preto, o médico passa a examinar a ci-

cicatriz que atravessa o peitoral de Joel em formato de sorriso. Com a ponta dos dedos, os toques dedilhados e macios seguem toda a extensão do que fora a incisão. “Já faz quatro meses” desde a cirurgia, o que Joel responde ao ser perguntado quando foi operado – o que pacientes têm chamado de “cisversário” (aniversário da cirurgia contado em meses e anos). A marca da cirurgia está bem fina em sua espessura e com um aspecto roseado, próximo ao tom da sua pele. Os mamilos, lateralizados, indicam uma mama masculina²¹, segundo médico e paciente avaliam. O médico explicaria, em diferentes ocasiões, que a posição anterior das mamas, para frente e pontuada, como classificam, era o indicativo de seios femininos, que foram extraídos e refeitos como enxertos. Nesse momento, fica muito evidente que a satisfação cirúrgica de Joel segue o quão essas características estão acompanhadas de uma beleza, a qual está fomentada não pela ausência de marcas, mas pelo que considera ser sua sutileza e refinamento. Para o cirurgião, esse resultado depende tanto dele como do paciente. Ambos concordam, na conversa que se segue, que o cuidado que Joel teve nos meses subsequentes impediu que a cicatriz se alargasse devido a movimentos dos braços e a esforços físicos. “Você seguiu bem o que indiquei”, afirmava o médico, fazendo alusão também a outras orientações que assistiu tantas vezes ele indicar, que iam de seguir “dietas saudáveis”, permanecer na mesma posição ao dormir, não se esforçar fisicamente (sem levantamento de peso ou desempenho de atividades de limpeza) – a isso ligava-se outro fator que participava da qualidade do resultado cirúrgico: a genética. Reiteradas vezes ouvi na clínica que a “minha genética” ou a “sua genética” era algo do qual não se podia fugir. Assim, dividem-se as responsabilidades sobre a eficácia da cirurgia. Isso se realiza, portanto, através de um trabalho educativo do corpo segundo o qual, como entendeu Foucault (1988), o cuidado de si se erige como uma técnica politicamente circunscrita que leva o próprio indivíduo a manejar seu corpo.

Se a cicatriz é elogiada como um trabalho do cirurgião e do paciente (duas figuras que existem aqui de forma situada), o mamilo, por outro lado, e embora dependa também do descanso pós-operatório, é o grande produto desse médico. Após tocar nos dois mamilos redesenhados e refeitos de Joel, Adriano elogia novamente o resultado. A seu ver, ali estava um peitoral não apenas masculino, mas principalmente bonito. “Pronto” é um sintagma que acompanha o anúncio da alta médica e revela que a modificação corporal de Joel está concluída com segurança biológica. Não havia mais riscos de se acumular seroma (líquido) entre o músculo peitoral, na parte anterior ao tórax, e a pele, ou de se criar inchaço, nem de os mamilos e aréolas mamilares caírem, como acompanhei acontecer em outros casos. Agora não há mais nada que precise do suporte biomédico. Nesse momento, Joel vira-se para ver seu próprio reflexo no grande espelho que vai do chão ao teto e que ocupa toda a parede imediatamente à direita da porta quando aberta. Joel olha para si mesmo e

21 | Embora aqui pacientes sejam transmasculinos, isto é, tenham sido reconhecidos como mulheres durante o nascimento e tenham realizado transições de gênero em direção à categoria homem para se distanciarem da categoria mulher, havia grande diversidade de performance de gênero (mais ou menos masculina, agênero etc.) entre quem procurava a cirurgia de mamoplastia masculinizadora. Alguns, inclusive, não gostariam de ter os mamilos enxertados após a retirada das mamas. Assim, nem todas as pessoas se reconheciam como homens trans. Nesse sentido, a identidade de homem ou masculina não era o único norte explicativo para realizar cirurgias.

sorri, movimentando o tórax entre ambos os lados do seu corpo, como se tornasse cada mamilo ainda mais evidente no espelho. Uma cena que se repetiria todas as vezes que observei o momento de alta médica. Segue-se uma felicidade que estampa as expressões do médico e do paciente – e de seus familiares quando os acompanham – e até mesmo a minha própria, ao assistir a tamanha alegria.

Com a consulta finalizada, Joel então anuncia que trouxe um presente para lembrar esse momento em sua vida. Sua sacola de cor cinza feita de papel abrigava várias caixas em formato de retângulo. Ainda na sala, ele retira uma das caixas e a entrega a Adriano, que recebe com um enorme sorriso no rosto. Até aquele momento eu havia observado pacientes presentear apenas o médico, mas, assim que presenteia Adriano, Joel exclama: “Trouxe um presente para cada” e se dirige até a recepção. Enquanto o médico guarda sua parafernália e troca seu jaleco pelo terno, dirigindo-se à sala de consulta clínica, Joel e eu nos encaminhamos para a recepção. Vanessa e Robertina – a primeira, uma funcionária antiga, e esta última recém-contratada de poucos dias –, as secretárias do lugar, estavam em seus postos de trabalho quando avistam Joel se aproximar e dar uma caixa a Vanessa. “É para agradecer a forma como fui bem tratado”, completa sua explicação, dando outra para Robertina. As expressões das duas seguem o mesmo ar de alegria do médico. Ele então se desculpa comigo por não ter trazido um presente também para mim, dizendo que não sabia que eu estaria ali. Joel pergunta onde está a terceira funcionária, a gerente do lugar, Carmela. “Também quero agradecer a ela”, diz seguindo para encontrá-la em sua sala que fica logo mais à direita da recepção.

Nesse momento, eu fico na companhia das secretárias enquanto elas abrem suas caixas e encontram grandes brigadeiros de diversos sabores. Na tampa que abre e fecha há um adesivo com o nome e os contatos de uma doceira. Elas estão bem contentes com os presentes, e lembram que isso acontece com frequência. Robertina, por sua vez, logo exclama que o presente não é para ela porque não trabalhava na clínica quando Joel foi operado. Ela se mostra insegura em aceitar o presente para si, porque, segundo avalia, era a secretária que ela passou a substituir quem tinha direito ao presente e não ela. Ao invés de comer um dos brigadeiros, ela guarda a caixa intocada em uma gaveta para ser repassada à outra secretária, que está cumprindo aviso prévio e iria começar seu turno de trabalho poucas horas depois. Por outro lado, Vanessa logo retira um grande chocolate da caixa e pergunta se eu quero um, ao que respondo sim, mesmo sendo intolerante ao leite de vaca, o que provavelmente deve ter sido uma das matérias-primas do doce. Enquanto comemos os bombons acompanhados de um pouco de café, Joel retorna e comenta sobre os doces, quando perguntamos sobre a doceira que fez os chocolates. Ficamos sabendo que é sua mãe quem os faz manualmente e os vende para complementar a renda da família. Isso confere um caráter particular de intimidade e de dedicação

aos presentes alimentares de Joel a todos os funcionários da clínica, do médico à secretária, como posso ver na admiração que enchem os olhares quando eles recebem os presentes.

O caráter coletivo dessa experiência, a partir do qual podemos ver operarem os princípios simbólicos que guiam um sistema de dar, receber e retribuir, demonstra a implicação em que todos estão envolvidos. Uma operação efeito da circulação de coisas tão materiais e tão palpavelmente verificáveis quanto uma incisão cirúrgica poderia ser. Quando entrevistei Joel duas semanas após a interação que acabo de descrever, perguntei-lhe acerca das motivações em torno dos seus presentes. “Ah, para agradecer [a todos] pela cirurgia; é tão difícil de chegar lá e eu fui tão bem tratado que precisava dar alguma coisa”, resumia. A resposta de Joel, nesse sentido, cortou minha pergunta com um grandíssimo ar de obviedade que me fez perceber a dificuldade de tratar dessa questão no formato de uma atribuição senão de regulação racional de um interesse consciente, mas sim pelo seu caráter moral. Eu colocava na sua raiz a indagação: por que pacientes trans sentem a necessidade ou se sentem instigados a dar presentes materiais e a expor suas gratidões em palavras, gestos emocionais e reconhecimento público por uma cirurgia que já fora paga em moeda antecipadamente?

Que troca linguística é instaurada nessa relação em que o presente inaugural parece ser o dinheiro? E mais: o que de fato se retribui nesse contexto ao se oferecerem presentes aos médicos e, às vezes, a toda a equipe que os assiste? A caminhada para possíveis respostas não pode se render a tentativas de apaziguamento das contradições intrínsecas ao que se tem chamado, na antropologia, da “verdade dupla” da troca de presentes, isto é, a aparência de generosidade desinteressada com que se dá e uma certa consciência das suas consequências que atravessa todos os indivíduos (incluindo quem apenas observa) (Mauss, 2003a; Bourdieu, 1997). Também pouco será suficiente se render teoricamente a explicações moralizantes, no sentido de que o caráter simbólico desses presentes seria resultado unicamente da falta de acesso à saúde que se tornou comum no Brasil. Se assim for, o utilitarismo presente na análise que reduz trocas no mercado capitalista à concessão monetária (Martins, 2008) encontrará outra feição, isto é, a que impõe, neste contexto, a troca dadivosa como um puro agradecimento cristalizado, que, embora tenha seu lugar enquanto “falta” que se corresponde ao ser superada pela relação que se estabeleceu, não o tem absolutamente, designando, por outro lado, indicação de ser um elemento de amálgama para a constituição de socialidades cuja moral é apenas uma das suas características. Nesse sentido, antes de avançar na compreensão dessa dádiva, cabe contextualizá-la ao se entender o lugar da cirurgia no cenário da medicina preocupada em assistir à transição de gênero e suas dinâmicas delineadas pelo sistema de saúde onde ganha forma.

A CIRURGIA E A SAÚDE TRANS À BRASILEIRA

No escopo do atendimento médico e psicológico voltado à mudança de gênero de pessoas trans e travestis no Brasil, a cirurgia nem sempre encontrou lugar privilegiado nos serviços de saúde pública, quando se consideram os procedimentos elencados como principais, como já foi o caso de vaginoplastias e faloplastias (Brasil, 1997; Farina, 1982) – e aqueles outrora considerados de caráter acessório e complementar, mas que hoje são erigidos com peso social equivalente, como a feminização facial (cf. Plemons, 2017) e as mamoplastias. Isso pode ser atribuído a fatores tanto econômicos como sociopolíticos, estando ambos entrelaçados. No plano financeiro, as operações implicavam, e ainda implicam, custo elevado em comparação à clínica, quando consideramos o dispêndio necessário para manter equipes e parafernalias cirúrgicas e aquele próprio do atendimento clínico que, no Brasil, já foi objeto de iniciativas localizadas em algumas capitais e grandes cidades sem a regulação estatal e tem se realizado, atualmente, por meio de cenários diversos que vão desde voluntariado de médicos e residentes de medicina (em várias especialidades) até equipes financiadas pelo Ministério da Saúde (Vieira, 2020). Assim como nos Estados Unidos (Meyerowitz, 2002), tais atividades nasceram no âmbito de hospitais e clínicas universitários, notadamente públicos, sob os auspícios do desenvolvimento de pesquisas científicas entre as décadas de 1960 e 1980 e, posteriormente, no final dos anos 1990 e começo dos anos 2000 (Vieira, 2020; Áran, Murta e Lionço, 2009a; Munin, 2018; Bento, 2006; Almeida, 2010).

Com esse pano de fundo histórico, desenvolveu-se no país, desde o final dos anos 2000, o chamado Processo Transexualizador, uma política pública em formato ambulatorial e hospitalar que se espalharia pelo país (Áran, 2010; Almeida e Santos, 2019), sendo objeto de grande movimentação política de usuários e profissionais (Vieira, 2023). Assim como as iniciativas anteriores, tais serviços ambulatoriais receberam o maior espaço em sua dimensão clínica e na dispensação de hormônios sexuais sintéticos, embora conte idealmente com uma equipe multidisciplinar de médicos e outros profissionais de saúde (Trindade, 2016; Machado, 2010; Lionço, 2009; Áran e Murta, 2009; Áran, Murta, Lionço, 2009; Almeida e Santos, 2018; Alexandre, 2015). A política tem replicado os formatos comuns que o Sistema Único de Saúde tem adotado para lidar com questões específicas de saúde, a exemplo de outras demandas como infância, ginecologia etc. Porém, as cirurgias continuam a ser uma prática de intervenção realizada em menor número e envolta em grandes tensões políticas, pois precisam contar com o interesse profissional de cirurgiões para se desenvolverem (Vieira, 2020) – portanto, a formação de uma comunidade médica nesse sentido, essencial para aumentar o acesso a tais procedimentos, ganha contornos perceptíveis apenas contemporaneamente a partir de um mercado que tem impul-

Os trânsitos da dádiva: a troca de presentes e a ideia de reciprocidade entre cirurgiões plásticos e pacientes no escopo da medicina trans

sionado o ensino das práticas cirúrgicas, a realização de congressos, publicações e, consequentemente, uma maior dinâmica profissional. Algo que a cena pública, do Processo Transexualizador e dos períodos de prática clínico-cirúrgica anteriores não fomentou com a vitalidade necessária para se reproduzirem socialmente especialistas.

Nesse ínterim, pessoas trans e travestis têm tido grande dificuldade e vivido em sofrimento para acessar não apenas tais serviços de saúde (Vieira, 2020; Novo, 2021; Bento, 2006; Pelúcio, 2009; Alexandre, 2015; Lanz, 2014), como também quaisquer outros, principalmente quando suas expressões de gênero fogem à normalidade heterossexual. Isso pode, inclusive, dar espaço ou exacerbar quadros de adoecimentos físicos e mentais variados (Silva, 2016). Nesse sentido, o principal obstáculo se forma a partir do amálgama de práticas que patologizam a diversidade sexual e de gênero (Almeida e Murta, 2013; Bento e Pelúcio, 2012; Murta, 2011; Oliveira, 2015) e reforçam uma única forma de transexualidade (Bento, 2016) ou de mudança de gênero (Connell, 2012), além de outros marcadores sociais da diferença e de estigma que dramatizam ainda mais as experiências, por exemplo, de pessoas negras, com deficiência e provenientes de classes populares (Vieira, 2020) – algo que também se especifica diante dos contextos e práticas corporais entre homens trans ou pessoas transmasculinas (Áran, 2012; Almeida, 2012; Vieira, 2015; Vieira, 2018; Vieira e Porto, 2019; Souza, Santos e Almeida, 2019). Assim, atitudes à revelia de pacientes, como, por exemplo, o uso público de nomes de batismo, referência à identidade de gênero errada e/ou à sua patologização, exposição vexatória do corpo, entre outros, operantes nos chamamentos à sala de consulta, na negação à supressão da puberdade, na própria anamnese, no tratamento de prontuários circulantes entre profissionais e até mesmo em comentários e olhares de outros usuários, compõem ações de violência que vilipendiam o acesso a serviços de saúde e a continuidade do cuidado (Vieira, 2020; Bento, 2006; Novo, 2021; Marinho Neto e Girianelli, 2024; Almeida, 2012)²².

Com isso, movimentos políticos pelos direitos em saúde se organizaram desde os anos 1990 e começo dos anos 2000 para garantir políticas públicas de HIV/Aids (Coacci, 2018; Pelúcio, 2009; Nascimento, 2024), bem como a existência e a expansão de serviços que assistam medicamente a transição de gênero e ações que os realizem sem a reprodução da patologização (Carvalho e Carrara, 2013; Peixe e Morelli, 2018; Nery, 2018). Nesse último caso, ativistas brasileiros se defrontavam com um senso comum de largo alcance que afirmava ser a operação cirúrgica de mudança de gênero – principalmente a vaginoplastia, amplamente referida como “mudança de sexo” – o que conferia status de mulher a travestis (Patrício, 2008), ao passo que o contrário não. Isso estava presente nas anedotas e causos contados por mulheres transexuais que se diferenciavam de travestis através da cirurgia (Benedetti, 2005). Diante disso, foi se tornando cada vez mais frequente assinalar, portanto, que nem

22 | Sem desconsiderar, ainda, outras questões direta ou indiretamente ligadas ao cuidado, bem como à violência operante fora dos serviços de saúde, que atravessa outros setores da vida societária, como educação, cena pública e trabalho, que vão dos insultos verbais ao assassinato (Nascimento, 2024; Nogueira e Cabral, 2018).

todas as pessoas trans e travestis intentavam se operar, nem que seria necessário fazê-lo para se definir como homem ou mulher de verdade. O ápice desse movimento pode ser visualizado no julgamento da Ação Direta de Inconstitucionalidade n. 4.275, quando o Supremo Tribunal Federal (STF) garantiu à decisão individual a mudança de nome e sexo no assento civil sem a necessidade de cirurgia (Brasil, 2018). Isso não impediu, contudo, que houvesse grande engajamento para incluir tais procedimentos no rol daqueles cobertos pelo Processo Transexualizador, como se realizou através de processos de judicialização (Lionço, 2009; Peixe e Morelli, 2018). Apesar da expansão da cobertura ambulatorial no âmbito do SUS, o acesso à saúde com o fim de apoiar medicamente a transição de gênero ainda é algo inacessível na maioria das cidades brasileiras, tendo as capitais e outras grandes cidades cenários com maior promoção de políticas públicas e de médicos atuando no mercado privado, o que gera um considerável movimento migratório ou de aspecto “turístico” ainda a ser compreendido.

Esse lugar dúbio e cambiante da cirurgia a tornou também pouco explorada em sua particularidade sociológica e experiencial em si mesmos, uma vez que um foco maior foi dado a processos sociais através dos quais o corpo se constituía por meio de práticas e interações, interpretados como operando, se não com os mesmos efeitos, com sinais equivalentes aos de uma cirurgia propriamente dita. Nesse sentido, Berenice Bento (2006) já pontuava, acionando Paul Preciado (2000), que ser classificado como menino ou menina desde o nascimento operava como uma cirurgia as pessoas ao longo de suas vidas – algo em muito devedor de uma série de elementos interpretativos, como a teoria queer, a análise e a crítica às tecnologias de gênero (Lauretis, 1997), a análise do dispositivo da sexualidade foucaultiano (1988) e a crítica feminista de Judith Butler (2003)²³. Essa figura de linguagem e extensão analógica lançou, na cena acadêmica brasileira, o padrão de análise que se desdobraria nas décadas seguintes ao se investigarem as lógicas basilares da abordagem biomédica das transexualidades no plano teórico de seus primeiros idealizadores e no âmbito do contato de pacientes com tais especialistas. Mesmo que não deixemos de reconhecer que as relações, as práticas e posições sociais a partir das quais as pessoas vivem atuam na formação de si como alguém generificado, tendo impactos formativos na subjetividade e no corpo, inclusive com efeitos notadamente físicos e morais, submeter-se a e performar procedimentos cirúrgicos propriamente ditos traz significativas particularidades para a construção social do corpo cuja materialidade visceral envolve uma situacionalidade que não é o mesmo que um ato performativo (Plemons e Straayer, 2018).

Não se trata de assertar que a materialidade da experiência cirúrgica traz questões mais importantes ou mais definidoras da pessoa, mas traz, decerto, noções próprias que constroem o corpo e as posições dos envolvidos em operações

23 | Não é possível estender-se aqui sobre as influências desse movimento teórico e político. Para uma visão panorâmica da teoria queer e sua dinâmica no Brasil, ver Pedro Pereira (2015).

simbólicas que não são as iguais, mesmo que possam ser associadas, ao que se opera na produção do gênero e do mundo social ao nível da linguagem e do vestuário. A etnografia demonstra que, para muitos interlocutores, a cirurgia não é o que irá defini-los como homens ou mulheres, nem como outras categorias de identificação de gênero, mas enquanto um procedimento material que os reorganiza em suas definições corporais e subjetivas e os realocaliza em suas posicionalidades enquanto agentes sociais. O corpo aqui, como em qualquer outra experiência, é uma plataforma de produção de si no mundo (Le Breton, 2016), e a cirurgia, como ferramenta social, é eligida como mecanismo vivido para que isso chegue a lume no âmbito da beleza, do gênero, da sexualidade, da distinção e, até mesmo, da proteção contra a violência.

No campo da atuação médica, transformações contemporâneas ganham espaço pouco a pouco, de modo que a patologização concorre com formatos despatologizados, mesmo que a medicalização da relação com o corpo seja uma constante. Ao invés de ter grande peso, como antes, a performance de gênero abre mais espaço para o discurso da saúde, de maneira que a sua busca adentra níveis cada vez mais profundos dos corpos para medir se tais operações cirúrgicas ou hormonais produzirão corpos saudáveis dentro dos objetivos de afirmação de gênero (Vieira, 2020). Isso se constitui devido a novas feições do que Henry Rubin (2003) nomeou de lógica de tratamento. Ao analisar as teorias endocrinológicas e psicológicas que deram as primeiras explicações médicas para a transexualidade, o sociólogo demonstrou que há uma orientação epistemológica que guia as atitudes dos profissionais. Berenice Bento (2006) chamou isso também de protocolos invisíveis, querendo ressaltar ainda mais uma dimensão não dita de noções e visões de mundo que reforçavam a procura pela heterossexualidade nos atendimentos clínicos.

Nesse sentido, assistimos à consolidação de uma terapêutica trans, como a nomeia Eric Plemons (2017), cuja organização de um conjunto de suposições implícitas e reivindicações explícitas erige a medicina voltada à transição de gênero como algo benéfico. Partindo das considerações de Annemarie Mol (2008) sobre a lógica do cuidado e de sua etnografia das cirurgias de feminização facial nos Estados Unidos, Plemons argumenta que, se trans existe como um objeto de intervenção médica, então, há uma forma de observá-lo para se fazer referência à sua definição, à análise do que é preciso fazer e, por fim, como se compreende que a intervenção foi bem-sucedida. Ou seja, origem, tratamento racional e medição de resultados. Algo ainda pouco estudado na antropologia brasileira.

Se nos Estados Unidos descritos por Plemons (2017) há um considerável desenvolvimento biotecnológico voltado às cirurgias de transição de gênero, cujo avanço técnico é notável para os cirurgiões brasileiros, o cenário tem se modificado drasticamente desde o final dos anos 2010, quando as primeiras operações deixa-

ram de ser experimentais aos olhos do Ministério da Saúde e puderam ser realizadas pela iniciativa privada. Essa abertura, por seu turno, tem assistido a uma maior oferta mercadológica dessas cirurgias. Os anúncios de médicos, como profissionais liberais, veiculam clínicas e abordagens especializadas, e procedimentos ganham a internet nas mãos de cirurgiões e pacientes que divulgam fotografias que demonstram o fenômeno “antes e depois” tão frequente de outros contextos corporais, como é o caso do emagrecimento e das cirurgias bariátricas (Gonçalves, 2006). Contudo, apesar de ser algo que foi inserido numa relação de compra e venda, um procedimento desse tipo, objeto de grande engajamento material e emocional, nem sempre é tomado primeiro como algo frio e calculado que ensejaria a ideia de mercadoria. Em seu depoimento veiculado on-line em rede social, vemos, por exemplo, Fernando, de 25 anos de idade, localizar a sua mamoplastia masculinizadora como algo tão importante que somente um presente chega à altura da analogia.

Dia em que nasci de novo! Como eu posso explicar o dia em que isso aconteceu?! Só passando para sentir. [...]. É um sentimento de gratidão tão grande! Gratidão a Deus, aos pais que eu tenho, à parte da minha família que sempre se importou, aos amigos que acompanham, minha mulher que sempre esteve ao meu lado em todos os momentos, minha mãe que está cuidando de mim todos esses dias e sempre cuidou incansavelmente desde sua adolescência e ao artista que tornou tudo isso possível @dradrianabrasolin, junto com sua excelente equipe qualificada @somosclinica (Fernando, em 2023, na sua rede social).

Ao lado desse texto, fragmento de um relato bem maior, seguem fotos e vídeos do momento da alta hospitalar no qual ainda podemos ver Fernando vestindo um colete que segura os drenos em seu peito. Essa publicação compõe uma espécie de diário digital da sua transição de gênero, voltado para outras pessoas trans e travestis. É notável aí que Fernando liste o cirurgião e sua equipe ao lado de parentes tão significativos em sua vida, como sua mãe e sua esposa. Apesar de ser algo pago e de ter sido a realização da cirurgia o resultado de uma dedicação pessoal para reunir o montante em dinheiro necessário para financiá-la, como me contou em entrevista, o procedimento foi transformado em uma coisa moral que comunica aspectos pessoais e profissionais do médico que a performou e de si próprio. É possível notar, ainda, que Fernando postula ter sido a possibilidade de pagar por um cirurgião que o fez acessar o que vê como uma conquista de uma vida.

As experiências de Fernando e de outros interlocutores com os quais convivi apontam para o crescimento do cenário do mercado suplementar, seja com ou sem plano de saúde, como uma atmosfera que tem trazido a sensação de aumento do acesso à assistência médica e à transição de gênero. Isso produz reverberações

sociais diferentes para a definição de transexualidade ou de transgênero e para o acesso à saúde trans quando a situamos diante do que já vimos no âmbito do SUS. Essa imagem de conquista não é simplesmente uma individualização, pois relaciona o esforço individual ao apoio coletivo de parentes e profissionais. A entrada e o atual processo de consolidação da cirurgia de afirmação de gênero no mercado suplementar, enquanto uma “mercadoria” a ser anunciada, vendida e consumida, foram transformados em objeto a cuja dádiva se deve deferência. Ao considerar a literatura sobre o campo da saúde pública, não encontramos descrições ou análises sobre uma produção da dádiva entre pacientes trans e médicos. Não se trata de indicar simplesmente que o elemento do pagamento direto, como consumo, seja o que possibilita esse tipo de relação dadivosa. Embora participe, essa transformação econômico-moral não se dá de qualquer forma, haja vista ser o desempenho do cirurgião – e a experiência clínica associada – a bússola a nortear sua qualificação como algo notável e digno de retorno. Então, como a associação entre o sistema de compra e venda e o sistema da dádiva aí se realiza?

OS VALORES DA CIRURGIA

Marcel Mauss (2003a), quem primeiro considerou que trocas estabelecem obrigações e vínculos, demonstrou que a dádiva poderia exprimir diversas dimensões da vida coletiva guiada em sua instituição pelo caráter aparentemente voluntário, mas obrigatório e interessado, de prestações e contraprestações. Entre vários princípios que explicam o problema, o autor centrou sua reflexão sobre a regra que faz um presente ser retribuído. Considerando materiais sobre os Maori, que entendiam terem as coisas o espírito daquele de quem as transmite, acompanha a ideia de que a necessidade do retorno está em fazer voltar aquilo que anima o presente, pois represá-lo em mãos não originais traria graves efeitos, uma vez que não faria voltar ao território do donatário a força simbólica que o objeto dado manifesta.

Compreende-se, logicamente, nesse sistema de ideias, que seja preciso retribuir a outrem o que na realidade é parcela de sua natureza e substância espiritual, de sua alma; a conservação dessa coisa seria perigosa e mortal, e não simplesmente porque seria ilícita, mas também porque essa coisa que vem da pessoa, não apenas moralmente, mas física e espiritualmente, essa essência, esse alimento, esses bens, móveis ou imóveis, essas mulheres ou esses descendentes, esses ritos ou essas comunhões, têm poder mágico e religioso sobre nós (Mauss, 2003a: 200). Se isso explica, portanto, o que anima o momento de retribuição na troca, é necessário considerar também outras duas obrigações igualmente importantes para o sistema: os atos de dar e o de receber. As três obrigações conformam toda a base da dádiva com

efeitos totais maussiana. Ao longo de considerações sobre as naturezas mítica e religiosa nas quais essas ações se manifestam, Mauss passeia de sociedades indígenas melanésias e americanas a sociedades europeias e asiáticas tidas como arcaicas ou antepassadas, para mostrar que essa organização de doações se intersecta com moedas de troca e é, na verdade, a forma do direito jurídico que orienta os agentes nessas coletividades. Como conclusão, Mauss entende que o emprego da moeda não anula essas obrigações como morais e políticas, como se faz com vários caracteres diferentes: signos de riqueza, riqueza em si, meio de troca e pagamento, a coisa que deve ser trocada e até mesmo destruída.

Mauss inaugurou uma análise antropológica que tem sido apontada como uma forte inferência para se compreender como pessoas se estendem a objetos e como esses, por sua vez, interligam aquelas em um sistema. Há, no contexto etnográfico analisado, efeitos totais e circulatórios num sistema de trocas simbólicas, de modo que existe um viés total – não no sentido de fato social total, mas de sociedade total –, através do qual uma dinâmica societal geral se constitui por meio de tais laços recíprocos de troca de presentes. Objetos e interpretações sobre o outro circulam ao mesmo tempo que ligações subjetivas e objetivas criam obrigações morais de tipo generalizado. Nesse sentido, a noção de interesse e economia a dirigir as ações de pessoas seria algo encampado pela sociedade capitalista, e não um elemento universal da dádiva. Ainda assim, essa percepção seria mais ilusória do que um fato do cotidiano, uma vez que até mesmo nas relações de trabalho, como demonstra o autor, “só é possível fazer bem homens seguros de serem lealmente pagos por toda a vida em troca do trabalho que realmente executaram, ao mesmo tempo para outrem e para si mesmos. O produtor sente de novo [...] que troca mais do que um produto ou um tempo de trabalho, ele sente que dá algo de si: seu tempo, sua vida” (Mauss, 2003a: 308).

O espírito dadivoso da cirurgia sobre o qual estou procurando argumentar neste trabalho não tem o mesmo efeito de totalidade societal que aquele encontrado entre os grupos sociais descritos por Mauss, pois aqui não se trata de um fenômeno cuja abrangência seja extensível em semelhantes termos às socialidades fora das dinâmicas médico-paciente e ao cenário clínico-cirúrgico trans. Isso não quer dizer que não seja possível perceber relações, atitudes e sentidos consequenciais. A relação em torno da cirurgia de mamoplastia masculinizadora, no mercado privado, resulta em seus próprios efeitos subjetivos e sociológicos, tanto por causa do seu caráter de dádiva, como por causa do âmbito do consumo num mundo de mercadorias em saúde, identitárias e de ordem estética²⁴. Essas duas dimensões não são mutuamente excludentes, mas mutuamente constitutivas, correspondendo, portanto, a partes do resultado que a carreira da cirurgia de mamoplastia masculinizadora como objeto de engajamento político e médico conformou e, como tal, está envolta

24 | Durante o trabalho de campo pude acompanhar apenas um exemplo de troca de presentes no âmbito do SUS. Embora não queira indicar terminantemente que isso não aconteça a partir do sistema público, a etnografia me demonstrou a sua força simbólica no sistema privado. Isso pode implicar um espalhar de atitudes para outros sistemas e dinâmicas e relações médico/profissional de saúde e paciente.

em ditames culturais, sociais e políticos de consumo, de significação e de troca.

Essa interpretação foge, por conseguinte, de uma separação clássica realizada na antropologia e na sociologia entre mercadoria/consumo e dádiva/símbolo (Duarte, 2010); como se o mundo do mercado capitalista fosse dominado unicamente por relações impessoais e interesse econômico, gerando alienação ao seu serviço; como se o comportamento consumidor fosse dirigido somente por utilidades, necessidades e vontades frívolas (Douglas e Isherwood, 1996 [1979]; Appadurai, 1988), algo próprio de um universo racional onde objetos e serviços são vendidos e comprados em relações de exploração e lucro (Marx, 2014 [1867]) e entremeados por jogos de decisão controlada. Essa visão utilitária ganhou escrutínio considerável nas ciências sociais e foi vencida como perspectiva reducionista da vida social (Bourdieu, 1997), que desconsidera o significado, a geração de valor, a relação de troca e os pontos dessa relação (Strathern, 1997), bem como o hedonismo e o romantismo (emoções) como molas do capitalismo moderno – o que não intenta dizer que a racionalidade não fora também veículo de constituição dessa sociedade (Campbell, 2001). Portanto, de Marx a Bourdieu, de Malinowski a Strathern, de Mauss a Lévi-Strauss, esse caráter racionalista exclusivo de uma certa ação social moderna (seja ou não do consumo em si) tem sido contestado tanto como de validade universal como para explicar a própria sociedade capitalista ocidental (Carrier, 1995).

A definição clássica sobre o mundo do mercado ocidental, segundo James Carrier (1995), produziu-se como a caracterização por excelência em oposição a um mundo não dominado por relações capitalistas, entendidas desse modo, como um universo onde a dimensão simbólica e a coletividade dirigiriam os indivíduos. Alice Duarte (2010) observa que as análises de Marcel Mauss a respeito da dádiva, apesar de terem indicado o fato à antropologia, essencializam um certo caráter da sociedade dita primitiva. Para Duarte (2010), portanto, Marx e Mauss articularam uma mesma operação de tipo ocidentalista ao instituírem para cada sociedade tipos essenciais de relações individuais ou coletivas, impessoais ou simbólicas. Nessas inferências, informadas por orientações também ideológicas, os autores teriam excluído da sociedade descrita os caracteres que viam dominar a vida social de natureza oposta.

Assim, quando alguém procura²⁵ uma cirurgiã ou um cirurgião para decidir se irá se submeter a uma operação com ele(a) e não com outro(a) profissional, está em jogo o que cada um pode oferecer de melhor numa relação de consumo e de mercado na qual a cirurgia é um serviço prestado que não está submetido apenas à incisão no centro cirúrgico, mas também à experiência clínica pré e pós-operatória e à notoriedade do médico ou da médica. Entretanto, como em qualquer relação desse tipo (Duarte, 2010), a impessoalidade não apenas é artificialmente estabelecida como é deliberadamente recusada; e a moral e as emoções são elos entre inte-

25 | Não é possível dar conta de todas as motivações aventadas pelos interlocutores, de maneira aprofundada, uma a uma, mas cabe indicar que elas giram em torno principalmente de conforto, reconhecimento e beleza.

Os trânsitos da dádiva: a troca de presentes e a ideia de reciprocidade entre cirurgiões plásticos e pacientes no escopo da medicina trans

resses, vontades e necessidades (Appadurai, 1988; Freitas, 2023). Se, no âmbito do SUS (Vieira, 2020), o cirurgião não é objeto de questionamento indispensável em si mesmo enquanto um profissional cujas credenciais, visões de mundo e experiência se procuram atestar antes de se submeter a uma mesa de cirurgia, no mercado privado das clínicas de cirurgia plástica e de hospitais particulares isso é perseguido tanto quanto a opinião do cirurgião a respeito da sua explicação para a existência do desejo pela cirurgia.

Médicos cirurgiões que não viam a transexualidade, a travestilidade ou a transgeneridade em geral como doença, distúrbio ou transtorno²⁶ colocavam-se no mercado como um tipo de profissional possível de ser consultado e em quem se poderia confiar. Era constante, durante o atendimento clínico, a declaração de Brasolin e de outros cirurgiões que entrevistei sobre como entendiam a procura pelas cirurgias enquanto algo legítimo e destituído de adoecimento em si mesmo. Do mesmo modo, pacientes trans buscavam na anamnese dos médicos ou das médicas encontrar suas “visões verdadeiras” sobre a questão, de modo que não fossem reduzidos a doentes nem a consumidores, e sim qualificados como pessoas com histórias, desejos, direitos e vidas complexas. Se o cirurgião fosse visto como alguém interessado nesse trabalho apenas para o lucro pessoal, não seria digno do dinheiro que poderiam pagar. Aqui, o dinheiro se transformava num objeto cujo valor não lhe era inerente, mas resultado de um julgamento dos indivíduos, como indicou Georg Simmel (1997) em sua análise da relação de troca imbuída pela introdução do dinheiro nas trocas econômicas. Os valores, nesse caso, o dinheiro e a cirurgia, entrariam em uma relação de troca, caso fosse possível atestar o valor também do cirurgião; isto é, era preciso confirmar que o interesse do médico era “genuíno” na forma como tratava e via médica e politicamente a vivência trans, na materialização da perspectiva biomédica através da atuação clínica e cirúrgica e à medida que era ativo em participar de atividades sociais, formativas ou artísticas, com pessoas trans e travestis (como participar de Paradas pelo Orgulho LGBTQ+, realizar trabalhos sociais tais quais atuar de forma voluntária ou contratada no SUS ou oferecer cirurgias gratuitas para quem não poderia pagar, entre outros) – do mesmo modo, médicos e médicas respondiam a esse chamado e buscavam demonstrar tal disposição pessoal e simbólica para si e para os outros tanto nessas situações como no mundo digital, através da apresentação do próprio trabalho e do retorno dos clientes operados (quando demonstravam os presentes recebidos ou a gratidão anunciada publicamente).

Ademais, o que mais saltou aos meus sentidos durante a etnografia foi o lugar instituído à qualidade da cirurgia. Se a atividade moral e profissional a que já aludi levava pessoas trans a se tornarem clientes em potencial desse ou daquele cirurgião, a técnica da cirurgia performava um grande e importante lugar nessa escolha – isso não significa dizer que a técnica seja somente aquilo que importa, uma vez que toda

26 | As dinâmicas relativas a uma autorização do plano de saúde envolvem e envolvem uma lida com laudos psiquiátricos e relatórios psicológicos – além de outros relatórios endocrinológicos, cirúrgicos etc. –, o que tem sido demandado por convênios para autorizar ou não cirurgias próprias da transição de gênero. Essa cobertura implica cobrir custos com internação e/ou reembolso do pagamento feito ao cirurgião e demais membros da equipe médica. Foi possível observar em campo que vieses concernentes à patologização que essa cobrança enseja estiveram relacionados especificamente a essa tratativa burocrática com os planos e não faziam parte de uma avaliação do cirurgião para performar ou não o procedimento. No mais, foge ao escopo deste artigo analisar essa questão com profundidade.

a dinâmica que lhe é anterior, seja na procura pelo médico ou no atendimento, é constitutiva dessa trajetória até a mesa de cirurgia. Atendimentos atestam o que estaria por vir. A técnica, nesse sentido, é formada por relações anteriores e posteriores que, embora partam principalmente do cirurgião, também incorporam as práticas do cliente. Há, aí, aquele elemento simbólico do qual nos falou Mauss (2003b) a respeito do corpo e Mauss e Hubert (2003) sobre a magia. Nos dois casos empíricos, a técnica não ganha forma apenas por uma atividade racional isolada, mas se estabelece numa relação em que meios e fins e eficácia ganham sentido coletivamente. Um dos interlocutores, Gabriel, um homem trans de quarenta anos que conheci na Clínica Somos e cuja alta observei, dizia-me durante nossa entrevista que procurou bastante em redes sociais e outros sítios eletrônicos por descrições de atuações cirúrgicas nesse sentido.

Então sim, foi a técnica que ele usou, obviamente, porque eu tinha bastante mama, então tinha que ser a técnica sorriso. Eu tinha visto algumas pessoas nos Estados Unidos e muitas delas [tinham] um negócio meio reto e tirava totalmente o mamilo e aí eu falei: “Não é isso que eu quero”. Eu quero ficar sem camisa, eu quero ir pra praia, eu quero ir pra piscina. Então o que me chamou a atenção do doutor Adriano é que ele mantinha o mamilo, né? (Gabriel).

Foi a indicação de uma influente celebridade trans do mundo digital que levou Gabriel a conhecer o trabalho de Adriano Brasolin. Aos poucos, Gabriel foi contatando antigos clientes do médico, procurando ver os resultados que eram exibidos on-line e que podiam ser vistos privadamente por ele, para aferir se aquilo era o que queria; assim, a técnica foi o que lhe chamou a atenção. Seria técnica o que prometia o resultado mais bonito e mais longe da feminilidade. Parece que a escolha do cirurgião pela técnica, no caso de Gabriel, indicaria simplesmente uma adesão à direção de uma racionalidade, mas, ao atribuir ao belo um valor primordial, o que se vê é uma procura por um reconhecimento público enquanto bonito e homem; isso significa, portanto, uma junção da razão e da emoção. A ideia de belo salta tanto à frente nesse ramo de preocupações, que a cicatriz grosseira era constantemente temida e objeto de moralização; inquietação recorrente entre interlocutores de diferentes idades, estratos sociais e identificação. Nesse sentido, a cicatrização da incisão cirúrgica, o desenho definitivo do corpo dessa incisão, a proporção e a forma dos mamilos enxertados no lugar esperado eram as maiores questões formuladas e veiculadas como importantes. Isso acompanhava, portanto, a orientação cultural da beleza como algo fundamental na vida coletiva, o que tem sido muito presente no mundo da cirurgia plástica, e que acompanha, inclusive, discursos sobre direito ao belo e a posição em relações políticas (Edmonds, 2010). Nesse sentido, interpretar

o consumo como uma atividade criativa e não simplesmente como demanda criada falsamente por vendedores, produtores e anunciantes de mercadorias implica perceber que o consumo, embora relacionado ao universo da produção (Marx, 2014), não é por ele definido (Freitas, 2023; Duarte, 2010; Douglas e Isherwood, 1995; Campbell, 2001; Appadurai, 1988).

Ao considerar a dimensão do consumo da cirurgia de mamoplastia masculinizadora – e arrisco, quiçá, quanto a outras cirurgias do mesmo tipo como feminização facial, vaginoplastias e faloplastias –, cujas apreensões com a técnica, a beleza e a interpretação médica da variabilidade de gênero a contextualizam, o seu caráter como mercadoria não afasta a possibilidade da sua manifestação como uma dádiva. Na verdade, atesta a relevância moral que um presente busca retribuir. A técnica cirúrgica é alçada durante a procura pelo cirurgião e na delineação da satisfação com o procedimento. Percebe-se que aí há posições diferentes para o cirurgião e o operado: de um lado, quem conhece e domina uma técnica e é autorizado socialmente a performá-la e, do outro, uma pessoa que, por meio do pagamento inicial, pode demandar se submeter a ela. Nesse sentido, essa experiência de consumo e, posteriormente, dadivosa, portanto, uma vivificação única, oposição matizada contra a sua aparente contradição ao olhar utilitário, não deixa de conceber um nível de desigualdade. Isso não é próprio apenas do que estou descrevendo e analisando, mas uma qualidade da própria circulação de bens em redes de troca (Lanna, 1996; Vilela, 2001; Paula, 2021).

Contudo, cabe considerar etnograficamente que isso se produz à maneira de cada contexto, em suas formas históricas, sociais e políticas. Marcos Lanna (1996: 112) chamou a atenção para um princípio por ele denominado de “reciprocidade hierárquica”, elaborado a partir da ideia de reciprocidade de Claude Lévi-Strauss e de hierarquia de Louis Dumont. Para Lanna, a relação de troca poderia ser vivida através de momentos de alternância de posições de desigualdade, de modo que os envolvidos experienciarão a hierarquia de maneira redistributiva. Haveria, nas estruturas da troca, alguma correlação entre reciprocidade e hierarquia. Isso não quer dizer, defende Lanna (1996: 117), que não seja possível que a reciprocidade possa ser associada à simetria em algumas sociedades. Ao voltar-nos para a assimetria que pode existir na relação recíproca, é possível entender, junto com Lanna (1996: 121), que a diferença não seria necessariamente “conjurada”, mas “conjugada” à reciprocidade. Isso explica, segundo ele, que diversas formas de desigualdades podem se fazer presentes na troca, seja através do tempo, da posição dos trocadores e na qualidade de cada dádiva.

Destarte, ao invés de enquadrar quem paga pela cirurgia numa posição de menor importância ou dominação, e quem recebe o pagamento numa situação contrária, os envolvidos consentem com o que chamo de assimetria flutuante cons-

titutiva dessa relação. Em cada ponto de seu desenvolvimento, os indivíduos consentem, cada um na sua vez e à sua maneira, embora nem sempre de forma discursivamente elaborada, em se dispor da direção e da ação do outro para o andamento da experiência cirúrgica. Quando se consulta o médico à primeira vez, assistimos a uma performance profissional que quer incutir autoridade e expertise geradoras de confiança sobre o andamento bem-sucedido do procedimento, e que busca garantir que o possível paciente consinta em se operar com ele e não com outro cirurgião concorrente. Mesmo que não haja muitos profissionais disponíveis, considerando outras subespecialidades, há uma significativa – e crescente – margem de escolha que é colocada em termos de demanda de consumo do indivíduo. Uma vez que se confirme a continuação dessa relação, por parte do paciente que paga, podemos perceber como a cirurgia é reafirmada na linguagem do cuidado e de atenção para ser valorizada.

Isso pode ser notado na experiência cirúrgica de João, cuja cirurgia foi a que eu primeiro observei etnograficamente e que, por isso, apresentou de maneira mais exemplar o trabalho material e as disposições incorporadas da técnica como ações que se deve agradecer. Como a maioria das operações, esta também aconteceu de manhã, numa quarta-feira fria. Encontrei Brasolin ainda no elevador do hospital, enquanto subíamos juntos ao centro cirúrgico. Quando chegamos ao corredor silencioso e asséptico, ele pergunta se eu quero assistir à marcação cirúrgica, então seguimos ao leito individual onde João estava internado. Como parte dos protocolos em vigor, ele já aguardava em trajes cirúrgicos, vestindo a característica bata que se amarra nas costas e que fora anunciada pelo médico quando da consulta pré-cirúrgica. Ele estava acompanhado de sua mãe, ambos igualmente calmos e concentrados. Mesmo já tendo consentido com minha presença dias antes, João é novamente inquirido se posso ainda observar seu processo cirúrgico, ao que consente sem problemas. Tão logo Brasolin se aproxima de João, dá início, após boas-vindas acaloradas, à marcação cirúrgica, que consiste no desenho de linhas simetricamente calculadas no peitoral para delimitar onde serão realizadas as incisões.

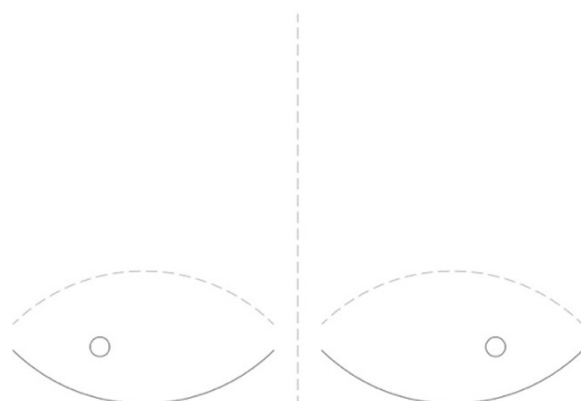
Brasolin, sentado num banco próximo à cama na qual se sentava João, revela todos os instrumentos que utilizaria naquele momento: compasso, régua e caneta se distribuem sobre a cama para serem usados no estágio adequado. Aos poucos, agora com o peito nu de João à mostra, o cirurgião calcula distâncias entre os mamilos, tanto entre si como para baixo e para cima. O compasso, que Brasolin aprendeu a usar com seu professor durante os anos de residência de cirurgia plástica, oferecia a condição matemática para que se pudesse ter uma real dimensão das circunferências que o corpo assumia nessa região, dadas as voltas e dobras que mamas desenvolvidas assumem materialmente (caminhando em direção à sala de operação, o médico me falava depois que, sem a precisão que o cálculo oferecia, não era possí-

Os trânsitos da dádiva: a troca de presentes e a ideia de reciprocidade entre cirurgiões plásticos e pacientes no escopo da medicina trans

vel operar para bons resultados que trouxessem beleza e o resultado masculino, ou seja, estética e terapêutica em conjunção técnica)²⁷. A marcação cirúrgica no tórax é uma operação prévia comum nas cirurgias de mamoplastia masculinizadora (Marques, 2021; (Espírito Santo *et al.*, 2021; Colebunders, Salvatore, Monstrey, 2019): ela demarca o caminho e os movimentos que o bisturi fará no corpo e confere proporção para a sutura conclusiva do procedimento. Na Figura 1 a seguir, é possível observar uma representação-base, portanto incompleta, dessa marcação, uma vez que cada cirurgião pode desenvolver desenhos mais elaborados, como pude perceber através de entrevistas com diferentes médicos e pacientes/clientes trans e durante a etnografia. As linhas tracejadas e contínuas correspondem ao desenho feito à mão no tórax, enquanto as linhas contínuas dizem respeito, sozinhas, à cicatriz propriamente dita que se encontra no momento da sutura. A figura representa ainda apenas uma técnica, a mais comum, chamada de sorriso tanto popularmente como por médicos. Em todos os desenhos a que pude ter acesso no decurso da etnografia, linhas verticais eram desenhadas – embora de modo diferente por cada cirurgião – para realocar os mamilos.

27 | Nem todos os cirurgiões usam um compasso, podendo usar régua.

Figura 1 | Marcação e incisões cirúrgicas-base de uma mamoplastia masculinizadora²⁸



28 | Esta é uma representação genérica da marcação e das incisões cirúrgicas, desenhadas aqui a partir do trabalho de diferentes cirurgiões e pacientes/clientes entrevistados(as), e não diz respeito apenas ao trabalho de Brasolin, o qual detém particularidades como todos(as) os(as) outros(as).

Após alguns minutos de cálculo corporal, uma técnica de enfermagem entra no quarto empurrando uma maca para levar João até o centro cirúrgico. Quando Brasolin finaliza toda a marcação cirúrgica, cobrindo o peitoral de João com círculos e linhas (Figura 1), ele e sua mãe se despedem de nós com um ar de agradecimento. Essa precisão, aos olhos da pessoa ali tomada como paciente na relação, era tanto

cuidado quanto a incisão que iria ser feita a seguir. Era a forma segura de indicar que o médico sabia o que iria fazer, que dominava sua arte através da técnica racionalizada e da preocupação moralizada. Implicava que o cirurgião se importava, como me diriam vários interlocutores. Isso combinava com a atmosfera que encontro na própria sala de operação, que sempre estava tocando músicas que o paciente havia pedido para ouvir. No caso de João, tocavam músicas dançantes e alegres numa lista contínua de músicas pop.

Quando perguntei a outro interlocutor – Reginaldo, de 42 anos, cuja cirurgia não acompanhei – como tinha sido o dia no centro cirúrgico com Brasolin, ele lembra que estava tranquilo e que encontrou tranquilidade na cena musical.

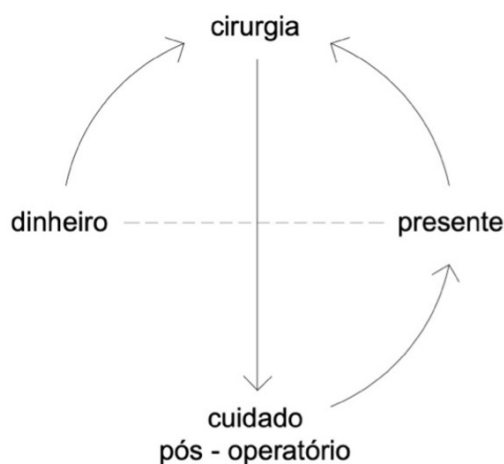
Eu estava muito tranquilo, o tempo inteiro muito tranquilo, muito de boas, sem nenhum medo eu fiquei. Só me deu um mini nervoso quando eu entrei na sala [de operação], já na maca, e tal, aí... aí a gente saca que a parada é séria e não tem como voltar. Foi da hora porque estava tocando Nina Simone, que eu tinha pedido. Estava tocando “Feeling Good”, que eu pedi para tocar. E foi muito bom, assim. Eu fiquei muito tranquilo, muito de boas. É, eu acho que ter começado a transição já mais velho me livrou de muitas coisas difíceis, assim, que os meninos mais novos passam, sabe? Se por um lado eu tô tendo gosto da transição mais tardiamente, por outro, eu acho que tô tendo menos efeitos colaterais entre aspas, da transição. Dessa coisa de eles terem dificuldade de trabalho, dos conflitos com os pais, com amigos; como eu já estava com a vida estabelecida, de trabalho, morando sozinho há muito tempo, fora de casa muito tempo, então eu não passei por esses conflitos (Reginaldo).

É no sentido de oferecer uma atenção redobrada que a cirurgia ganha um caráter moral, porque significa, aos olhos da clientela do cirurgião, que o lucro não seria o único interesse do profissional; ou, mesmo que seja o inaugurador, não é a única coisa que o move. É como se dissessem: “Ele se importa”. E é a esse conteúdo que o espírito da dádiva se acopla para fazer da cirurgia um presente, justamente porque ela ganha, em um dado momento, um espírito de desinteresse, mesmo que não seja o único elemento constitutivo e que todos saibam disso e assumam a sua verdade. Desse modo, era possível observar uma disposição moral que se encarnava das mãos do cirurgião às camadas orgânicas de que revestiam o peitoral de pacientes. Isso, contudo, não significa desconsiderar que há várias dimensões em intersecção, como já foi discutido.

Esse mercado de consumo no qual as cirurgias de transição de gênero estão se popularizando – não no sentido de ser acessível globalmente, mas de aumentarem em oferta –, devido à abertura das operações fora do Sistema Único de Saúde e da sua cobertura por planos de saúde, é apenas um dos termos de um contrato mais

geral e mais permanente, se for possível aqui parafrasear o próprio Mauss, acerca da dádiva. Aí, pessoas morais se relacionam. Assim, por ser vista como algo que cuida num cenário de parques atendimentos no âmbito público e privado, encontrar cirurgões que ofereceriam abordagens não patologizantes e, ao mesmo tempo, com o que se considera qualidade técnica e de tratamento interpessoal, que a cirurgia se tornou uma dádiva. Isso coloca um problema à descrição do presente dado por Joel no começo da etnografia, pois se a cirurgia é uma dádiva, o que era dar se torna, na verdade, retribuir. E isso é feito publicamente, como esquematizo na figura 2 a seguir. As linhas com setas indicam mais etapas que relações entre os pontos, enquanto a linha tracejada o contrário. A cirurgia, animada pela técnica que garante um resultado específico, é estabelecida inicialmente pela possibilidade do pagamento-dinheiro que interlocutores se articularam de modo diverso para estabelecer (poupança de uma vida, reunião de insumos trabalhistas, presentes dos pais etc.). O presente, nessa relação dadivosa, aparece também em relação ao dinheiro, tornando-o insuficiente para dar conta moralmente da cirurgia. O cuidado pós-operatório (com o acompanhamento da qualidade da atividade dos drenos, na (não) formação de seroma, retirada de pontos que enxertaram os mamilos, a qualidade e ajuste do colete ainda na mesa de cirurgia, entre outros) dá a forma final a partir da qual o presente se anuncia.

Figura 2 | Esquema das relações dadivosas em torno da cirurgia



A esse esquema, um pouco estrito, une-se a exposição dos presentes doados e recebidos, pois aí se manifesta o sentimento de obrigar-se a receber; o que coloca os observadores e futuros pacientes – além do próprio donatário – em união pela circulação do presente. Essa circulação não se dá no sentido de o médico dar outro presente ao paciente que o presenteou, mas em expor o presente publicamente, anunciando a sua qualidade cirúrgica que instituiu o presente e a capacidade e sucesso de pacientes em atingir a tão sonhada cirurgia. Segundo uma das médicas que entrevistei, expor o presente em mídias digitais traz certo incômodo para ela porque, ao mesmo tempo que quer mostrar, a quem lhe deu o objeto material, que gostou e apreciou a gentileza, não quer contribuir para que nenhum paciente se sinta obrigado a presenteá-la. Assim, essa dinâmica não se dá de forma emocionalmente uniforme.

A oferta e a demanda de cirurgias para uma clientela denominada transexual, trans e/ou transgênero são parte integrante de um mercado mais amplo de bens e serviços de consumo da saúde suplementar (Pietrobon, Prado e Caetano, 2008; Sestelo, Souza e Bahia, 2013) e, mais especificamente, de cirurgias plásticas que têm se mantido em elevada frequência no país e no mundo (Edmonds, 2010). Mesmo que se detenha uma história particular para este procedimento em termos de noções de gênero, sexo e corpo em transformação na sociedade brasileira (Vieira, 2021; Bento, 2006; Novo, 2021), não se podem desconsiderar a economia de mercado e de consumo e a dimensão subjetiva de uma formulação de si (Velho, 1986) que a constitui. Esse cenário se articula em alta segmentação de produtos e de consumidores, uma vez que cirurgiões procuram se diferenciar. A formulação coletiva de uma relação de dádiva em torno dela aponta não apenas para uma reação ao parco e difícil acesso ao Processo Transexualizador ou a médicos interessados e qualificados, ela é também uma dinâmica que diz respeito à criatividade das pessoas que se sentem impelidas a presentear médicos com presentes de diferentes formas e aspectos. É de se observar com atenção que esse presente não é dado no decurso do processo terapêutico em que a cirurgia se institui, mas após a alta completa. Presentear é uma confirmação, uma criação coletiva *a posteriori*, de um vínculo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste artigo procurei considerar, de modo etnográfico, como as cirurgias no âmbito da medicina trans se tornam bens simbólicos de um sistema da dádiva; contudo, o foco da análise recaiu primordialmente na base da necessidade que um paciente sente de retribuir por aquilo que já pagou no mercado de consumo. Isso não impediu a análise de dar conta também do universo produtivo e do contato de clien-

tes/pacientes com médicos. Uma série de problemas não estão contemplados neste trabalho, como aquele correspondente às condições econômicas e sociais – entre as quais estão outros contextos e marcadores étnico-raciais, *habitus* erótico etc. – que permitem aos agentes implicados nessas relações de troca não apenas dispor de presentes, mas de poder pagar pelos custos altíssimos dessas operações. Contudo, é redutor achar que apenas indivíduos de classes abastadas acessam o mercado privado da cirurgia transgênero. Há, ainda, um discurso de esforço em poupar dinheiro por anos ou meses para se submeter a um procedimento tão relevante material, subjetiva e politicamente para alguém.

A descrição seguiu o intuito de expor como essa cirurgia é erigida simbolicamente enquanto uma dádiva, ao ser igualada, pelo sentimento da necessidade de uma contraprestação, a presentes antes, durante e depois da sua realização. Inicialmente, demonstrei como pacientes e funcionários de uma clínica de cirurgia plástica se sentem implicados nos presentes que circulam. Nisso, foi possível perceber os lugares políticos que a cirurgia ocupou na saúde trans à brasileira por meio do ativismo em saúde e da atividade médica. Posteriormente, considerei por que o pagamento em dinheiro não é tomado como suficiente e se torna, ele mesmo, parte das coisas que são trocadas. Minha análise seguiu a trilha conforme o próprio problema foi tomando forma diante da minha observação, e não exatamente em ordem desencadeada de análise e descrição do ato de dar, receber e retribuir.

Além do mais, o mercado suplementar ao Sistema Único de Saúde coloca várias problemáticas em torno da linguagem e das práticas dos direitos à saúde, em um contexto de precarização de políticas públicas que já existem. A liberação, pelo Ministério da Saúde, e a recente regulação pelo Conselho Federal de Medicina – que baixou para um ano o acompanhamento médico necessário antes da cirurgia – deixaram que médicos no sistema suplementar em saúde pudessem se inserir num mercado de consumo para transformar as operações cirúrgicas trans, como quaisquer outras, em mercadorias. Entretanto, essa não é a única via de explicação para a sua dinamização pelas pessoas trans e pelos profissionais. O caráter simbólico construído no que descrevi até aqui traz que relações de vínculo são erigidas para fazer sentido em um ambiente de escassez de políticas, de compartilhamento de informações e de segurança em meio à violência, o que não é o mesmo que dizer que o mal-estar social seja a única coisa que dê forma ou se institua como mecanismo causal isolado da atividade simbólica que traz a necessidade de presentear cirurgiões e transforma uma cirurgia em dádiva, pois dizer o contrário seria colocar a falta como direção absoluta da vida social e da criatividade cultural. Num espaço regional de grande engajamento político por uma oferta de procedimentos cirúrgicos e atendimento clínico para a transição de gênero por meio do Sistema Único de Saúde no Brasil, idealmente pensado pela imagem do direito e marcado pelo acesso penoso,

Os trânsitos da dádiva: a troca de presentes e a ideia de reciprocidade entre cirurgões plásticos e pacientes no escopo da medicina trans

o mercado suplementar da cirurgia não institui esses conjuntos de operações clínico-cirúrgicos pela centralização do se ter direito, mas muito mais fortemente pela representação da melhora de si num universo biomédico de consumo e de redes e relações de trocas.

Francisco Cleiton Vieira é professor adjunto da Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi da UFRN e docente permanente do Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da mesma Universidade. Realizou Estágio Pós-Doutoral na Universidade de São Paulo (2022-2023). Doutor e mestre em Antropologia Social pela UFRN. É pesquisador do Grupo de Pesquisa “Gênero, Corpo e Sexualidade” (GCS) e coordenador do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Antropologia da Saúde (NAntS) e do Núcleo Interdisciplinar Tirésias da UFRN. Atualmente desenvolve pesquisas a partir da antropologia da saúde e da biomedicina, versando principalmente sobre experiências sociais da doença, práticas científicas e profissionais em saúde e medicina, medicina sexual e saúde trans(gênero) e Sistema Único de Saúde.

CONTRIBUIÇÃO DE AUTORIA: Não se aplica.

FINANCIAMENTO: Através de uma bolsa de pós-doutorado, o presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), código de financiamento 001.

DISPONIBILIDADE DE DADOS: Todo o conjunto de dados que dá suporte aos resultados deste estudo foi publicado no próprio artigo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AIZURA, Aren. 2018. *Mobile Subjects: Transnational imaginaries of gender reassignment*. Durham, Duke University Press.

ALEXANDRE, Juliana R. *Emoções, documentos e subjetivação na construção de transexualidades em João Pessoa/PB*. Natal, Dissertação de

Mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

ALMEIDA, Guilherme; MURTA, Daniela. 2013. “Reflexões sobre a possibilidade da despatologização da transexualidade e a necessidade da assistência integral à saúde de transexuais

Os trânsitos da dádiva: a troca de presentes e a ideia de reciprocidade entre cirurgões plásticos e pacientes no escopo da medicina trans

no Brasil". *Sexualidad, Salud y Sociedad*, 14: 380-407. <https://doi.org/10.1590/S1984-64872013000200017>.

ALMEIDA, Guilherme; SANTOS, Márcia C. B. 2018. *De baixo para cima: questões e perspectivas sobre a expansão do Processo Transsexualizador no Brasil*. Trabalho apresentado na III Reunião de Antropologia da Saúde, Natal. Mimeo.

ALMEIDA, Guilherme. 2010. "Reflexões iniciais sobre o processo transsexualizador no SUS a partir de uma experiência de atendimento". In: ARILHA, Margareth; LAPA, Thaís de S.; PISANESCHI, Tatiane C. (orgs.). *Transsexualidade, travestilidade e direito à saúde*. São Paulo, Oficina Editorial, pp. 117-148.

ALMEIDA, Guilherme. 2012. "'Homens trans': novos matizes na aquarela das masculinidades?" *Estudos Feministas*, 20: 513-523. <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2012000200012>.

APPADURAI, Arjun. 1988. "Introduction: commodities and politics of value". In: *The Social Life of Things*. Cambridge, Cambridge University Press, pp. 3-63.

ÁRAN, Márcia; MURTA, Daniela; LIONÇO, Tatiana. 2009. "Transsexualidade e saúde pública no Brasil". *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(4): 1141-1149. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000400020>.

ÁRAN, Márcia; MURTA, Daniela. 2009. *Relatório preliminar dos serviços que prestam assistência a transexuais na rede de saúde pública no*

Brasil. Rio de Janeiro, IMS/UERJ. http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/publicacoes/direitos-sexuais-e-reprodutivos/direitos-lgbtt/Relatorio_Preliminar_set_20092.pdf.

ÁRAN, Márcia. 2010. "A saúde como prática de si: do diagnóstico de transtorno de identidade de gênero às redescrições da experiência da transexualidade". In: ARILHA, Margareth; LAPA, Thaís de S.; PISANESCHI, Tatiane C. (orgs.). *Transsexualidade, travestilidade e direito à saúde*. São Paulo, Oficina Editorial, pp. 75-94.

ÁRAN, Márcia. 2012. "Novos direitos e visibilidades para os homens trans no Brasil". *CLAM*, 2012. <http://www.clam.org.br/uploads/conteudo/Aran.pdf>.

BENEDETTI, Marcos. 2005. *Toda feita: o corpo e o gênero das travestis*. Rio de Janeiro, Garamond.

BENTO, Berenice; Pelúcio, Larissa. 2012. "Despatologização do gênero: a politização das identidades abjetas". *Estudos Feministas*, 20(2): 569-581. <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2012000200017>.

BENTO, Berenice. 2006. *A (re)invenção do corpo: gênero e sexualidades na experiência transexual*. Rio de Janeiro, Garamond.

BENTO, Berenice. 2016. "Disforia de gênero: a geopolítica de uma categoria psiquiátrica". *Direito & Práxis*, 7(15): 496-536. <https://doi.org/10.12957/dep.2016.25170>.

BOTT, Elizabeth. 2001 (1957). *Family and social network: Roles, Norms, and external relationships in ordinary urban families*. 2. ed. Londres, Routledge.

Os trânsitos da dádiva: a troca de presentes e a ideia de reciprocidade entre cirurgiões plásticos e pacientes no escopo da medicina trans

BOURDIEU, Pierre. 1997. "Marginalia – Some additional notes on the gift". In: SCHRIFT, Alan D. (ed.). *The logic of the gift. Toward to a Theory of Generosity*. Londres, Routledge, pp. 231-244.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal (1. Turma). Recurso extraordinário 670422. ADI 4.275. Acórdão com repercussão geral em que se discute, à luz dos arts. 1º, IV; 3º; 5º, X, e 6º da Constituição, a possibilidade de alteração do gênero feminino para o masculino no assento de registro civil de pessoa transexual, mesmo sem a realização da cirurgia de transgenitalização para redesignação de sexo. <https://portal.stf.jus.br/jurisprudenciaRepercussao/verAndamentoProcesso.asp?incidente=4192182&numeroProcesso=670422&classeProcesso=RE&numeroTema=761>.

BRAZ, Camilo; ALMEIDA, Anderson Santos. 2020. "Espera, paciência e resistência: reflexões antropológicas sobre transexualidades, curso da vida e itinerários de acesso à saúde". *Revista de Antropologia*, 63(2), e170813: 1-17. <https://doi.org/10.11606/2179-0892.ra.2020.170813>.

BUTLER, Judith. 2003 (1990). *Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade*. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira.

CAMPBELL, Colin. 2001 (1987). *A ética romântica e o espírito do consumismo moderno*. Rio de Janeiro, Rocco.

CARRIER, James 1995. "Maussian Occidentalism: gift and commodity systems". In:

CARRIER, James (ed.). *Occidentalism: Images of the West*. Nova York, Oxford university Press, pp. 85-108.

CARVALHO, Mario F. L.; CARRARA, Sérgio. 2013. "Em direção a um futuro trans? Contribuição para a história do movimento de travestis e transexuais no Brasil". *Sexualidad, Salud y Sociedad*, 14(2): 319-351. <https://doi.org/10.1590/S1984-64872013000200015>.

COACCI, Tiago. 2018. *Conhecimento precário e conhecimento contra-público: a coprodução dos conhecimentos e dos movimentos sociais de pessoas trans no Brasil*. Belo Horizonte, Tese de Doutorado, Universidade Federal de Minas Gerais.

COLEBUNDERS, Britt; SALVATORE, D'Arpa; MONSTREY, Stan. 2019. "Cirurgia torácica". In: SALGADO, Christopher J.; MONSTREY, Stan J.; DJORDJEVIC, Miroslav L. (eds.). *Identidade de gênero: perspectivas clínicas e cirúrgicas*. Rio de Janeiro, Thieme Revinter Publicações, pp. 51-66.

CONNELL, Raewyn. 2012. "Transsexual women and feminist thought: Toward new understanding and new politics". *Signs*, 37(4): 857-881. <https://doi.org/10.1086/664478>.

DOUGLAS, Mary & ISHERWOOD, Baron. 1996 (1979). *The world of goods. Towards an Anthropology of Consumption*. Londres, Routledge.

DOUGLAS, Mary. 1990. "No free gifts. Foreword to the gift". In: MAUSS, M. (ed.). *The gift*. Nova York, W. W. Norton.

DUARTE, Alice. 2010. "A antropologia e o estudo do consumo: revisão crítica das suas relações e

Os trânsitos da dádiva: a troca de presentes e a ideia de reciprocidade entre cirurgiões plásticos e pacientes no escopo da medicina trans

possibilidades". *Etnográfica*, 14(2): 363-393.

EDMONDS, Alexander. 2010. *Pretty modern: Beauty, sex, and plastic surgery in Brazil*. Durham, Duke University Press.

ESPÍRITO SANTO, Paulo R. Q. do et al. 2021. "Mamoplastia: passos para uma cirurgia segura. Evidências da literatura". *Revista Brasileira de Cirurgia Plástica*, 36(3): 366-372. <https://doi.org/10.5935/2177-1235.2021RB-CP0103>.

FARINA, Roberto. 1982 (1978). *Transexualismo: do homem à mulher normal através dos estados de intersexualidade e das parafilias*. São Paulo, Novalunar.

FOUCAULT, Michel. 1988. *A história da sexualidade, vol. 1: A vontade de saber*. São Paulo, Graal.

FREITAS, Eliane T. 2023. "Desmonetiza! Sleeping Giants Brasil no Instagram e o consumo como arena política e moral". *Vivência: Revista de Antropologia*, 1(62): 75-100. <https://doi.org/10.21680/2238-6009.2023v-1n62ID33768>.

GABBATT, Adam. 2023. "Subtle and sinister': Republicans' anti-drag crusade seen as assault on LGBTQ+ rights". *The Guardian*, Londres, 19 set. <https://www.theguardian.com/world/2023/sep/19/us-states-attack-drag-shows-lgbtq-rights>.

GARCIA, Mariana. 2022. "Mamas, rinoplastia e lipo: Brasil está entre países que mais fazem cirurgias plásticas; veja lista e ranking".

G1, *Saúde*, 3 jul. <https://g1.globo.com/saude/noticia/2022/07/03/mamas-rinoplastia-e-lipo-brasil-esta-entre-paises-que-mais-fazem-cirurgias-plasticas-veja-lista-e-ranking.ghml>.

GIOVANELLA, Lígia. 2018. "Atenção básica ou atenção primária à saúde?". *Cad. Saúde Pública*, 34(8): 1-5. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00029818>.

GODELIER, Maurice. 2001. *O enigma do dom*. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira.

GONÇALVES, Clarissa A. 2006. *Vivenciado o emagrecimento: um estudo antropológico sobre alimentação, identidade e sociabilidade de pessoas que se submetem à cirurgia bariátrica*. Porto Alegre, Tese de Doutorado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

LANNA, Marcos. 1996. "Reciprocidade e hierarquia". *Revista de Antropologia*, 36(1): 111-144. <https://doi.org/10.11606/2179-0892.ra.1996.111622>.

LANZ, Letícia. 2014. *O corpo da roupa. A pessoa transgênera entre a transgressão e a conformidade com as normas de gênero*. Curitiba, Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Paraná.

LAURETIS, Teresa de. 1991. "Queer Theory: Lesbian and gay sexualities. An introduction". *diferences*, 3(2): iii-xviii. <https://doi.org/10.1215/10407391-3-2-iii>.

LE BRETON, David. 2016. *Antropologia do corpo*. Rio de Janeiro, Vozes.

LEVI-STRAUSS, Claude. 2009. "Introdução à obra de Marcel Mauss". In: MAUSS, M. *Sociologia e An-*

Os trânsitos da dádiva: a troca de presentes e a ideia de reciprocidade entre cirurgões plásticos e pacientes no escopo da medicina trans

tropologia. São Paulo, Cosac Naify, pp. 367-397.

LIONÇO, Tatiana. 2009. "Atenção integral à saúde e diversidade sexual no Processo Transexualizador do SUS: avanços, impasses, desafios". *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 19(1): 43-63. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312009000100004>.

LOPES, Adriana S. et al. 2015. "O acolhimento na Atenção Básica em saúde: relações de reciprocidade entre trabalhadores e usuários". *Saúde Debate*, 39(104): 114-123. <https://doi.org/10.1590/S0103-110420151040563>.

MACHADO, Carla. 2010. "Transexualidade, direitos e saúde: aspirações e demandas das mulheres transexuais na visão crítica de uma mulher transexual". In: ARILHA, Margareth; LAPA, Thaís de S.; PISANESCHI, Tatiane C. (orgs.). *Transexualidade, travestilidade e direito à saúde*. São Paulo, Oficina Editorial, pp. 149-166.

MARINHO NETO, Kelly R. E.; GIRIANELLI, Vania R. 2024. "Violência interpessoal em mulheres transgêneras e cisgêneras nos municípios brasileiros: tendências e características", *Ciência e Saúde Coletiva*, 29(57): 1-10. <https://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/violencia-interpessoal-em-mulheres-transgeneras-e-cisgeneras-nos-municipios-brasileiros-tendencias-e-caracteristicas/19105?id=19105>.

MARQUES, Bruno P. A. 2021. "Mastectomia masculinizadora para redesignação de gênero de transexuais masculinos". *Revista Bra-*

sileira de Cirurgia Plástica, 36(4): 390-396. <https://doi.org/10.5935/2177-1235.2021RBCP0123>.

MARTINS, Paulo H. 2008. "De Lévi-Strauss a M.A.U.S.S. – Movimento antiutilitarista nas ciências sociais: itinerários do dom". *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 23(66): 105-130. <https://doi.org/10.1590/S0102-69092008000100007>.

MARX, Karl. 2014 (1867). *O Capital. Crítica da economia política: o processo de produção do capital*. São Paulo, Boitempo.

MAUSS, Marcel; HUBERT, Henri. 2003. "Esboço de uma teoria geral da magia". In: MAUSS, M. *Sociologia e Antropologia*. São Paulo, Cosac Naify, pp. 47-181.

MAUSS, Marcel. 1980. "A expressão obrigatória dos sentimentos". In: FIGUEIRA, S. (org.). *Psicanálise e ciências sociais*. Rio de Janeiro, Francisco Alves, pp. 56-63.

MAUSS, Marcel. 2003a. "Ensaio sobre a dádiva. Forma e razão da troca nas sociedades arcaicas". In: *Sociologia e Antropologia*. São Paulo, Cosac Naify, pp. 183-314.

MAUSS, Marcel. 2003b. "As técnicas do corpo". In: MAUSS, M. *Sociologia e Antropologia*. São Paulo, Cosac Naify, pp. 399-421.

MELO, Daniele B. de; MOREIRA, Martha C. N. 2016. "O protagonismo de jovens com doença renal crônica e a dádiva na construção da atenção à saúde". *Saúde Soc.*, v. 25, n. 1, pp. 206-217. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902016138331>.

MEYEROWITZ, Joanne. 2002. *How Sex Changed:*

Os trânsitos da dádiva: a troca de presentes e a ideia de reciprocidade entre cirurgiões plásticos e pacientes no escopo da medicina trans

A History of Transsexuality in the United States. Cambridge, Harvard University Press.

MOL, Annemarie. 2008. *The logic of care: Health and the problem of patient choice*. Londres, Routledge.

MOORTHY, Gyan. 2022. "Humanizing the physician-patient relationship: How gift-giving and receiving can be ethical". *Voices in Bioethics*, 8. <https://doi.org/10.52214/vib.v8i.9958>.

MUNIN, Pietra M. 2018. *Processo Transexualizador: discurso, lutas e memórias — Hospital das Clínicas de São Paulo (1997-2013)*. São Paulo, Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

MURTA, Daniela A. 2011. *Os desafios da despatologização da transexualidade: reflexões sobre a assistência a transexuais no Brasil*. Rio de Janeiro, Tese de Doutorado, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

NAKAJIMA, K.; JIN, C. H. 2022. *Bills targeting trans youth are growing more common — And radically reshaping lives*. National Public Radio, Washington, D.C., 28 Nov. <https://www.npr.org/2022/11/28/1138396067/transgender-youth-bills-trans-sports>.

NASCIMENTO, Silvana. 2024. *Errantes magníficas e suas epistemologias transfeministas*. São Paulo, Tese de Livre-Docência, Universidade de São Paulo.

NERY, João W. 2018. "Transmasculinos: invisibilidade e luta". In: GREEN, James N.; QUI-

NALHA, Renan; CAETANO, Marcio; FERNANDES, Marisa. (orgs.). *História do Movimento LGBT no Brasil*. São Paulo, Alameda, pp. 393-404.

NOGUEIRA, Sayonara; Euclides CABRAL. 2018. "A carne mais barata do mercado: dos assassinatos e violação dos direitos humanos da população trans no Brasil". *Observatório Trans*. <https://antrabrazil.org/wp-content/uploads/2021/01/dossie-trans-2021-29jan2021.pdf>.

NOVO, Arthur L. C. 2021. *Famílias em transição: uma etnografia sobre relacionalidade, gênero e identidade nas vidas trans*. Natal, Tese de Doutorado, Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

OLIVEIRA, André L. G. 2015. *"Somos quem podemos ser": homens (trans) brasileiros e o discurso pela (des) patologização*. Natal, Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

PATRÍCIO, Maria C. 2008. *No truque: transnacionalidade e distinção entre travestis brasileiras*. Recife, Tese de Doutorado, Universidade Federal de Pernambuco.

PAULA, Camila G. de. 2021. "Assimetria e saliência: a relação entre iniciador/a e imitadores/as na circulação de bens industrializados entre os Wajãpi no Amapá". *Revista de Antropologia*, 64(3), e189649: 1-23. <http://dx.doi.org/10.11606/1678-9857>.

PEIXE, Alexandre; MORELLI, Fábio. 2018. "Homens do futuro": o movimento de homens trans no Brasil sob o olhar de Xande Peixe". In: GREEN, James N.; QUINALHA, Renan; CAETANO, Marcio; FERNANDES, Marisa (orgs.). *História do Movimento LGBT no Brasil*. São Paulo, Alameda, pp.

Os trânsitos da dádiva: a troca de presentes e a ideia de reciprocidade entre cirurgiões plásticos e pacientes no escopo da medicina trans

405-420.

PENG, Li; WANG, Yanan; CHEN, Jing. 2020. "Consequences of gift giving in online health communities on physician service quality: Empirical text mining study". *J. Med Internet Res*, 22(7), e18569: 1-24. <https://doi.org/10.2196/18569>.

PEREIRA, Pedro P. G. jul.-dez. 2015. "Queer decolonial: quando as teorias viajam". *Contemporânea: Revista de Sociologia da UFSCar*, 5(2): 411-437. <https://www.contemporanea.ufscar.br/index.php/contemporanea/article/view/340>.

PIETROBON, Louise; PRADO, Martha L.; CAETANO, João C. 2008. "Saúde suplementar no Brasil: o papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar na regulação do setor". *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 18(4): 767-783. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312008000400009>.

PLEMONS, Eric; STRAAYER, Chris. 2018. "Introduction. Reframing the surgical". *TSQ: Transgender Studies Quarterly*, 5(2): 164-173. <https://doi.org/10.1215/23289252-4348605>.

PLEMONS, Eric. 2017. *The look of a woman: Facial feminization surgery and the aims of trans-medicine*. Durham, Duke University Press.

PLEMONS, Eric. 2019. "Not here: Catholic hospital systems and the restriction against transgender healthcare". *CrossCurrents*, 68(3): 534-550. <https://doi.org/10.1111/cros.12341>.

PORTO, Rozeli M. 2017. "Entremeando rela-

ções de poder: itinerários abortivos e os/as diferentes mediadores/as em saúde". In: TEIXEIRA, Carla C.; VALLE, Carlos G.; NEVES, Rita de Cássia (orgs.). *Saúde, mediações e mediadores*. Brasília, ABA, vol. 1, pp. 283-316.

PRECIADO, Paul. 2000. *Manifesto contra-sexual*. Madri, Opera Prima.

RUBIN, Henry. 2003. *Self-Made men: Identity men and embodiment among transmen*. Nashville, Vanderbilt University Press.

SCOTT, Parry. 2011. "As famílias que os programas de saúde pública constroem no Brasil". In: NASCIMENTO, Pedro; RIOS, Luís F. (orgs.). *Gênero, saúde e práticas profissionais*. Recife, Ed. UFPE, pp.13-50.

SESTELO, José A. de F.; SOUZA, Luis E. P. F de; BAHIA, Lígia. 2013. "Saúde suplementar no Brasil: abordagens sobre a articulação público/privada na assistência à saúde". *Cad. Saúde Pública*, 29(5): 851-866. <http://dx.doi.org/10.14295/jmphc.v13.1177>.

SIGAUD, Lygia. 1999. "As vicissitudes do 'ensaio sobre o dom'". *Mana*, 5(2): 89-124. <https://www.scielo.br/j/mana/a/RKqxBzX3LTkhfSTB3Q3VjB-n/?format=pdf&lang=pt>.

SILVA, Glauber W. dos S. 2016. *Existências dissidentes e apagamentos: fatores associados à ideação suicida em pessoas transgênero*. Natal, Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

SIMMEL, G. 1987. *The philosophy of money*. Londres, Routledge.

Os trânsitos da dádiva: a troca de presentes e a ideia de reciprocidade entre cirurgiões plásticos e pacientes no escopo da medicina trans

SIMÕES, Júlio A. 2016. "O Brasil é um paraíso sexual – para quem?" *Cadernos Pagu*, 47(2): 1-23, e164715. <https://doi.org/10.1590/18094449201600470015>.

SIMÕES, Júlio A.; CARRARA, Sérgio. 2014. "O campo de estudos socioantropológicos sobre diversidade sexual e de gênero no Brasil: ensaio sobre sujeitos, temas e abordagens". *Cadernos Pagu*, 42(1): 75-98. <https://doi.org/10.1590/0104-8333201400420075>.

SOUZA LIMA, Antonio C. de. 2012. "O estudo antropológico das ações governamentais como parte dos processos de formação estatal". *Revista de Antropologia*, 55(2): 559-564. <https://www.revistas.usp.br/ra/article/view/59295>.

SOUZA, Bianca M. de; SANTOS, Márcia C. B.; ALMEIDA, Guilherme S. de. 2019. "Reflexões sobre o acesso de homens transexuais a direitos sociais e civis". *Anais do XVI Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social*, Vitória/ES, 2 a 7 set. 2018. <https://periodicos.ufes.br/abepss/article/view/22289>.

STRATHERN, Marilyn. 1997. "Partners and consumers: Making relations visible". In: Schrift, Alan D. (ed.). *The logic of the gift: Toward an ethic of generosity*. Londres, Routledge, pp. 292-312.

TRINDADE, Mably. 2016. *Aspectos históricos do Processo Transexualizador no Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro, Gramma.

VELHO, Gilberto. 1986. *Subjetividade e sociedade: uma experiência de geração*. Rio de Janeiro,

Zahar.

VIEIRA, Francisco Cleiton (Silva do Rego); PORTO, Rozeli M. 2019. "Fazer emergir o masculino: noções de 'terapia' e patologização na hormonização de homens trans". *Cadernos Pagu*, n. 55, e195516, pp. 1-32. <https://doi.org/10.1590/18094449201900550016>.

VIEIRA, Francisco Cleiton (Silva do Rego). 2015. *Entre viver e esperar viver: corpo e identidade na transição de gênero de homens trans*. Natal, Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

VIEIRA, Francisco Cleiton (Silva do Rego). 2018. "Alcances (im)previstos de um Estado de Bem-estar Social – cruzamentos entre transexualidade, ascensão social e parentesco na capital potiguar". *NORUS: Novos Rumos Sociológicos*, 5(8): 261-290. <http://dx.doi.org/10.15210/norus.v5i8.12509>.

VIEIRA, Francisco Cleiton (Silva do Rego). 2020. *A segurança biológica na transição de gênero: uma etnografia das políticas da vida no campo social da saúde trans*. Natal, Tese de doutorado, Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

VIEIRA, Francisco Cleiton (Silva do Rego). 2023. "A política cultural da saúde transgênero: considerações a partir do encontro entre o ativismo trans e o teatro". *Horizontes Antropológicos*, 29(67), e670401-39:1-39. <https://doi.org/10.1590/1806-9983e670401>.

WANG, Yanan; WU, Hong; XIA, Chenxi; LU, Naiji. 2020. "Impact of the price of gifts from patients on physicians' service quality in online consul-

Os trânsitos da dádiva: a troca de presentes e a ideia de reciprocidade entre cirurgiões plásticos e pacientes no escopo da medicina trans

tations: Empirical study based on social exchange theory". *J. Med Internet Res.*, May 5, 22(5): e15685. <https://doi.org/10.2196/15685>.

ZOLKEFLI, Yusrita. 2021. "Healthcare dilemma towards gift giving by patients". *Malays. J. Med. Sci.*, 28(5): 137-141. <https://doi.org/10.21315/mjms2021.28.5.14>.

Editor-Chefe: Guilherme Moura Fagundes

Editores-Associados: Marta Rosa Amoroso

Editores-Associados: Ana Claudia Duarte Rocha Marques

Recebido em 25 de setembro de 2023. Aceito em 14 de novembro de 2024.



O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior- Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001