



**Universidade do Estado do Rio de Janeiro**

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social

Mariana da Fonseca Seger

**Voz em trânsito:**

**gênero e fonoaudiologia na “readequação vocal” de pessoas trans**

Rio de Janeiro

2018

Mariana da Fonseca Seger

**Voz em trânsito:  
gênero e fonoaudiologia na “readequação vocal” de pessoas trans**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Orientador: Prof. Dr. Horacio Federico Sívori

Rio de Janeiro

2018

CATALOGAÇÃO NA FONTE  
UERJ/REDE SIRIUS/CB/C

S454	<p>Seger, Mariana da Fonseca Voz em trânsito: gênero e fonoaudiologia da “readequação vocal” de pessoas trans / Mariana da Fonseca Seger – 2019. 107 f.</p> <p>Orientador: Horacio Federico Sívori</p> <p>Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.</p> <p>1. Pessoas transgênero – Teses. 2. Voz – Teses. 3. Fonoaudiologia – Teses. 4. Transexualismo – Teses. 5. Procedimentos de readequação sexual – Teses. 6. Identidade de gênero – Teses. I. Sívori, Horacio Federico. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. III. Título.</p> <p>CDU 613.885</p>
------	---

Bibliotecária: Joice Soltosky Cunha – CRB 7 5946

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

---

Assinatura

---

Data

Mariana da Fonseca Seger

**Voz em trânsito:  
gênero e fonoaudiologia na “readequação vocal” de pessoas trans**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Aprovada em 30 de maio de 2018.

Orientador: Prof. Dr. Horacio Federico Sívori

Instituto de Medicina Social – UERJ

Banca Examinadora:

---

Prof. Dr. Guilherme de Almeida  
Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Lidia Becker  
Universidade Federal do Rio de Janeiro

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Rafaela Zorzanelli  
Instituto de Medicina Social – UERJ

Rio de Janeiro

2018

## DEDICATÓRIA

Este trabalho é dedicado a Uerj – meu bloco de concreto favorito – e às suas pessoas.  
Para que resistam. Para que (sobre)vivam.

## AGRADECIMENTOS

Este estudo não é apenas o resultado de uma pesquisa de mestrado. O que está escrito a seguir é, principalmente, um conjunto de trocas e afetos entre pessoas (amigas, amigos, familiares e profissionais incríveis) com as quais tive a sorte e a felicidade de cruzar nessa travessia.

Agradeço aos meus pais, Marilene e Paulo, à minha irmã Débora, ao meu avô Jayme (em memória) e à minha avó Zélia (em memória), pelas casas que acolhem, pelo carinho de sempre e por me possibilitarem, cada um à sua maneira, a vivência dos meus desejos;

Às minhas grandes amigas de Porto Alegre (Laura, Paula, Ari, Jo e Mika) e ao querido amigo Gui, por potencializarem em mim a coragem para levar adiante minhas escolhas (ainda que a distância nos custe muita saudade);

A Renata, minha parceira de mestrado e amiga de vida, pelo ombro, pelo café com bolo, pelas trocas infinitas e pela força que inspira, e à querida Paula, que acompanhou de perto nossos caminhos;

Às amigas-amores que o Rio me deu: Gabi, Maritê, Celita, Bruna, Claudinha, Isis, Julia Vom, Marinar, Carol Kellogs, Romã, Mari Kury, Aline, Mariah, Tainá e Diana, por todo o amor, por tudo o que são, e pela parceria tão especial;

Às futuras fonos incríveis Letícia, Amanda, e Paula, que me salvaram tantas vezes nas minhas atrapalhões na graduação da UFRJ concomitante ao mestrado;

Ao Coral Altivoz pela cadência bonita e pela força de resistência dessas vozes que muito me inspiraram no início da minha nova jornada acadêmica na Fonoaudiologia e no mestrado. Agradeço, em especial, ao maestro Mario Assef, pelo carinho com que sempre me acolheu na sua casa cheia de afeto, e aos amigos mais próximos Lipe, Kat, Glauber (meu tradutor preferido) e Ana Clara, pelos abraços apertados ;

Ao grupo vocal Subversos, pelo aprendizado imenso, pelo “brilho no olho” e pela leveza brincante que traz às minhas quintas-feiras;

A Cristina Birck, pela escuta e pela palavra;

À professora Vânia Pavão, pelas dicas preciosas de leitura (incluindo sua dissertação de mestrado, que muito me inspirou);

Ao meu orientador, Horacio, por me incentivar a seguir esse caminho do mestrado com os próprios pés, por ter estado muito presente e atento às minhas ideias durante esse percurso acadêmico;

Aos professores Guilherme de Almeida, Rafaela Zorzanelli e Lidia Becker, agradeço imensamente a disponibilidade para a leitura deste trabalho e para a composição da banca julgadora;

Aos fonoaudiólogos João Lopes e Alana Dantas, por me mostrarem que é possível pensar a fonoaudiologia de uma maneira mais humana;

Aos funcionários da biblioteca do CCBB (Centro Cultural do Banco do Brasil) do Rio, pelo carinho de sempre e pelo “Bom descanso!” dos últimos três meses, em que mergulhei na escrita desta dissertação e fui, quase sempre, a última a sair da biblioteca.

A todas as gurias do bloco de carnaval Maria Vem com as Outras, por andarmos juntas. Por confiarem – e por me fazerem confiar – na minha voz.

## RESUMO

SEGER, Mariana da Fonseca. *Voz em trânsito: gênero e fonoaudiologia da “readequação vocal” de pessoas trans*. 2018. 108 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

Por ser classificada de acordo com um estereótipo binário de gênero, a voz pode constituir, ao mesmo tempo, tanto uma limitação quanto um instrumento de afirmação na busca do reconhecimento social de pessoas trans, principalmente daqueles(as) cujas vozes não se enquadrariam em padrões vocais “femininos” ou “masculinos” de acordo com seu gênero. Nesse sentido, tem se tornado frequente no Brasil a busca por fonoaudiólogos que atuam em consultórios, ambulatórios e hospitais (junto ou não às equipes do Processo Transexualizador, atualmente regulamentado no âmbito do SUS) para uma terapia que, a princípio, corresponderia a uma “readequação” a parâmetros vocais relacionados a uma identidade de gênero feminina ou masculina. Partimos, nesta pesquisa, do pressuposto de que a voz seja um dos principais marcadores de gênero na interação social e de que o processo de “readequação vocal” (categoria construída no campo fonoaudiológico) seja um importante aspecto na (re)elaboração das performances de gênero entre pessoas trans. Propomos, então, uma aproximação entre as temáticas de voz, gênero e transexualidade. Por meio de revisão de literatura e de análise de entrevistas com fonoaudiólogos, buscamos investigar qual seria o papel da Fonoaudiologia neste processo permeado por convenções de gênero, e de que maneira ocorre o processo de “readequação” vocal de pessoas trans no âmbito da clínica fonoaudiológica. Atentando para como a voz de pessoas trans passa a ser foco de cuidado fonoaudiológico, analisamos os relatos dos profissionais na busca pela compreensão dos valores, das concepções socioculturais e científicas sobre voz, gênero e sexualidade que atravessam o âmbito clínico da terapia fonoaudiológica junto a pessoas trans.

Palavras-chave: Voz. Gênero. Transexualidade. Fonoaudiologia. Processo Transexualizador.



## ABSTRACT

SEGER, Mariana da Fonseca. *Voice in transit: gender and speech therapy in “vocal adjustment” of transgender people*. 2018. 108 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

Since it is classified according to a gender stereotype that is binary, voice can constitute at the same time a limitation and an instrument of affirmation towards the pursuit of social acknowledgement for trans people, particularly for those whose voices do not conform to so-called "masculine" or "feminine" vocal standards as regards their gender. In this sense, more and more people in Brazil are seeking speech therapists in private practices, outpatient clinics, and hospitals (associated or not to Transsexualization Process teams within the Unified Health System - SUS) for a therapy that would correspond, at first, to an "adjustment" to vocal parameters related to feminine or masculine gender identities. This research takes as a premise that the voice is one of the main gender markers in social interaction and that the "vocal adjustment" process (a category proper to the field of speech therapy) is an important aspect in the (re)elaboration of gender performances among trans people. Thus, we explore the relation between voice, gender and transsexuality. Based on a review of literature and the analysis of interviews with speech therapists, we seek to explain the role of Speech Therapy in this process, which is permeated by gender constructs, and the way that speech therapy clinical practice addresses the vocal "adjustment" process by trans persons. We address the fact that the voice of trans people is under the care of speech therapists and analyze their narratives in trying to understand the values, the scientific conceptions and the socio-cultural constructions of voice, gender and sexuality that intersects their clinical practice with trans patients.

Keywords: Voice. Gender. Transsexuality. Speech Therapy. Transsexualization Process.

## SUMÁRIO

	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>9</b>
<b>1</b>	<b>SOBRE O CORPO: VOZ, GÊNERO E TRANSEXUALIDADE.....</b>	<b>13</b>
1.1	<b>Gênero, corpo e normatividade.....</b>	<b>13</b>
1.2	<b>Transsexualidade: medicina e diferença.....</b>	<b>21</b>
1.3	<b>A voz como ato performativo de gênero e as identidades trans.....</b>	<b>27</b>
<b>2</b>	<b>A FONOAUDIOLOGIA E A(S) VOZ(ES) TRANS.....</b>	<b>37</b>
2.1	<b>A clínica fonoaudiológica no Brasil: fronteiras entre Medicina e Educação.....</b>	<b>37</b>
2.2	<b>A terapia vocal e a busca pela “voz adequada”.....</b>	<b>45</b>
2.3	<b>A Fonoaudiologia e o Processo Transexualizador no Brasil.....</b>	<b>55</b>
<b>3</b>	<b>CAMINHOS CRUZADOS: “READEQUAÇÃO VOCAL” E GÊNERO NA CLÍNICA FONOAUDIOLÓGICA.....</b>	<b>63</b>
3.1	<b>O contato com profissionais.....</b>	<b>63</b>
3.1.1	<u>As trajetórias: encontros entre Fonoaudiologia e transexualidade.....</u>	<b>66</b>
3.1.2	<u>A terapia.....</u>	<b>75</b>
3.2	<b>Reflexões sobre o processo de “readequação” vocal.....</b>	<b>86</b>
	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>89</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>92</b>
	<b>ANEXO A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....</b>	<b>99</b>
	<b>ANEXO B – Pesquisa no portal BVS .....</b>	<b>101</b>

## INTRODUÇÃO

Além de ser resultado de uma função neurofisiológica, a voz também carrega em si e anuncia muito de quem a produz, sugerindo ao ouvinte informações acerca do falante que vão além do conteúdo do discurso posto em voz. Marcada pelas convenções de gênero, a voz frequentemente é classificada de maneira dicotômica em “voz de mulher” ou “voz de homem”, e, assim, o som vocal cristaliza-se no falante e no ouvinte como uma imagem de gênero. Composta por aspectos como a frequência, a intensidade, a ressonância e a entonação, a qualidade da voz, juntamente com a expressividade corporal, indicaria quais corpos e quais vozes estariam autorizados a ser (e soar) homem ou ser (e soar) mulher.

Sendo representativa de um estereótipo binário evocado na interação social, a voz pode deixar transparecer marcas que não guardam “coerência” com as convenções sociais relacionadas ao gênero de quem a emite. É nesse sentido que, para pessoas trans, as características vocais muitas vezes constituem um empecilho na interação social – o reconhecimento da própria identidade de gênero pode se tornar difícil e angustiante quando a voz se diferencia de parâmetros de gênero socialmente estabelecidos. Entretanto, sob outro aspecto, a produção vocal e de expressividade também pode vir a ser um instrumento de afirmação na busca do reconhecimento social do gênero em pessoas trans, tendo em vista que pode vir a receber “ajustes” (técnicos ou não) no sentido de se aproximar a características de um ou de outro gênero.

Ressaltamos, de início, que utilizamos nesta pesquisa a expressão “pessoas trans” como englobante das diversas expressões identitárias relacionadas a algum “trânsito” de gênero. Conforme Carvalho (2015), ainda que haja esforços tanto políticos como científicos para que se defina especificamente os termos transexual e travesti, o seu uso cotidiano por aqueles que utilizam essas expressões como categorias identitárias é bastante diverso, e não raras vezes uma mesma pessoa pode se identificar ora como travesti, ora como transexual, dependendo do contexto.

Tendo em vista que a voz pode se tornar um aspecto relevante na performatividade de gênero, pessoas que transicionaram, ou que se encontram em transição de gênero, podem encontrar, na terapia vocal, uma área de expansão das próprias possibilidades corporais, vocais e de expressividade. Isso se refletiria na crescente demanda de pessoas trans por orientação de profissionais (fonoaudiólogos e professores de canto) para o que é chamado, por

grande parte dos profissionais da Fonoaudiologia, de “readequação” vocal. Surgiria, desse modo, uma nova área de intervenção por meio da terapia fonoaudiológica, que atravessa (e é atravessada) pela (re)elaboração do gênero em mulheres e homens trans. Uma das hipóteses do presente estudo se alicerça na ideia de que a voz pode ser um importante fator no reconhecimento social do gênero de pessoas trans, e que, no Brasil, a demanda pela “readequação” vocal surgiria em meio ao reconhecimento do direito ao processo transexualizador no âmbito do SUS, que envolve desde o acesso à hormonioterapia até cirurgias de redesignação sexual.

Imaginávamos, no início desta pesquisa, que este processo de terapia junto a pessoas trans (qual seja, de “readequação” vocal) se constituiria em uma série de atividades e de exercícios com o objetivo de adequação da voz a padrões normativos de gênero masculino ou feminino. Do ponto de vista técnico-científico, o(a) fonoaudiólogo(a) lançaria mão de técnicas que buscariam a modificação da frequência fundamental da voz e a referenciação de aspectos gestuais e de expressividade tidos socialmente como femininos. Esses procedimentos configurariam um campo de atuação emergente na Fonoaudiologia, que seria sensível tanto às convenções sociais em torno do binarismo de gênero quanto a concepções e pressupostos específicos da abordagem biomédica na terapia da voz.

Nesse sentido, propusemos um estudo no âmbito da terapia fonoaudiológica com o fito de investigar como ocorre o processo de “readequação vocal” em pessoas trans, bem como conhecer as trajetórias de profissionais da fonoaudiologia empenhados nesta área de intervenção, para compreender o papel da clínica fonoaudiológica nesta espécie de terapia de voz e de expressividade. Para isso, desenvolvemos três dimensões de análise do tema, que se interseccionam no decorrer da dissertação: num primeiro momento (primeiro capítulo), introduzimos concepções de gênero, corpo, transexualidade e voz; em seguida (segundo capítulo), propomos reflexões sobre o contexto de construção dos saberes fonoaudiológicos no encontro da Medicina e da Educação; e, por fim (terceiro capítulo), analisamos trajetórias e atuações clínicas de fonoaudiólogos na terapia de “readequação” vocal junto a pessoas trans.

Os procedimentos metodológicos utilizados para a realização do presente estudo incluíram a revisão (exploratória) de literatura sobre o tema e a análise de fontes orais (entrevistas com fonoaudiólogos) e de observações e experiências próprias da pesquisadora. É importante dizer que a pesquisadora se encontra em um lugar particular em relação ao tema: além de ser mestranda em Saúde Coletiva no IMS/UERJ, é aluna de graduação do curso de Fonoaudiologia da UFRJ (Universidade Federal do Rio de Janeiro). Este lugar de

proximidade em relação à prática e à teoria fonoaudiológica dá lugar a duas dimensões: se, de um lado, compreendemos o “privilégio” de se ter acesso recente a conhecimentos específicos da área e ao contato com profissionais da Fonoaudiologia, de outro, faz-se necessário refletir sobre as questões éticas implicadas, na medida em que a pesquisadora se propôs a investigar aspectos da sua própria (futura) atividade profissional. Entendemos, porém, que de tudo aproveitamos um pouco – tanto os “privilégios” quanto os dilemas éticos fizeram parte de um processo de reflexão produtivo para a pesquisa e para as formulações construídas em cada um dos próximos capítulos.

Na imersão deste estudo, tanto na literatura quanto nas entrevistas junto aos profissionais que se dispuseram a encontrar a pesquisadora, estivemos atentos para quais hierarquias e concepções sobre gênero e sexualidade atravessam o processo e algumas das técnicas – vocais e de expressividade – utilizadas na clínica fonoaudiológica. Vale dizer que nosso olhar parte de um ângulo que consideramos social e cientificamente relevante: compreendemos, neste estudo, a voz como um dos aspectos performáticos do gênero, cujo binarismo é reiterado cotidianamente, adquirindo seus significados no contexto social. Entendemos o gênero, e também o sexo, como convenções construídas socialmente, próprias de um determinado contexto histórico cujos significados se constituem e são reiterados discursiva e continuamente, por meio da linguagem.

Este estudo é uma tentativa de aproximação entre campos originalmente “nada próximos” no cotidiano da formação de um(a) fonoaudiólogo(a), mas que se fundem na ordem da atenção integral à saúde: a *fonoaudiologia* e a(s) *voz(es) trans*. O trânsito, aqui, será utilizado como ideia de deslocamento, de travessia, de algum (outro?) caminho a seguir. Não supomos que deva haver um lugar de chegada ou de partida. Muito pelo contrário: nos importa compreender o percurso, as demandas, os anseios, o acolhimento, os modos e meios de escuta e de agir clínico.

Longe de constituir uma crítica às demandas trans de “adequação” vocal ou ao trabalho realizado por profissionais nesta área, a presente pesquisa se pretende um meio de colocar em voga uma temática não exaustivamente – ou sequer suficientemente – pesquisada ou discutida na formação dos profissionais da Fonoaudiologia. Por meio de um caminho de reflexão sobre gênero, esta dissertação é uma tentativa de aproximação entre as temáticas (trans)gênero e fonoaudiologia, buscando construir instrumentos teóricos para compreender como estas matérias se transpassam na terapia vocal junto a pessoas trans. Nos importa, assim, conhecer o que os próprios profissionais dizem sobre o processo de “readequação

vocal”, o que a academia (não) diz sobre gênero e Fonoaudiologia, e, por fim, o que as questões estudadas podem dizer sobre o papel da clínica fonoaudiológica na terapia vocal junto a pessoas trans.

## 1 SOBRE O CORPO: VOZ, GÊNERO E TRANSEXUALIDADE

### 1.1 Gênero, corpo e normatividade

O senhor... Mire veja: o mais importante e bonito, do mundo, é isto: que as pessoas não estão sempre iguais, ainda não foram terminadas – mas que elas vão sempre mudando. Afinam ou desafinam. Verdade maior.  
(Guimarães Rosa, “Grande Sertão: Veredas”)

O gênero, enquanto reconhecimento de como o indivíduo é percebido socialmente, é um dos resultantes da interação social: antes mesmo de nascer o indivíduo encontra-se em uma cultura que interpreta o corpo biológico conforme os significados atribuídos a macho e fêmea (Butler, 2003). É através do contato e contraste com o outro – e com os padrões sociais normativos – que se viabiliza a valoração social do sujeito como "homem" ou como "mulher", por meio de comparações e conforme os significados e as expectativas sociais de o que é masculino e o que é feminino. Desse modo, tem-se que os atributos tidos como femininos ou masculinos não são inatos; eles se constituem em processo contínuo e intrínseco à cultura, às circunstâncias e ao contexto histórico.

A linguagem, portanto, exerce papel fundamental na construção da identidade de gênero (Bordini, 2014), e os processos culturais, inevitavelmente, exercem influência coercitiva sobre os corpos e suas funções. Conforme Louro (2008), há uma matriz heterossexual que delimita os padrões a serem seguidos. Essa direção normativa (e coercitiva) já nos esperaria antes mesmo de chegarmos no mundo enquanto sujeitos: a simples afirmação de “é um menino” ou “é uma menina”, ao se determinar o sexo a um bebê, já inaugura um processo de masculinização ou feminização com o qual o sujeito “deve” se comprometer (Louro, 2008).

O corpo, na tradição ocidental, tem a sua realidade, sua “verdade”, configurada na materialidade (Víctora et al., 2000). Reforçada pelo racionalismo cartesiano, a tradição filosófico-religiosa ocidental de separação entre alma e corpo impõe, também, uma separação de domínios de conhecimento, sendo o corpo algo “objetivo” a ser estudado pelas ciências biomédicas e a mente e/ou psiquismo algo “subjetivo”, a ser estudado pela psicologia, religião e psicanálise. A difusão do saber médico, verificada sobretudo no século XX, operou de maneira decisiva nos processos de universalização e naturalização do que seria o corpo ocidental (Víctora et al., 2000).

É de se ressaltar, porém, que já se tem demonstrado na área das ciências humanas – principalmente em estudos de cunho antropológico e/ou histórico – que cada sociedade (ou cada grupo social) apresenta formas bastante específicas de conceber e de se relacionar com o corpo (Víctora *et al.*, 2000). É justamente a constatação dessa diversidade (variabilidade) que faz com que possamos repensar a “objetividade” do corpo, bem como concluir que há algo de arbitrário no que temos por *natural*.

É nesse sentido que Mauss (2003), ao escrever sobre o modo pelo qual diversas sociedades “servem-se” de seus corpos, contribui para o estudo dos significados sociais e culturais inscritos nos corpos por meio de gestos e movimentos. O autor, refletindo acerca de técnicas corporais, discorre acerca da adaptação humana a objetivos químicos, físicos ou mecânicos por meio de uma série de atos montados não apenas pelo próprio indivíduo, mas através de sua educação, por toda a sociedade à qual pertence, conforme o lugar que nela ocupa (2003, p. 407 e 408). Para Mauss, as técnicas corporais seriam variáveis de acordo com dois critérios principais: sexo e idade. Em relação ao sexo do indivíduo, o autor traz à baila o exemplo da maneira de fechar o punho, aferindo que "o homem fecha normalmente o punho com o polegar para fora, a mulher com o polegar para dentro" (Mauss, 2003, p. 409). Em importante conclusão acerca das técnicas do corpo, Mauss sustenta que "tudo em nós é imposto", aferindo, como exemplo, o modo da sua postura e da sua voz ao conferenciar: temos um conjunto de atitudes permitidas ou não, naturais ou não, e às quais atribuiremos diferentes valores no convívio social (Mauss, 2003).

No intuito de estudarmos processos que envolvem a produção de sexualidades e normatividades de gênero enquanto estilizações do corpo, entendemos como necessária a exposição de algumas marcas históricas do modelo de “dois sexos opostos” (que é o modelo que vige até os dias de hoje) na sociedade ocidental.

Até o início do século XIX, as sociedades ocidentais tinham um modelo sexual que hierarquizava os sujeitos ao longo de um único eixo, cujo vértice era o masculino (Louro, 2009, p. 87). Ao invés de serem divididos por suas anatomias reprodutivas, os sexos eram ligados por um sexo comum: as mulheres seriam “homens invertidos”; logo, seriam menos perfeitas (Laqueur, 2001, p. 42).

O modelo do “sexo único” classificava homens e mulheres por graus de perfeição, considerando que mulheres tinham, dentro de seu corpo, os mesmos órgãos genitais que os homens tinham externamente. Tal noção de corpo e sexo dominou a ideia de diferença sexual desde a idade clássica até o século XVIII, quando ocorreram transformações



políticas, culturais, sociais e econômicas, articuladas ao industrialismo e à revolução burguesa, acompanhadas por uma outra divisão sexual do trabalho e pela circulação de ideias de caráter feminista, que foram constituindo conjuntamente condições para que os corpos, a sexualidade e a existência de homens e mulheres fossem significados de outro modo (Louro, 2009, p. 87).

Tornou-se, assim, importante politicamente diferenciar, do ponto de vista biológico, homens e mulheres mediante o uso do discurso científico: os corpos justificariam as desigualdades supostamente “naturais” entre homens e mulheres (Bento, 2006, p. 115). O ventre da mulher, que constituía algo como um “falo negativo” no modelo de sexo único, passa a ser denominado “útero” em meados do século XVIII. O útero seria o órgão cujas fibras, nervos e vascularização ofereciam uma explicação e uma justificativa essencalista para a condição social da mulher (Bento, 2006, p. 116). Assim, pouco a pouco a visão dimórfica do sexo – que tem como premissa a existência de dois sexos opostos – passou a constituir a nova concepção da sexualidade, na qual o corpo passa a ser aquilo que dá origem às diferenças entre homens e mulheres (Louro, 2009, p. 87).

Criticando a visão essencialista do sexo, Butler (2003) sustenta que colocar a dualidade do sexo num domínio pré-discursivo (ou seja, dado biológico neutro anterior à cultura) só serviria à manutenção de estruturas binárias de gênero. Tais estruturas binárias se apresentam como linguagem da racionalidade universal e estabelecem os limites de uma experiência discursivamente condicionada: a linguagem define, desse modo, o domínio imaginável e os limites discursivos do gênero (Butler, 2003, p. 28).

Compreendemos que a naturalização de um gênero, bem como a ideia de sexos “pré-existent” às influências e construções sociais, seria, dessa forma, parte de um processo político-social de que os corpos são engendrados na manutenção de uma estrutura heteronormativa. Entendemos por heteronormativa a cultura que tem como paradigma fundante (e norma social) a produção e manutenção da hierarquia – bem como de papéis sociais diferenciados – entre homens e mulheres; entre pessoas não trans (cisgênero) e pessoas trans. A heteronormatividade está ligada à noção de coerência entre sexo, gênero e desejo sexual, na medida em que estabelece hierarquias de gênero e tipos binários de corpos e de condutas.

O gênero seria, segundo Butler, não a interpretação cultural do sexo, mas sim o meio pelo qual o “sexo natural” é produzido e estabelecido como pré-discursivo, e o sexo, portanto, seria o efeito desse aparato de construção cultural que denominamos gênero (2003,

p. 25-26). Não haveria corpo que já não tenha sido interpretado por meio de significados culturais e, conseqüentemente, não poderia ser o sexo um fato anatômico anterior à cultura (Butler, 2003, p. 27).

A autora problematiza os limites do gênero e da corporalidade, entendendo que os efeitos do gênero se produzem pela *estilização do corpo*; seria o gênero, assim, uma repetição estilizada de atos (Butler, 2003). Alçando a ideia de corpo e gênero, a autora defende que gestos, movimentos corporais e estilos corporais (de vários tipos) constituem a ilusão de um “eu” permanente marcado pelo gênero, e isto representaria o que a autora denomina *efeito de gênero* (Butler, 2003, p. 200).

O corpo vem a existir, então, também nas (e por meio das) marcas de gênero. Não seria o corpo, portanto, mero instrumento em que se inscrevem significados culturais, mas seria, em si mesmo, uma construção. Nessa senda, também indo no sentido contrário à ideia de sexo como algo natural, Preciado (2014, p. 223) observa o que chama de “uma obsessão ansiosa do ocidente” por reduzir, equivocadamente, a verdade do sexo a um binômio. Podemos observar, cotidianamente, o impulso (e desejo) em afirmar com segurança que os sujeitos “são isso” e conseqüentemente “não são aquilo” (Louro, 1967, p. 91). Isto é: buscamos reconhecer a identidade e a diferença dos sujeitos, com a presunção de que o corpo deveria fornecer as garantias para tal reconhecimento. Ficamos, então, desconfortáveis se por algum motivo nossa leitura não se mostra suficientemente clara e reveladora sobre o outro; se não conseguimos, de algum modo, enquadrar o outro – ou a nós mesmos – numa identidade a partir da aparência do corpo. Seria difícil, por isso, reconhecer e aceitar a incerteza, a fluidez, a pluralidade ou a inconstância que se expande, em estudos contemporâneos, como característica das identidades na pós-modernidade (Louro, 1997, p. 63).

A premissa de que partem tanto os argumentos de Butler (2003) quanto de Preciado (2014) é de que as pessoas só se tornariam inteligíveis ao adquirir um gênero em conformidade com padrões reconhecíveis. “Gêneros inteligíveis” seriam aqueles que instituiriam relações de continuidade e coerência entre sexo, gênero, prática sexual e desejo. Conseqüentemente, espectros de “descontinuidade” e de incoerência de gênero são produzidos e, ao mesmo tempo, proibidos pelas próprias leis que buscam estabelecer ligações entre o sexo biológico, o gênero culturalmente construído e a expressão ou o “efeito” de ambos na manifestação do desejo sexual, por meio das práticas sexuais. Ou seja: a noção de que existiria uma “verdade” do sexo é produzida pelas práticas reguladoras que geram identidades coerentes por via de uma matriz de normas de gênero (Butler, 2003, p. 38-39).

Uma das críticas à norma de padrões sociais de gênero e práticas sexuais – que se chamará de norma *heterossocial* – seria que, conforme Preciado (2014, p. 26), a heterodivisão dos corpos assegura a exploração material de um sexo (masculino) sobre outro (feminino): homens e mulheres seriam construções do sistema heterossexual de produção e reprodução que legitima a submissão das mulheres como força de trabalho sexual e como meio de reprodução. É nesse sentido que Haraway (2009, p. 51) diz que “estamos dolorosamente conscientes do que significa ter um corpo historicamente construído”, na perspectiva de demonstração dos limites – sociais, históricos, políticos – da construção das identidades. A autora afirma, ainda, que “nossos corpos não são eus; os corpos são mapas de poder e identidade” (Haraway, 2009, p. 96). Podemos pensar, aqui, no corpo em termos interseccionais: gênero, etnia, sexualidade, classe social e outros fatores fazem de um corpo um lugar de marcas de poder.

Louro (2007, p. 204) também reflete sobre as questões políticas que envolvem os processos de gênero e sexualidade, como jogos de poder e engendramentos de hierarquias. A autora afirma:

Sei que a sociedade trata desigualmente esses sujeitos e valoriza diferentemente essas práticas. Sei que tudo isso é atravessado e constituído por processos de classificação, hierarquização, de atribuição de valores de legitimidade e ilegitimidade, que sujeitos são acolhidos ou desprezados conforme as posições que ocupem ou ousem experimentar. Sei que tudo isso está, seguramente, embaralhado com questões de poder.

O homem e a mulher, o masculino e o feminino, portanto, são classificados em meio a uma rede política destinada a manter certas hierarquias e privilégios. Tal observação não é exatamente uma novidade no campo de gênero e sexualidade, mas na área biomédica, o olhar antropológico de gênero e sexualidade ainda é capaz de desestabilizar certezas e questionar padrões ou dados tido como “normais”.

No seu Manifesto Contrasexual, Preciado (2014) propõe estratégias (ou tecnologias) de resistência à noção de sexualidade moderna, ou seja, contra a naturalização de práticas sexuais e do sistema de gênero. Apresenta a defesa de uma sociedade de enfrentamento e de “contraprodução” em relação à produção disciplinar e não-equânime da sexualidade em nossas sociedades liberais. A contra-sexualidade seria, então, uma proposta de “[...] fim da Natureza como ordem que legitima a sujeição de certos corpos a outros” (Preciado, 2014, p. 21). É importante observar que utilizamos a noção de sexualidade, nesse contexto, para nos referirmos às formas como os sujeitos vivem seus prazeres e desejos sexuais, e, nesse

sentido, as identidades sexuais se relacionariam aos diversos arranjos e relações que os sujeitos criam e põem em prática para realizar seus jogos sexuais (Louro, 1997, p. 64).

Entretanto, ainda que a lógica dominante suponha uma relação de “polo dominante” e “polo dominado” – respectivamente homens e mulheres –, os grupos “dominados” muitas vezes também são capazes de fazer, dos espaços e das instâncias em que há opressão, lugares de resistência e de exercício de poder (Louro, 1997, p. 33). Os movimentos e estudos da diversidade sexual vêm demonstrando que o esquema polarizado linear é reducionista em termos de condições e contextos sociais; esta estrutura não daria conta da complexidade social (Louro, 1997, p. 38) no que se refere às relações de poder entre os gêneros.

Louro (2008) entende que, ao mesmo tempo em que delimita os padrões a serem seguidos, a matriz heterossexual é, paradoxalmente, a matriz cultural que fornece pauta para as transgressões de gênero e sexualidade, ou seja: é a própria heteronormatividade que constitui a referência dos corpos que subvertem a norma, uma vez que aquilo que não é normativo só se dá em função da existência de uma normatividade subjacente.

Além disso, Butler (2003) salienta que a normatividade pela qual as identidades de gênero se tornam inteligíveis faz com que certos tipos de identidade “não possam existir”. Aquelas identidades cujo gênero não decorre do sexo, e aquelas práticas e desejos sexuais que não decorrem nem do gênero nem do sexo seriam consideradas meras falhas de desenvolvimento do sujeito ou impossibilidades lógicas (Butler, 2003, p. 39). A regulação binária da sexualidade, dessa forma, suprimiria a multiplicidade das sexualidades que rompem com o paradigma médico-jurídico e moral hegemônico, que é heterossexual e reprodutivo (Butler, 2003, p. 41).

É nesse sentido que Butler (*apud* Louro, 1996, p. 28) enfatiza que

[...]é crucial manter uma conexão não-causal e não redutiva entre gênero e sexualidade. Exatamente devido ao fato de a homofobia operar muitas vezes através da atribuição aos homossexuais de um gênero defeituoso, de um gênero falho ou mesmo abjeto, é que se chama os homens gay de "femininos" ou se chama as mulheres lésbicas de "masculinas".

Haveria, dessa forma, um “policiamento” do gênero e da sexualidade, na medida em que algumas pessoas vêm a ser consideradas homens ou mulheres “não-autênticos” por suas práticas sexuais.

É claro que há relações entre o modo pelo qual percebemos nosso gênero e nossas práticas sexuais, uma vez que a lógica heteronormativa permeia ambos os aspectos. O gênero, como um aspecto fundante da subjetividade – e que tem relações reflexivas no

sentido de produzir e ser produzido na e pela cultura –, está intrinsecamente relacionado tanto à sexualidade quanto às práticas cotidianas em si mesmas. Porém, isso não significa que a conexão entre o gênero e a sexualidade seja casual: considerarmos mulheres homossexuais como mais “masculinas” ou homens homossexuais como mais “femininos” é uma ideia que reforça a suposta “coerência” heteronormativa entre gênero, desejo e prática sexual.

O que podemos refletir é que a heteronormatividade pode deixar marcas e influências nas condutas e identidades “possíveis”, retroalimentando um sistema que estigmatiza gêneros e condutas. Pode-se pensar em uma “construção” de masculinidades e feminilidades que afetam e são afetadas por instituições, práticas, normas e condutas sociais. Conforme argumenta Louro (1997, p. 49), as várias formas de sexualidade e de gênero podem ser consideradas interdependentes, isto é: afetam umas às outras. Nesse sentido, sexualidade e gênero se atravessam mutuamente, não representando, entretanto, uma relação simbiótica causal heteronormativa.

Assim como Butler (2003), Louro (2008) também parece salientar a instabilidade da matriz normativa que tenta estabelecer a ordem sexual e de gênero. A autora afirma que, como a ordem normativa não está garantida, há um trabalho pedagógico contínuo, repetitivo e interminável que é posto em ação para inscrever nos corpos o gênero e a sexualidade “legítimos” (Louro, 2008, p. 17). A ordem precisa ser reiterada constantemente, com sutileza e energia, de modo explícito ou dissimulado, para que aquilo cujas marcas históricas e culturais marcam a inconstância própria do gênero e da sexualidade pareça natural e estável. Assim, a essencialização do gênero – e do corpo – exclui qualquer traço dissonante ou atributo que não se conforme aos modelos sequenciais causais do gênero inteligível – e o torna incategorizável (Butler, 2003, p. 47).

Partindo-se deste ponto de vista, o gênero das pessoas trans seria ininteligível, posto que sua tríade sexo - gênero - desejo não se “adequaria” ou alinharia em relação à normatividade social binária. A concepção do gênero produzido dentro de uma lógica dicotômica/binária implica um polo que se contrapõe a outro, generalizando uma ideia singular de feminilidade e masculinidade (Louro, 1997, p. 34). As pessoas trans que vivem suas feminilidades e masculinidades de forma não-hegemônica podem trazer, por meio do seu próprio modo de estar no mundo, uma possibilidade de reflexão sobre os padrões normativos de sexo e gênero.

Consideramos, aqui, pessoas trans como aquelas que experienciam algum tipo de trânsito de gênero, podendo ou não buscar modificações corporais ou intervenções médicas

ou cirúrgicas de algum tipo. Falamos de pessoas que, em alguma medida, vivenciam conflitos ou questionamentos em relação ao gênero que lhe fora imposto. Se poderia pensar, também, na transexualidade como uma experiência identitária caracterizada pelo conflito com as normas de gênero (Bento, 2006, *apud* Almeida, 2012), mas, conforme Almeida & Murta,

A expressão pública cada vez maior de pessoas transexuais no Brasil atual e a possibilidade de acesso às suas narrativas nos têm levado a acreditar que para muitas/os o conflito existe, mas ele **não é necessariamente um conflito com as normas de gênero, mas sim com o gênero que foi imposto e com a impossibilidade de trânsito identitário**. É fato que existem mulheres e homens que protagonizam experiências trans que tendem a tecer críticas às assimetrias e às hierarquias de gênero existentes na sociedade, bem como à própria conformação binária dos gêneros, contudo, não parece que isso possa ser generalizado (ALMEIDA; MURTA, 2013 – grifo nosso).

Importa salientar que, ainda que sejam experiências que diferem em muito – nos seus contextos de construção, nas suas características fundantes etc.–, neste estudo compreendemos tanto a noção de “transexualidade” quanto de “travestilidade” enquanto *processos trans*. Isoladamente, tais expressões não dão conta da gama de possibilidades de trânsito de gênero que podem vir a serem abarcadas por esta pesquisa, assim como não faz parte do escopo desta pesquisa discutir a definição de categorias trans, mas apenas o envolvimento da voz e gestualidade de gênero com os processos de transição de gênero, do ponto de vista da Fonoaudiologia.

Esta pesquisa se propõe a compreender um processo clínico – qual seja o de “readequação vocal” – com base na literatura médica e em relatos de profissionais da fonoaudiologia. Compreendendo o trânsito de gênero como um processo complexo, prezamos por não reduzir o público usuário das terapias fonoaudiológicas às categorias “transexuais” ou “travestis”. Nos próprios relatos dos profissionais entrevistados (que serão analisados no terceiro capítulo desta dissertação) não existe tal diferenciação. Optamos, assim, por utilizar a expressão *peçoas trans*, englobando, deste modo, para os fins deste estudo, todos aqueles e aquelas que se entendem de alguma forma em trânsito de gênero.

Durante a pesquisa, porém, nos convocou à reflexão o fato da origem da categoria “transexual” estar intrinsecamente ligada ao contexto médico-psiquiátrico. Nesse sentido, a referência do presente estudo ao âmbito clínico fonoaudiológico nos levou a buscar a relação do surgimento do *dispositivo da transexualidade* com a medizalização da sexualidade. Entendendo a possível relevância deste aspecto no contexto clínico – principalmente no que

se refere ao desenvolvimento de um olhar mais ou menos patologizante – sobre as questões que envolvem a “readequação” vocal, detalharemos com mais profundidade, a seguir, a emergência da categoria *transexual*, especificamente.

## 1.2 Transexualidade: medicina e diferença

Atualmente, sob o paradigma psiquiátrico, a transexualidade é classificada como uma *disforia* de gênero. Segundo Almeida & Murta (2013, p. 384 – nota de rodapé),

Em dezembro de 2012, a Associação Americana de Psiquiatria (APA), principal difusora da expressão “transtorno de identidade de gênero” em revisão do Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais (DSM) e por força da crescente campanha do ativismo trans internacional expresso na campanha “Stop Trans pathologization”, deixou de classificar a transexualidade como “transtorno de identidade de gênero”, substituindo o termo por “disforia de gênero”. Trata-se de uma solução intermediária destinada a não mais considerar os/as transexuais como portadores de uma doença mental. O termo “disforia”, embora goze de maior legitimação por parte dos/as próprios/as transexuais, não despatologiza completamente a questão, como é o desejo dos proponentes da campanha.

“Disforia” pode ser considerada uma inquietação, um mal-estar provocado por ansiedade (Ferreira, 2009). Como principal recurso terapêutico para tal “disforia”, seria prevista a cirurgia de adequação da anatomia ao gênero (Almeida & Murta, 2013). Esta classificação, ainda que para algumas pessoas trans seja uma categoria organizadora da experiência e da trajetória individual (Almeida, 2012, p. 518), pode ser entendida também como uma fonte de estigmatização, na medida em que associaria a transexualidade à “doença mental”.

Segundo Almeida (2012, p. 515), não há a possibilidade de se estabelecer, em termos universais, o que seria a transexualidade nos moldes das concepções que os discursos médicos-psiquiátricos ajudaram a forjar. Desse modo, não seria ancorada na noção patologizante (que requer intervenção clínica ou cirúrgica) que se constituiria a transexualidade: a maneira como cada pessoa trans experiencia os conflitos em relação ao gênero que lhe fora imposto é algo que não pode ser classificado como um único fenômeno.

Sem qualquer objetivo de comparação de fenômenos com origens históricas e especificidades diversas, entendemos como relevante uma breve contextualização dos passos históricos que precederam e intercederam o surgimento do termo *transexualidade*. Objetivamos, com isto, uma melhor compreensão da classificação de determinadas pessoas como transexuais, buscando também de assimilar por que “a existência de indivíduos que

não podem ser definidos a partir da divisão estrita do mundo entre dois sexos não é de modo algum uma invenção contemporânea” (Almeida & Murta, 2013).

Por muitos anos, questões relacionadas ao *trânsito de gênero* foram referenciadas à *homossexualidade*, tanto no âmbito das teorias científicas quanto dos paradigmas de classificação social. Mary McIntosh, em texto pioneiro sobre o “papel social homossexual” (1968), afirma que a concepção de homossexualidade, na Inglaterra, só se tornou bem estabelecida no período entre o final do século XVII e o início do século XVIII. Antes disso, parecia não haver distinção entre homossexualidade e *travestismo*, pois os primeiros termos utilizados para descrever a pessoa homossexual enfatizavam traços relacionado à sua “feminilidade” (McIntosh, 1968, p. 187-189).

Estudos antropológicos de sociedades ameríndias observaram diferenças e semelhanças nos papéis sociais do homossexual, como, por exemplo, no caso dos índios Mohave, da Califórnia e do Arizona, que reconheciam tanto homens “travestidos”, que incorporavam o papel da mulher nas relações sexuais (denominados *alyhã*), quanto mulheres homossexuais que, por sua vez, incorporavam o papel masculino, denominadas *hwame* (McIntosh, 1968, p. 186). Embora seja possível traçar alguns paralelos entre os índios Mohave e, por exemplo, as *berdaches* ou ainda as travestis no sentido contemporâneo, a autora sustenta que, até mesmo em culturas nas quais se reconhece um papel diferenciado ao homossexual (o que ampliamos aqui para as “pessoas em trânsito de gênero”), esse papel pode não defini-lo nos mesmos termos que a nossa cultura o faz (McIntosh, 1968, p. 186).

Segundo Benedetti (2005), tentativas de descrição e análise interpretativa de transformações de gênero aparecem na primeira metade do século XX com o advento dos estudos sobre as *berdaches* em algumas sociedades da América do Norte. Eram assim denominados – *berdaches* – os indivíduos que, nascidos homens, exerciam papéis sociais nitidamente destinados a mulheres, utilizavam vestimentas femininas e praticavam sexo com homens (adotando geralmente o papel passivo atribuído ao gênero feminino). Entretanto, os trânsitos de gênero não foram estudados exclusivamente na América do Norte: pessoas que vivenciavam papéis sociais semelhantes aos das *berdaches* foram documentadas por antropólogos em várias sociedades assim chamadas primitivas (Benedetti, 2005, p. 22).

As descrições empreendidas no período de início da discussão científica acerca de transformações de gênero, até meados do século XX, têm por base argumentos essencialistas, que indicam causas orgânicas, biológicas ou psicológicas para comportamentos de gênero em trânsito, motivo pelo qual podem ser qualificados, segundo Benedetti (2005, p. 25), como



reducionistas e preconceituosos. Na década de 50, começam a surgir publicações registrando e defendendo a especificidade do “fenômeno transexual”, o que pode ser considerado, segundo Bento (2006, p. 40), o início da construção do *dispositivo da transexualidade*.

Na área da Psiquiatria e da Psicologia se desenvolveram trabalhos e pesquisas centradas no conceito até então recente de transexual, cuja classificação foi inicialmente calcada em uma noção dualista dos corpos, e que conduzia a uma compreensão essencializada e imutável do gênero (Benedetti, 2005, p. 26). Apesar de o termo ter sido utilizado já em 1947 pelo psicopediatra John Money (Bento, 2006), há que se ressaltar que até os anos 60, quando o movimento feminista passou a ter força reivindicatória, não havia um conceito de gênero que se cindisse do sexo. Ou seja: havia uma equivalência entre sexo e gênero nos paradigmas científicos das humanidades (Benedetti, 2005, p. 24).

Para Bento (2006, p. 109), as diferentes estratégias de poder articuladas na construção dessa experiência em cada local e período histórico justificam o imperativo de contextualizar o conhecimento do fenômeno trans. A autora aponta que são inúmeros os casos de mulheres que se passaram por homens e, em menor quantidade, homens que se passaram por mulheres, no Renascimento, bem como relatos etnográficos de experiências de rompimento da fronteira entre o masculino e o feminino em várias culturas (Bento, 2006, p. 110). Entretanto, a especificidade histórica do fenômeno da *transexualidade* seria fundamentada na *medicalização da sexualidade*, que no século XIX instituiu um sistema de classificação de condutas individuais baseadas no “sexo verdadeiro” (Bento, 2006, p. 111).

Não é à toa que o acontecimento que marca a noção do fenômeno da transexualidade como estendido na nossa era é a primeira *intervenção medico-terapêutica* tornada pública, realizada em Christine Jorgensen em 1951 (Arán, Lionço & Murta, 2009). Conforme Bento (2006, p. 111), falar de transexualidade nos obriga a ter como referência do fenômeno o protagonismo que o saber médico assume na definição da verdade que se esconde nas “identidades transtornadas”. A confissão (católica) é gradualmente substituída pela escuta terapêutica, e os conflitos relacionados às normas de gênero passam a ser considerados enfermidades ou anomalias, e é nas filas dos hospitais – e dos centros de identidade de gênero – que estes sujeitos buscarão resposta aos seus conflitos (Bento, 2006, p. 111).

Segundo Hausman (1998 *apud* Bento, 2006, p. 112), a subjetividade das pessoas trans se construiria sob uma interação específica com as ideologias e as tecnologias, e se cristalizaria nas práticas de determinadas instituições culturais, como a profissão médica. É por esse motivo, pela relação intrínseca entre o fenômeno da transexualidade e a “verdade do

sexo” que, a seguir, falaremos mais detalhadamente acerca do surgimento da *scientia sexualis*, ligado, sob a ótica foucaultiana, à medicalização do corpo e do sexo.

\*\*\*

Segundo Peter Conrad (2007), o termo *medicalização* se refere à situação de questões não-médicas que passam a ser tratadas como problemas médicos (geralmente em termos de doenças ou transtornos de saúde). Zorzanelli *et al.* (2014) sinalizam que a ênfase de Conrad está não só na condução à jurisdição médica de comportamentos que, em outro momento, não pertenciam a este campo de intervenção, mas também na ampliação da noção de medicalização para além da Medicina. Pela força da medicalização, diversos grupos passam a utilizar a linguagem médica como forma de identificação e para legitimar suas demandas por reconhecimento.

Foucault se debruça sobre os processos de medicalização que dizem respeito ao contexto europeu do fim do século XVII e início do século XIX, especialmente no que tange à sexualidade e às medidas de saúde como formas de constituição de estados nação (Zorzanelli *et al.*, 2014). Conforme Foucault (1999, p. 52 e 67), a partir do século XVIII ocorre um movimento para a produção de discursos de "verdade" sobre o sexo, que prescreve uma economia do prazer e um sistema ordenado de saber sobre tal, vinculados à pretensão de falar sobre indivíduos e populações do ponto de vista da ciência. Essa *scientia sexualis* (1999, p. 62) teria articulado dois modos de produção de verdade: os procedimentos do modelo jurídico-religioso da confissão e a discursividade científica. Assim, a gestão estatal da sexualidade, enquanto verdade do sexo e de seus prazeres, é deslocada do campo da culpa e do pecado para o domínio do *normal* e do *patológico*, privilegiado pela intervenção médica.

A *scientia sexualis* representaria, em ruptura com a *ars erotica*, a primeira técnica para a produção de uma verdade do sexo no Ocidente cristão. Foucault (1999) refere que, há quase 150 anos, um complexo *dispositivo* (como rede de discursos, saberes, prazeres e poderes) que vincula os velhos moldes da confissão à escuta clínica foi criado para produzir discursos verdadeiros sobre o sexo. Este processo seria, então, resultado de uma nova configuração de poder, que exige classificar uma pessoa pela definição de sua “verdadeira identidade”, uma identidade que expressasse plenamente a “verdade do corpo” (Weeks, 1999). Passaria a ser, então, buscada no sexo, sem que houvesse espaço para ambiguidades, a verdade das condutas.

O sexo se tornaria, então, um aspecto perturbador e decisivo para as sociedades ocidentais: determinadas estratégias e tecnologias de poder se articulariam na constituição dos discursos científicos de práticas (e de pessoas) “sadias” ou “doentes”, por exemplo (Louro, 2009, p. 86). A partir da metade final do século XIX, passou-se a prestar uma atenção especial à definição e às significações da sexualidade, constituindo-se como uma questão central tanto para os Estados quanto para os indivíduos (Louro, 2009, p. 86-87).

Desse modo, a *sexualidade* surge ao mesmo tempo como um domínio penetrável por processos patológicos – que solicita, portanto, intervenções terapêuticas ou de normalização; um campo de significações a serem decifradas; um lugar de processos ocultos por mecanismos específicos; e um foco de relações causais infinitas (Foucault, 1999, p. 66). O dispositivo da sexualidade teria, como razão de ser, proliferar, inventar, anexar, penetrar nos corpos de maneira cada vez mais detalhada e controlar as populações de modo cada vez mais global (Foucault, 1999).

É neste cenário – no qual a escuta terapêutica substitui a confissão – que o anormal, o abjeto, a aberração da natureza e o psicótico substituem o pecaminoso e o fraudulento, e a variação do gênero passa a ser, então, classificada e tratada como anomalia ou enfermidade (Bento, 2006, p. 111). A transexualidade emerge no domínio médico-científico, descrita por sexólogos, entre o final do século XIX e início do século XX e se torna um dos desdobramentos mais notórios do dispositivo da sexualidade (Bento 2006, p. 112).

Nesse contexto, pessoas trans que “abrem mão de representações estéticas e comportamentais atribuídas a um gênero pelas aparências de outro” (Mack, 2015, p.17) se envolvem em um processo de adaptação do corpo a uma identidade de gênero que é produzida, teorizada, executada e limitada por categorias médicas. É a partir da incorporação da categoria “transexualidade” no discurso e na área biomédica (principalmente na segunda metade do século XX) que a interseção entre a tecnologia da biomedicina e a construção de uma subjetividade e legitimidade de gênero é possibilitada (Mack, 2015, p.12).

No que tange às modificações corporais, a divulgação midiática e científica dos procedimentos de transição de gênero fomenta, por conseguinte, demandas e negociações entre profissionais e pacientes por intervenções corporais tecnológicas (Mack, 2015), tais como a cirurgia plástica, hormonioterapia, “readequação” vocal e de linguagem e cirurgia de redesignação sexual (popularmente associada ao processo transexualizador).

Os procedimentos biomédicos podem ser, de muitas maneiras, passos importantes no caminho de quem pretende a afirmação de gênero. Sua legitimidade não se questiona, e

tampouco se cogita depreciar o desejo – e o provável sofrimento – das pessoas para as quais a afirmação de gênero se faz vital. Porém, como movimentos de “enquadramento” em determinados padrões de feminino e/ou masculino, tais intervenções tecnológicas não escapam de críticas. Da mesma maneira que podem emancipar, os procedimentos clínicos podem representar uma reafirmação performática do sexo como equivalência natural ao gênero e vice-versa. Preciado (2014), nesse sentido, expõe o conjunto desses processos de “reatribuição” como um segundo *recorte*, como uma segunda fragmentação do corpo, entendendo que:

Vaginoplastia (reconstrução cirúrgica da vagina), faloplastia (construção cirúrgica do pênis com ajuda de um enxerto de pele proveniente de outra parte do próprio corpo; como o antebraço ou a coxa), aumento e modificação da forma do clitóris graças à administração local de testosterona, remoção do pomo de Adão, mastectomia (remoção dos dois seios, geralmente seguida da reconstrução do peito e construção de dois mamilos a partir do enxerto de um único mamilo cortado), histerectomia (remoção do útero): enquanto lugares de renegociação, as operações de mudança de sexo parecem resolver os “problemas”(as “discordâncias” entre sexo, gênero e orientação sexual...). Mas, de fato, transformam-se nos cenários visíveis do trabalho da tecnologia heterossexual; evidenciam a construção tecnológica e teatral da verdade natural dos sexos. (Preciado, 2014, p. 129)

Há que se ressaltar, entretanto, que “não se conhece nenhuma sociedade na qual os indivíduos tenham se contentado em nascer e morrer com o corpo que tem”, conforme postula Costa (2009). Adornos, piercings, tatuagens, meios mecânicos de diminuir o tamanho dos pés da China tradicional, ainda que apresentem diferentes medidas de intervenção corporal, todos parecem exemplificar alguma interação articulação entre corpo e (intervenção na) imagem corporal.

Podemos, aqui, observar uma relação das intervenções corporais, principalmente cirúrgicas, com a “transgressão de fronteiras” entre o humano e o inumano apresentando por Haraway (2009). Na obra “Manifesto ciborgue: ciência, tecnologia e feminismo-socialista no final do século XX”, a autora propõe a noção de *ciborgues* como *corpos pós-humanos*, cuja característica principal se perfaz na hibridização entre “homem e máquina” (orgânico e inorgânico). Diz a autora que

As máquinas do final do século XX tornaram completamente ambígua a diferença entre o natural e o artificial, entre a mente e o corpo, entre aquilo que se auto cria e aquilo que é externamente criado, podendo se dizer o mesmo de muitas outras distinções que se costumavam aplicar aos organismos e às máquinas. (Haraway, 2009, p. 42)

A metáfora do *ciborgue* serve, nesse sentido, para gerar reflexões sobre as certezas daquilo que contamos como natureza. As fronteiras do que é físico e do que é não-físico se mostram imprecisas, bem como os sentimentos de conexão do corpo com “instrumentos” são reforçadas no mito do *ciborgue*, cujas identidades são “permenentemente parciais” (Haraway, 2009, p. 92). Uma das observações da ficção política dos *ciborgues* é justamente a da biotecnologia (e as construções médicas) como ferramentas cruciais no processo de remodelação de nossos corpos.

Não obstante, é importante considerar que nem todas as pessoas trans formulam demandas de intervenção cirúrgica ou terapêutica para modificação corporal; algumas, inclusive, não expõem o desejo de tornar seu corpo mais ou menos “masculino” ou “feminino” e se entendem atualmente como pessoas trans “não-binárias”. Desse modo, neste estudo concebemos “trans” como o termo que serve para “expressar a identificação entre sujeitos e algumas experiências sociais em comum, e não para dar corpo a um conjunto de experiências absolutamente idênticas no âmbito das relações de gênero”, tal como considera Almeida (2012, p. 517), em relação ao uso da palavra “transexualidade”.

Vale lembrar, de outro lado, que todas as pessoas, sejam elas cisgênero ou trans, em algum momento ou ao longo de toda sua vida, performam estilos de gênero ora masculino, ora feminino. Isto significa dizer que todos nós reafirmamos a estrutura binária de gênero na medida em que nos identificamos de alguma maneira em relação a padrões culturais e papéis de gênero socialmente impostos. Nesse sentido, ratificaríamos todos a naturalização e coerência do sexo e do gênero, não sendo, portanto, a “moldagem” de corpos a imagens e padrões binários de gênero, de forma alguma, uma relação estabelecida unicamente por pessoas trans.

### 1.3 A voz como ato performativo de gênero e as identidades trans

É respaldando-nos nas ideias centrais de Butler sobre performances de gênero que, neste estudo, passamos a compreender a voz como um ato performativo de gênero. O termo *performance* tem como origem latina a palavra *formare*, que chega até nós com o sentido de “formar, dar forma a, criar” (Rodrigues, 2012, p. 142). Apesar da sua intensa ligação ao campo das artes, o uso do termo não se restringe a atividades artísticas: no âmbito das ciências humanas, Butler articula gênero e performance no sentido de explicar como o

gênero é sistematicamente produzido e reiterado por meio de uma repetição estilizada de atos (Butler, 2003, p. 200).

Dessa maneira, a autora afirma não haver *identidade* de gênero por trás das *expressões* de gênero. A identidade seria performativamente construída pelas próprias expressões tidas como resultado dessa identidade (Butler, 2003, p. 48). O gênero seria então, de acordo com Butler (2003), *performativamente* produzido, reiterado e imposto pelas práticas reguladoras da coerência do gênero, num sistema binário que se retroalimenta nas ratificações de identidade, e que exclui as assimetrias da tríade gênero - sexo - prática/desejo sexual. Haveria, assim, uma *estilização reiterada do corpo*, e o gênero seria um conjunto de atos repetidos no interior de uma estrutura reguladora altamente rígida, a qual se cristalizaria no tempo para produzir a aparência de uma substância, de uma classe natural de ser (Butler, 2003, p. 59).

Louro (1997, p. 60), a partir de noções de corpo e identidade na aprendizagem escolar, explicita que todos os processos de escolarização sempre estiveram preocupados em vigiar, controlar, modelar, corrigir, construir os corpos de meninos e meninas, de jovens homens e mulheres. Nesse sentido, a autora tece reflexões acerca do que seriam “marcas corporais”, que seriam presumidas e, ao mesmo tempo, produzidas no contato social:

Observar os corpos de meninos e meninas; avalia-los, medi-los, classifica-los. Dar-lhes, a seguir, uma ordem; corrigi-los sempre que necessário, moldá-los às convenções sociais. Fazer tudo isso de forma a que se tornem aptos, produtivos e ajustados – cada qual ao seu destino. Um trabalho incessante, onde se reconhecem – ou se produzem – divisões e distinções. Um processo que, ao supor “marcas” corporais, as faz existir, inscrevendo e instaurando diferenças. [...]

Seriam, então, as estilizações do corpo – por meio de classificações e adequações a feminilidades ou masculinidades, “marcas corporais” de gênero, performadas e reiteradas no contexto educacional e social em geral. Essas marcas devem “nos falar” dos sujeitos; esperamos que elas nos indiquem – sem ambiguidade – sua identidade (Louro, 1997, p. 61).

Se essas marcas corporais de gênero “nos *falam*” dos sujeitos, o *modo* como o sujeito fala também “nos fala” sobre as marcas do corpo. Isso seria compreender que uma fala – aqui, no sentido de maneira de falar; produção vocal e linguagem gestual – que se poderia dizer “feminina” ou “masculina” também pode nos dizer algo sobre a estilização do corpo em função (na produção e reiteração) do gênero. Apostamos que a observação da voz, mais especificamente a voz trans, na clínica fonoaudiológica poderia evidenciar a

performatividade do gênero por meio da “lente de aumento” da terapia clínica, ainda que os ajustes vocais permeiem o desenvolvimento físico e psíquico de todos os sujeitos falantes (sejam eles trans ou não).

Biscaro (2014) tece relevantes considerações articulando voz e gênero. Ainda que a autora estude a voz sob o olhar da performance em cena – enquanto expressão artística –, suas contribuições são úteis no contexto do presente estudo na medida em que a voz sempre apresenta uma estética própria, com negociações e expectativas relativas à representação de “papéis” sociais e de gênero.

Em muitos contextos a voz é vista como um artifício, um objeto (lembrando as metáforas da voz como instrumento) que serve puramente a fins estéticos; mas **os corpos que produzem essas vozes e seus gêneros são um cruzamento perceptivo que envolve questões como o patriarcalismo, heranças culturais, provocações éticas, sociais e políticas que entram no intrincado jogo da presença da voz na cena como tensões que invertem, desestabilizam ou reforçam conceitos sobre sexo/sexualidade, binômios como masculino-feminino e o gênero como uma performance em si.** (Biscaro, 2014, p. 17) – Grifo nosso.

Para além do postulado de que “o corpo que produz a voz”, podemos pensar na voz em si também como algo extensivo ao corpo que, por sua vez, também “produz o corpo”, no sentido de performar um gênero e produzir um *corpo generificado*. E, nesse sentido, a voz pode ser considerada como um ato *performativo*, na medida em que tal qual o corpo a voz obedece a repetições estilizadas – de frequência, intensidade, ressonância e qualidade vocal – que performam gêneros. O fato de haver “vozes femininas” e “vozes masculinas”, sobretudo se partimos de uma visão não-essencialista do corpo, indicaria uma performatividade intrínseca à produção vocal: não há voz que não passe pelos significados simbólicos de gênero.

Há uma coesão e coerência esperada socialmente entre corpos e vozes: em sentido amplo, *o que* e *o modo pelo* qual falamos ou não falamos são, conjuntamente, o que *performamos* nos contextos sociais. E, se o corpo é performativo, se o gênero é uma fantasia instituída e inscrita sobre a superfície dos corpos, então também se pode pensar em um gênero instituído sobre (e performado por meio de) vozes.

Sob um ponto de vista mais “biomédico” em relação à produção vocal, podemos também pensar na voz como algo que se estende ao corpo, no sentido que o desenvolvimento da voz acompanha e representa o desenvolvimento do indivíduo tanto do ponto de vista físico quanto psicológico e social (Behlau, 2013, p. 57). Segundo Behlau (2013, p. 26), a voz é a *fonação* – considerada uma função neurofisiológica “inata” do

sistema estomatognático<sup>1</sup> – acrescida de *ressonância*, ou seja: a voz seria o som produzido pelas pregas vocais modificado pelas cavidades que se situam abaixo e acima das pregas. A autora entende a produção vocal como algo que se forma a partir de uma dada estrutura anatomofuncional em conjunto com os aspectos emocionais de história pessoal dos indivíduos (Behlau, 2013, p. 26).

O desenvolvimento da voz, tal qual o da laringe, ocorre de maneira contínua desde o nascimento do bebê, havendo, junto às transformações no aparelho fonador, modificações no resultado vocal, que são facilmente perceptíveis auditivamente (Behlau, 2013, p. 53). Isto é: a voz, ainda que “imaterial”, é uma manifestação que acompanha o desenvolvimento do indivíduo que pratica a linguagem oral por toda a vida, dependendo a sua condição de múltiplos fatores. No bebê, a produção vocal tem característica delgada (em razão do trato vocal encurtado e da reduzida possibilidade de ressonância) com ataque vocal brusco, frequências elevadas (400Hz de frequência, com gritos até 1.318Hz), forte intensidade e modulações reduzidas (Behlau, 2013, p. 57). Desde muito pequenos, os sujeitos falantes desenvolvem uma emissão sonora muito rica, cujas características podem indicar diferentes estados emocionais e solicitar a atenção e a presença dos cuidadores/suas cuidadoras.

Podemos dizer da voz o fruto de uma função aprendida: é com base em um certo tipo de “imitação” (contextualizada) dos sons – e no “resultado” que cada emissão sonora traz para criança, em relação aos atos de seus cuidadores/suas cuidadoras – que a voz vai se moldando a contextos e processos de vida. Nesse sentido, Brandi ressalta:

O primeiro sinal de vida do bebê, ao nascer, é o choro - manifestação vocal ligada ao fenômeno respiratório. A sucção é o primeiro exercício dos órgãos de articulação da fala. Poucos depois, começa a dar diferentes entonações ao seu choro [...] Não tarda muito, põe-se a brincar com a própria voz e com os ruídos que sua língua e seus lábios produzem. Daí passará a imitar os sons que ouve dos adultos, só para se divertir ou agradá-los (Brandi, 1972, p. 32).

Observamos, conforme a autora, que desde o período neonatal a voz pode exercer diversos papéis no convívio social. Há uma relação entre *o que é* (que, no caso da voz sem significado linguístico, equivale a *como é*) vocalizado e as respostas sociais que são geradas

---

<sup>1</sup> O Sistema Estomatognático (SE) é formado por um conjunto complexo de estruturas que podem ser divididas em estáticas, passivas e dinâmicas ou ativas. Os arcos dentários, maxila e mandíbula seriam as estruturas estáticas, relacionadas entre si pela articulação temporomandibular (ATM). As dinâmicas ou ativas seriam representadas pela unidade neuromuscular, que mobiliza as partes estáticas. Essas estruturas (estáticas e dinâmicas) se interligam para a realização das funções *vitais* do organismo – respiração, sucção, mastigação, deglutição – e *sociais* – fonação e articulação –, que são as chamadas funções do sistema estomatognático (Machado et al., 2012).



em consequência da vocalização. Podemos pensar, assim, em um ponto comum entre a voz no bebê e a voz nos sujeitos adultos: a condição de estarem ambas em contextos que envolvem expectativas e, em consequência, respostas (atitudes ou silenciamentos) a partir do modo como se põe algo em voz.

Até a puberdade, é difícil fazer a discriminação quanto ao gênero<sup>2</sup> da (do) falante com base em uma única emissão sustentada, tendo em vista que a laringe é bastante semelhante nos meninos e nas meninas (Behlau, 2013, p. 60). Conforme a autora, a fala encadeada, entretanto, permite tal diferenciação devido às diferenças já presentes no trato vocal, bem como devido aos aspectos semânticos e morfossintáticos associados ao gênero.

Os estudos da área biomédica – aqui, incluímos fonoaudiologia e medicina – dirigem a abordagem da muda vocal para as origens anatômicas e hormonais do fenômeno. No período da adolescência, ocorrem profundas modificações resultantes da influência das glândulas de secreção interna (Cielo *et al.*, 2009), o que dá lugar ao acontecimento da muda vocal. A muda, na puberdade, acontece no período em que há o crescimento constante não-homogêneo da laringe, das cavidades de ressonância, da traqueia e dos pulmões (Behlau, 2013, p. 61).

Nos homens, é por volta dos 13 aos 15 anos de idade que a laringe sofre um aumento pronunciado (pregas vocais alongam-se em até 1cm) e, como consequência disso, há um abaixamento da frequência fundamental da voz de, em média, uma oitava. Em geral, nas mulheres diz-se que o crescimento da laringe e o alongamento das pregas vocais são muito mais discretos (o crescimento das pregas dificilmente ultrapassa 4mm), fazendo com que as modificações na frequência fundamental sejam menores e menos abruptas em relação aos homens (Behlau, 2013, p. 60-61). Não se observa, portanto, uma progressão clara e gradativa do valor da frequência vocal entre 9 e 15 anos de idade.

Em síntese, a muda vocal pode representar um período de “desequilíbrios” fonatórios, vez que há, em termos gerais, o alargamento do pescoço, o abaixamento da laringe, alargamento do tórax e aumento da capacidade vital – tudo isso de modo não-harmônico. As alterações mais comumente percebidas por pessoas de caracteres secundários biologicamente masculinos na muda vocal são de uma voz instável, desafinada e/ou grossa (Behlau, 2013, p. 61).

---

<sup>2</sup> A autora utiliza a categoria “sexo” no que se refere à diferenciação de meninos e meninas. Optamos, porém, por nomear gênero tudo aquilo que se relacionar às classificações de menino/homem ou menina/mulher presentes na literatura médica.

As características da muda vocal podem ser interessantes de se conhecer na medida em que, além de representarem um período de “diferenciação sexual” na produção vocal, elas se constituem em efeitos vocais cuja origem é relacionada à ação de hormônios no organismo. Muitas das pessoas trans utilizam a hormonioterapia para modificação de certos aspectos e certas características corporais, o que também pode gerar efeitos na produção vocal. Não é incomum que pessoas trans, principalmente homens trans, relatem uma certa “instabilidade” na voz após um período de terapia hormonal<sup>3</sup>, o que ocorre de maneira similar ao período de “muda vocal”, também com maior efeito em homens, em razão da ação hormonal no organismo.

Behlau (2013) entende que, a partir dos 18 anos de idade, aproximadamente, a voz de um indivíduo pode ser considerada estável e, em termos gerais, apresenta-se bastante diferenciada de acordo com o gênero do (da) falante. De acordo com a autora, a identificação do gênero do (da) falante só seria comprometida em algumas situações de distúrbios vocais extremos, como o Edema de Reinke avançado – situação em que o peso da massa do edema reduz a frequência fundamental a valores tão baixos que, sendo a falante mulher, passa a ser identificada como homem “especialmente ao telefone” (Behlau, 2013, p. 61-62). Outro exemplo que a autora refere é quando o falante, sendo “homem” (de caracteres “sexuais” secundários biologicamente masculinos), não passa pelo “período natural de desenvolvimento vocal na adolescência” – que, conforme já explicitado aqui, configura a “muda vocal” –, situação em que a persistência da voz aguda identificaria o falante como mulher ou pré-adolescente (Behlau, 2013, p. 62)

No que se refere aos atributos da voz em relação ao gênero do (da) falante adulto (a), é com base na anatomia e na fisiologia humana que a maioria dos estudos na área da fonoaudiologia e das demais áreas médicas explica as principais diferenças entre vozes “masculinas” e vozes “femininas”: a laringe de indivíduos do gênero masculino e feminino teriam características diferentes, o que repercutiria no seu padrão vibratório. Há evidências de correlação entre o comprimento e a larguras das pregas vocais e o gênero masculino ou feminino (Ximenes Filho *et al.*, 2003) – pregas vocais masculinas teriam maior largura e comprimento em relação às pregas vocais femininas –, mas há que se lembrar, também, que ainda são pouco conhecidas (e talvez pouco estudadas) as variações individuais nas pregas vocais entre indivíduos do mesmo gênero.

---

<sup>3</sup> Dado presente nos relatos dos fonoaudiólogos entrevistados durante a presente pesquisa.

A literatura biomédica<sup>4</sup> estabelece referências clássicas em relação à produção vocal e o gênero da pessoa que fala: Mastronikolis *et al.* (2013) entendem que a voz é um importante marcador de gênero, e o *pitch*<sup>5</sup> vocal representaria a característica mais básica de especificação sexual da voz, visto que mulheres geralmente apresentam maior frequência fundamental de voz em relação aos homens. De acordo com Behlau (2013), a frequência fundamental é determinada fisiologicamente pelo número de ciclos que as pregas vocais fazem em um segundo, o que depende do comprimento e da espessura dessas estruturas. Podemos dizer, assim, que a frequência fundamental fornece informações referentes à velocidade de vibração das pregas vocais, e está relacionada com o comprimento, com a tensão, com a rigidez, e com a massa das pregas vocais na sua interação com a pressão aérea subglótica (Beber & Cielo, 2011).

Já há estudos, também, que indicam que a percepção do “gênero vocal” depende de um número maior de fatores, como ressonância, respiração, entonação, qualidade vocal, aspectos pragmáticos e comunicação não verbal (Hancock *et al.*, 2011). A frequência fundamental e a ressonância vocal seriam, entretanto, as maiores “metas” a serem trabalhadas por especialistas da voz na terapia junto a pessoas trans que buscam atendimento para “readequação vocal”, posto que a combinação dessas duas características vocais pode influenciar de forma mais significativa em como ouvintes irão perceber o gênero da pessoa falante (Hancock *et al.*, 2011).

Em falantes do português brasileiro, a frequência fundamental considerada média para homens adultos não trans é de 113 Hertz (Hz), enquanto que em mulheres adultas não trans a média seria de 204 Hertz (Hz) – ambas as médias calculadas entre pessoas de 18 a 45 anos (Behlau, 2013, p. 62). Uma frequência fundamental de 165 Hz representaria o limite acima do qual a voz é percebida como “feminina” (Spencer, 1988 *apud* McNeill *et al.*, 2008). Porém, é claro que estes parâmetros que perfazem normas na área médica muitas vezes não correspondem à possibilidade de variantes presentes no mundo “além-clínica”: vozes consideradas *normais* ou *anormais* (no sentido de fazerem parte da *norma* vigente) podem

---

<sup>4</sup> Nomeamos como literatura biomédica os estudos que envolvem a temática de voz e produção vocal cujos autores, bem como seus referenciais teóricos, sejam relacionados à fonoaudiologia ou a demais especialidades médicas. Muitos dos estudos que servem à fonoaudiologia na temática de voz trans tem como referência experiências da otorrinolaringologia e da endocrinologia.

<sup>5</sup> *Pitch* seria representado pela sensação psicofísica da *frequência fundamental* – ver próxima nota de rodapé (Behlau, 2013). Segundo McNeill *et al.* (2008, p. 728), o *pitch* seria a qualidade e a percepção da frequência fundamental, que se relaciona à audição e à descrição de determinada voz.

também significar uma hegemonização irreal de características que, teoricamente, seriam “biológicas”.

Behlau (2013, p. 65), nesse sentido, adverte que “voz normal” seria um dos termos mais controvertidos na área de estudo da voz, tendo em vista que a própria designação de normal quando aplicado a qualquer conceito relacionado ao comportamento humano oferece resistência imediata na medida em que que normas comportamentais seriam altamente influenciáveis por fatores culturais e interpretações ideológicas/juízos de valor. Para a autora, não teríamos uma voz (normal), mas sim várias vozes, que seriam utilizadas em diferentes contextos de discurso e interlocutores. Dessa forma, a possibilidade de variação vocal, sob demanda voluntária ou não, consciente ou inconsciente, seria o melhor parâmetro para se atestar a saúde vocal e *normalidade* anatomofuncional do aparelho vocal.

Seguindo esta lógica de “adaptação vocal”, Behlau (2013, p. 65) afirma que a voz adaptada seria aquela que

tem qualidade aceitável socialmente; não interfere na inteligibilidade da fala, permite o desenvolvimento profissional do indivíduo; **apresenta frequência, intensidade, modulação e projeção apropriadas para o sexo e a idade do falante** e transmite a mensagem emocional do discurso (Grifo nosso.)

As vozes “adaptadas” deveriam, de acordo com a autora, ser produzidas com conforto e sem esforço adicional, de modo a indicar corretamente o sexo e a faixa etária a que pertencem o indivíduo. Ainda, uma voz deveria ser considerada adaptada após serem avaliadas as percepções do(da) ouvinte e do(da) falante (Behlau, 2013, p. 65).

Desta conceituação, depreende-se que: i) as vozes são, também, *atos performativos*, uma vez que “dão forma” e se adaptam a diversos contextos discursivos, reiterando práticas que se referem à performatividade de gênero, e ii) as vozes são definidas binariamente de acordo com o gênero do (da) falante (entre outros aspectos, como idade e etnia), havendo, assim, vozes que são aceitas socialmente ao passo que, outras, não.

Desse modo, para a pessoa trans, as características vocais podem constituir uma difícil barreira na busca do “reconhecimento social” do seu gênero – assim como podem, também, se transformar em um instrumento de afirmação de gênero. Segundo Hancock *et al.* (2011, p. 553), pessoas trans frequentemente comentam que conseguem “passar” até o momento em que começam a falar. Isso porque muitas vezes essas características deixam transparecer uma incongruência – entre o que *se espera* e o que *se tem* – do ponto de vista da cultura (cis)heteronormativa, e que a expõem a cotidiana discriminação.

Cabe aqui mencionar que a noção de *passabilidade* está estreitamente vinculada ao desconhecimento social da condição de pessoa trans (Almeida, 2012, p. 519). Podemos dizer, sobre o movimento de “passar por”, que

Na literatura internacional, o termo *passing transgender* é utilizado para referir-se a uma capacidade pessoal de ser reconhecido/a como pertencente a um gênero que não era o assignado no sujeito ao nascer. Essa capacidade pessoal envolve tanto certa manipulação de alguns cuidados físicos característicos do gênero pretendido quanto atributos de comportamento que sejam culturalmente associados a tal gênero. (Almeida, 2012, p. 519)

O “passar por” revela o quanto o gênero, tal qual a heterossexualidade, é performático (Duque, 2013, p. 21). A experiência de “passar por” (pessoa cisgênero, no caso) ocorre quando se performatiza uma suposta continuidade entre sexo, gênero e desejo sexual, isto é: quando a heterossexualidade está em sua plena performance de inteligibilidade (Duque, 2013, p. 21). Nesse sentido, os atributos físicos e os gestuais têm destaque na construção da estética do corpo: a composição de acessórios, roupas, atributos físicos, voz e linguagem corporal podem representar um demarcador de “fronteira” entre os gêneros.

Porém, ainda que possa reiterar performatividades que solidifiquem a norma social hetero, o trânsito entre gêneros pode, também, desestabilizar fronteiras entre o “natural” e o social, entre gênero e sexo. É certo que pessoas trans podem construir, por sua própria condição de existência, novas concepções para sexo, gênero e sexualidade, bem como para o próprio sistema de gênero (Butler, 2003). Conforme explicita Almeida (2012, p. 520)

Não se podem subestimar [...] os significados políticos dos debates provocados pela simples existência de pessoas trans, os quais implicam rediscussão de rotinas e protocolos institucionais consolidados, como os de atendimento, conduta profissional, sigilo, privacidade etc. Elas geram deslocamentos: pessoas que jamais inscreveram as relações de gênero e a sexualidade em seu horizonte reflexivo passam, ao menos temporariamente, a considerá-las e a discutir condutas discriminatórias que reconhecem em si e nos demais, e nos extremos dessa abertura ao diálogo, o modelo de sociedade ambicionado.

Não há dúvidas de que há efeitos políticos e sociais, em maior ou menor grau, gerados pela experiência de conflitos em relação à normatividade de gênero. A posição que presume a não-correspondência necessária entre órgãos sexuais e gênero pode desestabilizar convicções e trazer a *transitoriedade*, no que se refere ao gênero e ao sexo, para o campo do “possível”.

Há que se lembrar, entretanto, que em uma sociedade na qual os padrões binários de gênero perpassam toda a vida dos sujeitos, é possível afirmar que as pessoas trans, quase que universalmente, enfrentam dificuldades em função da predominância da matriz heterossexual da maioria das culturas (Almeida, 2012, p. 515). Uma dessas dificuldades – e a que nos mais interessa – se refere à produção vocal: considerando-se a normatividade binária de gênero e a relevância da *performatividade* no reconhecimento social, é na sua voz que muitas pessoas trans encontram um dos aspectos que "necessitariam" ser adaptados a partir de atributos vocais tidos socialmente como “femininos” ou “masculinos” (Drumond, 2009).

## 2 A FONOAUDIOLOGIA E A(S) VOZ(ES) TRANS

### 2.1 A clínica fonoaudiológica no Brasil: fronteiras entre Medicina e Educação

O saber instituidor da Fonoaudiologia, divulgado e praticado em seu nome, não é um saber descolado do mundo, nem é, tampouco, um saber único, homogêneo [...]. É, ao contrário, um saber que está inserido na rede de valores que compõem a nossa sociedade. É, mesmo que não se tenha consciência deste fato, um saber permeável, perpassado a todo instante por outros saberes, caracterizando, deste modo, um constante movimento. (Vânia Pavão Silveira, 1996)

Antes de entendermos a voz (mais especificamente a voz trans) como área de intervenção fonoaudiológica, cabe contextualizar a Fonoaudiologia enquanto campo de saberes (de ensino e de prática clínica) no Brasil. Como área profissional relativamente recente – seu reconhecimento enquanto profissão se deu no ano de 1981 (Silveira, 1996) –, pode-se dizer que a Fonoaudiologia não tem sua área de atuação amplamente conhecida. Não são raras as vezes em que a ora pesquisadora é questionada sobre “o que faz um fonoaudiólogo”, ou se “a fonoaudiologia é a área que cuida da fala das crianças”.

Desde os seus primórdios, a Fonoaudiologia teve sua prática voltada para a linguagem “que falha” (Oliveira, 2002); para o estudo e o tratamento dos desvios da linguagem (Silveira, 1996) Atualmente, a Fonoaudiologia tem como objeto de estudo e intervenção não somente a voz e a linguagem *lato sensu*, mas também as questões relacionadas à audiolgia, à deglutição e à motricidade orofacial. Conforme Documento Oficial 01 do Conselho Federal de Fonoaudiologia, o fonoaudiólogo é considerado

[...] um profissional **da Saúde**, de atuação autônoma e independente, que exerce suas funções nos setores público e privado. É responsável por promoção da saúde, avaliação e diagnóstico, orientação, terapia (habilitação/reabilitação), monitoramento e aperfeiçoamento de **aspectos fonoaudiológicos envolvidos na função auditiva periférica e central, na função vestibular, na linguagem oral e escrita, na articulação da fala, na voz, na fluência, no sistema miofuncional orofacial e cervical, e na deglutição**. Exerce também atividades de ensino, pesquisa e administrativas. (Conselho Federal de Fonoaudiologia – Documento oficial 01, aprovado pela Resolução CFFa nº 348/2007 – Grifo nosso.)

Do trecho do documento oficial citado, já podemos observar, ainda que não explicitada a atuação escolar, a “zona de fronteira” em que se encontra a Fonoaudiologia desde os seus primórdios no Brasil: de um lado, a profissão guarda uma matriz constitutiva *médica*, e, de outro, uma matriz *educacional*. Explicamos: o cuidado com o corpo (anatomia

e fisiologia das funções estomatognáticas<sup>6</sup>) na terapia *clínica* se articulam, na formação do/da fonoaudiólogo/a, com o “aperfeiçoamento” de aspectos fonoaudiológicos envolvidos na linguagem oral e escrita. Questões fonológicas e de fluência envolvidas no processo de aquisição de linguagem (intimamente ligadas ao processo de escolarização) são objeto de estudo e intervenção profissional da fonoaudiologia tanto quanto questões auditivas e de motricidade orofacial, por exemplo.

Apesar de a literatura sobre as possíveis origens da Fonoaudiologia no Brasil ser esparsa, há um notável consenso entre os autores consultados no que se refere à intersecção entre as áreas da saúde e da educação como elos fundantes da prática fonoaudiológica. É certo que esta heterogeneidade de saberes, oriundos de diferentes campos discursivos, pode produzir efeitos no discurso fonoaudiológico atual (Oliveira, 2002), bem como na formação acadêmica e prática de seus profissionais.

Segundo Oliveira (2002), o discurso fundador da Fonoaudiologia seria o estudo intitulado “Vícios e Defeitos na Fala das Crianças dos Parques Infantis<sup>7</sup>”, apresentado em 1937 no I Congresso de Língua Nacional Cantada, considerado como primeiro registro de problemas referentes à fala de crianças no Brasil. Este estudo concebia a fala como processo meramente orgânico, descrevendo seus distúrbios, prevendo a realização de medidas profiláticas, terapêuticas e pedagógicas, e enfatizando a necessidade de cooperação entre *médicos* e *professores* nas questões atinentes à fala de crianças (Silveira, 1996).

A junção na figura do médico-professor está atrelada ao movimento da Saúde Escolar<sup>8</sup>, recurso utilizado pelo estado no combate aos “males” que afetavam a sociedade brasileira entre a primeira e a segunda década do século XX (Oliveira, 2002; Silveira, 1996). As estratégias da Saúde Escolar, por sua vez, estiveram relacionadas à importação de uma política de saúde higienista<sup>9</sup>, privilegiando um ensino “sob medida” e “individualizado” que

---

<sup>6</sup> As funções estomatognáticas são, como classificação da área biomédica, a respiração, a sucção, a deglutição, a mastigação e a fala.

<sup>7</sup> Criados da cidade de São Paulo em 1935, os Parques Infantis tinham o propósito de assistir crianças carentes prestando-lhes atendimento médico, dentário e realizando atividades pedagógicas (Oliveira, 2002).

<sup>8</sup> Conforme a autora, a “saúde escolar” é institucionalizada pelo Estado Novo, significando a intervenção da prática médica na vida escolar.

<sup>9</sup> Segundo Silveira (1996), a política de saúde higienista teve sua origem na Europa do século XIX, a partir dos efeitos negativos gerados pelo avanço do modo de produção capitalista. Os processos de urbanização e industrialização eclodiram em problemas relacionados à moradia, ao saneamento básico, ao empobrecimento da população, e, conseqüentemente, ao aumento de problemas de saúde, gerando epidemias nas cidades. Isso representaria uma ameaça ao Estado capitalista, no sentido de perda de força de trabalho e de aparecimento de movimentos de revolta da população trabalhadora. Assim, foram sendo instituídas formas normativas de se



acabava por discriminar as variações de aptidão e de desenvolvimento escolar (Silveira, 1996). Um dos efeitos da intervenção médica no ambiente escolar foi, por exemplo, o enquadramento dos alunos que possuíam questões relacionadas à fala como “excepcionais” (Silveira, 1996).

Aquele estudo pioneiro em distúrbios de fala em crianças se localiza em um contexto histórico e político muito específico: foi em 1930 que foi criado o Ministério da Educação e da Saúde no Brasil, pouco antes do estabelecimento do Estado Novo, em 1937.

O final da década de 20 e no início da década de 30 foi marcado por grandes mudanças político-econômicas no país – o capitalismo industrial engendrou a necessidade de produzir uma população com maior nível de conhecimento, tanto para a própria produção do sistema quanto para a ampliação do consumo (Oliveira, 2002). Nesse momento histórico, o investimento nas áreas de saúde e educação foram priorizados como fatores de reconstrução nacional (Aarão *et al.*, 2011; Silveira, 1996), e profissionais como médicos, higienistas, educadores, engenheiros e agentes públicos elegem a escola como o local para a resolução dos problemas sociais do Brasil (Oliveira, 2002). A propagação deste ideal tinha como norte a formação da imagem do “brasileiro-padrão” (Oliveira, 2002).

Sobre isso, Aarão *et al.* (2011) ressaltam que

As ideias higienistas e os avanços na Medicina colaboravam com a **detecção e a classificação das anomalias orgânicas e funcionais da fala, descrevendo o perfil do portador da alteração e demonstrando a necessidade de profissional responsável por sua eliminação, que seria o professor especializado, profissional da época que mais se assemelhava ao atual fonoaudiólogo.** O higienismo pregava a existência do homem sadio e culto, que promoveria o progresso do país. **Neste contexto, proliferava o combate ao estrangeirismo, na tentativa de instituir a língua brasileira. O movimento de defesa e preservação da língua nacional também passou a indicar “impurezas”, “vícios” e “defeitos” no uso da língua,** termos que carregavam conotação negativa, que discriminavam e estigmatizavam o indivíduo a partir de sua classe social. (Grifo nosso.)

Há, pelo menos, um aspecto muito relevante no trecho acima colacionado: as ideias *médico-higienistas* dão origem à busca pela detecção e categorização das “*anomalias orgânicas e funcionais da fala*”, sugerindo a necessidade de um *professor especializado* para o combate às “impurezas” e “vícios” da linguagem. Neste contexto, acreditava-se, segundo Silveira (1996), que, uniformizando a língua nacional, fortalecer-se-ia o espírito de unidade nacional. Não se pode olvidar que a uniformização da língua nacional pode ser considerada

---

controlar o modo de vida da população trabalhadora, sendo a figura do médico a principal responsável pela manutenção da saúde da classe e agente principal da efetivação das políticas de controle higienista.

um recurso que teria o poder de gerar o apagamento das diversidades oriundas da grande heterogeneidade que fazia parte da sociedade na época: correntes migratórias estrangeiras (que se reduzem significativamente a partir da década de 30) e, principalmente, migrações internas no país (grande parte representada por pessoas provenientes do nordeste, que foram expulsos de suas terras pela reorganização da produção açucareira e pela seca) traziam consigo novas configurações linguísticas chamadas pejorativamente de “estrangeirismos” e variações dialetais. Os filhos dos imigrantes estrangeiros, por exemplo, tiveram sua ascendência considerada como “etiologia de distúrbios”, e as manifestações dialetais eram vistas como desvios (Silveira, 1996).

Há como dizer, desse modo, que este esforço de defesa da “língua pátria” e do “bem-falar” (Néto, 1994) pode ter sido uma tentativa de silenciamento das minorias étnicas, linguísticas e culturais no sentido de se *adaptar* a valores de grupos dominantes em expansão no país (Oliveira, 2002). Também há que se considerar o papel privilegiado que a Medicina passou a ocupar principalmente a partir do início do século XX, quando nos avanços do sistema capitalista-industrial: a figura do médico associa-se a ideais de modernidade, cientificidade e moralidade (Silveira, 1996), sendo-lhe conferida uma autoridade especial inclusive na relação que se estabeleceu junto à área da educação nos primeiros movimentos de construção da demanda fonoaudiológica. Isto veio a se refletir, por exemplo, no Parecer 2.013/74 do Conselho Federal de Educação, que considerava a Fonoaudiologia como parte da Foniatria, que, por sua vez, é especialidade eminentemente médica, e cujos objetivos são a avaliação e reabilitação técnica dos distúrbios da comunicação (Silveira, 1996).

A história da Fonoaudiologia, como se pode depreender, está, desde o início das suas práticas e de sua constituição (quando ainda não havia sido institucionalizada como profissão), entrelaçada à própria história da educação no Brasil (Oliveira, 2002). É importante salientar, também, que a sistematização acadêmica da Fonoaudiologia enquanto área de atuação veio somente legitimar o perfil do profissional que já atuara anos antes da regulamentação. Segundo Ferreira (1991 *apud* Oliveira, 2002), antes da institucionalização da Fonoaudiologia algumas pessoas já se preocupavam com o “ensinar a falar/escrever” ou com problemas de linguagem oral ou escrita. Isso corrobora a afirmação já muito comentada no campo da Fonoaudiologia de que a profissão não surgiu com a institucionalização do ensino, mas, sim, com a prática que antecedeu a criação dos cursos (Aarão, 2011; Oliveira, 2002).

Já cientes do contexto histórico-político que envolveu o que se pode chamar de primórdios da Fonoaudiologia, voltemos, então, a falar do que é considerado por Oliveira (2002) o marco fundador do discurso fonoaudiológico – o estudo intitulado “Vícios e Defeitos na Fala das Crianças dos Parques Infantis” (1937). Neste trabalho, era enfatizado que, tanto na pesquisa quanto nos pioneiros laboratórios de fonética e acústica, o profissional que deveria atuar junto às crianças nas questões de alteração de fala deveria ser um *professor especializado*, em uma cooperação entre saberes da Medicina e da Educação (Oliveira, 2002; Silveira, 1996).

Segundo Oliveira (2002), a demanda da correção dos vícios de fala não seria, assim, nem só do médico e nem só do professor; ela perpassaria os dois saberes, no sentido em que pressupunha a atuação junto a alunos diferentes dos demais (enquadrados como “anormais”). Caberia ao médico medir e remover as lesões, ao passo que, aos professores, caberia restaurar a funcionalidade por meio da ginástica especializada de órgãos fonoarticulatórios (Silveira, 1996).

Os aportes teóricos da Medicina, da Linguística e da Psicologia deram origem a uma área de atuação que flutua, desde as suas concepções iniciais, entre o cuidado com a saúde e a abordagem pedagógica, no trânsito entre o diagnóstico (com ênfase no binômio saúde-doença) e a correção (no sentido pedagógico). Ocorre que, conforme Silveira (1996), “nas artes do falar, do dizer, do comunicar, da inteligência e da linguagem, a fala do médico se superpôs à fala do educador”: o título de *ortofonista* ou de *audiologista*, dado aos professores que se especializavam em cursos informais, com base em estudos e técnicas de diversos materiais estrangeiros a partir da década de 40, era mais valorizado socialmente pela proximidade da experiência com a área da saúde (Aarão, 2011). Configurou-se um novo campo de conhecimento a partir da fronteira entre as áreas médica e educacional, mas, em virtude da autorização social privilegiada de que gozava (e ainda goza) a ciência médica, a Fonoaudiologia ficou subordinada durante um longo tempo à Medicina como mera executora de suas orientações (Silveira, 1996).

Silveira (1996) ainda atenta para a posição – política, social e clínica – dos primeiros estudos na detecção de desvios na voz e na fala. A autora entende que uma visão médica, organicista e fonética embasa estes escritos iniciais, encarando-se qualquer variação como desvio, como doença a ser tratada e corrigida. Uma forte preocupação técnica e curativa na formação dos profissionais que lidavam com desvios na voz e na fala – com grades curriculares de forte orientação médica, voltadas para o ensino de anatomia, cirurgia plástica,

neurologia, endocrinologia, otorrinolaringologia, psiquiatria<sup>10</sup> etc. – marcou o início das práticas profissionais. Isso pode ser observado não só nas fontes documentais da profissão como também nas concepções de senso comum, tendo em vista que a Fonoaudiologia é, até hoje, considerada por muitos como uma profissão que “reabilita” pessoas com questões de linguagem, ou mesmo como a área da saúde que “ensina” pessoas a falar.

Nesse sentido, propomos um adendo para um breve relato pessoal: percebemos (em especial a mestranda que ora escreve, em sua trajetória paralela como graduanda) no curso de graduação em Fonoaudiologia da UFRJ uma estrutura – organização de espaço físico, grade curricular e conteúdos de aula – ainda muito arraigada no saber médico. A começar pela sua disposição institucional dentro da Universidade: o curso de Fonoaudiologia da UFRJ é pertencente à Faculdade de Medicina dessa universidade<sup>11</sup>, sendo a grande maioria das aulas ministradas, no que se refere ao início do curso, no Centro de Ciências da Saúde, e, em seguida, no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF). Observamos, inclusive, que na apresentação do curso de Fonoaudiologia constante no website da Faculdade de Medicina, há uma citação em destaque cujo conteúdo basicamente refere que “ser fonoaudiólogo [...] é principalmente *prevenir* alterações, *tratar* e *reabilitar* a capacidade do homem manter-se em evolução.”<sup>12</sup> Nota-se, assim, que palavras-chave do discurso médico como prevenção, tratamento e reabilitação (signos que aludem à possível existência de uma patologia futura, passada ou em evolução) se apresentam, também, como guias da prática fonoaudiológica de acordo com a apresentação desse curso universitário.

A influência das ciências médicas nas “origens” da Fonoaudiologia mostra sua relevância na estruturação deste curso também no que se refere à grade curricular vigente até o corrente ano (2018). Algumas das matérias<sup>13</sup> dos primeiros três semestres podem ilustrar esta relação Medicina e Fonoaudiologia: Morfologia básica, Fisiologia e Biofísica, Neurobiologia, Psicologia Geral, Saúde e Sociedade, Bases Morfológicas do Aparelho Fonoarticular, Bases Morfológicas dos Sistemas Sensoriais, Genética para a Fonoaudiologia, Acústica para a Fonoaudiologia, Informação em Saúde, Bioquímica, Patologia Geral,

---

<sup>10</sup> Estas são algumas das matérias dos primórdios da grade curricular do curso de Terapia da Palavra, do Instituto Henry Dunant, que funcionou de 1963 a 1971 no estado do Rio de Janeiro. A estrutura curricular, porém, sofreu várias modificações no seu conteúdo e na sua duração – quatro anos, inicialmente (Silveira, 1996).

<sup>11</sup> Informação constante no próprio site da faculdade de Medicina (UFRJ): <http://www.medicina.ufrj.br/> (Graduação > Cursos > Informações sobre os cursos > Curso de Fonoaudiologia).

<sup>12</sup> [http://www.medicina.ufrj.br/colchoes.php?id\\_colchao=276](http://www.medicina.ufrj.br/colchoes.php?id_colchao=276) (referenciado à Fonoaudióloga Luciana Domingues)

<sup>13</sup> Conteúdo da grade curricular do curso de Fonoaudiologia da Faculdade de Medicina da UFRJ: [http://www.medicina.ufrj.br/colchoes.php?id\\_colchao=64](http://www.medicina.ufrj.br/colchoes.php?id_colchao=64)

Neurologia para a Fonoaudiologia, Ortodontia para a Fonoaudiologia, Audiologia e Funções do Sistema Estomatognático. As exceções à estrutura biomédica se dão unicamente nas matérias de Fonética e Fonologia, Ética em Fonoaudiologia, Sociolinguística e Sintaxe, nas quais há, evidentemente, uma preocupação maior com questões de linguagem ou próprias da atividade fonoaudiológica como um todo.

Constatamos também que o estudo da atuação fonoaudiológica na área da voz se inicia na disciplina “Transtornos da Voz I, o que demonstra, de algum modo, a preocupação com o “transtorno” (ou com o que “não é normal”; com o desvio) como foco de atenção privilegiada, pelo menos no que se refere à voz, no âmbito da graduação. Há que se salientar que as diretrizes médicas presentes em cursos de formação como o da UFRJ certamente exercem influência, em maior ou menor nível, nas relações dos futuros profissionais com as pessoas sob acolhimento fonoaudiológico. Uma vez que os cursos de formação enfatizam a perspectiva técnico-curativa, a prática profissional se reveste predominantemente deste caráter (Silveira, 1996).

Neste sentido, e voltando para o marco fundador do discurso fonoaudiológico, para Oliveira (2002), as propostas de pesquisa apresentadas no I Congresso de Língua Nacional Cantada – em que foi apresentado o estudo de vícios e defeitos na fala de crianças – estavam inseridas em uma tendência que se expandia na época, que era o paradigma interpretativo com base nos referenciais de “normal” e de “patológico”. Isso porque as propostas partiam de uma visão baseada no funcionamento orgânico da fala e determinavam, por meio de um modelo de língua, o que era saudável ou não. A *terapêutica* do professor especializado se daria em função de uma determinada concepção de normalidade. A atuação serviria como uma tentativa de adequação do sujeito a normas de uma língua (ou um modo de falar) previamente definido como correto.

Por conta da perspectiva tecnicista e curativa, as práticas fonoaudiológicas se revestiram, durante muito tempo – e frequentemente ainda se revestem, seja no ensino ou na produção científica –, de estratégias clínicas cuja finalidade seria “proceder à cura de sintomas por meio de técnicas de reabilitação” (Silveira, 1996). Conforme a autora, a Fonoaudiologia foi se configurando como uma “clínica da doença, da patologia” considerando-se um modelo padrão como *norma*: as perspectivas de cura e de prevenção instauram uma “doença da linguagem”. Nesse sentido, a autora reflete sobre normas de linguagem no âmbito escolar, nas quais:

**A escolha de uma norma predominante estabelece-se na tensão das relações de dominação de classe, raça, gênero e valores, determinando a opção de uma norma em detrimento de outras. Trabalhando com uma linguagem padrão, a escola marginaliza os que dela não fazem uso, cerrando espaços para um outro falar, uma outra linguagem, para as diferenças sócio-históricas constitutivas dos diversos padrões de linguagem. (Grifo nosso.)**

Há que se atentar, aqui, para o lugar da *norma* como referencial na Fonoaudiologia. Podemos entender a Fonoaudiologia como uma prática *normatizadora* – no sentido de que práticas terapêuticas da área da saúde, em geral, guardam um referencial de normatização social – e também como uma prática *normatizada*, na medida em que tem na sua constituição a interferência e intervenção de diversos saberes de outros campos teóricos (Silveira, 1996). Porém, há que se considerar que existe um contexto em que se insere e um “custo” a se pagar no que se refere à escolha por uma norma de linguagem padrão. Este “custo” e este contexto de relações sociais transcendem a dimensão individual – a padronização de normas autoriza certos tipos de uso de linguagem a existirem, ao passo que marginaliza outras possibilidades de expressão.

Nesse sentido, cabe questionarmo-nos, como discute Canguilhem, “na medida em que seres vivos se afastam do tipo específico – que podemos considerar, neste contexto, como a *norma* –, serão eles *anormais* que estão colocando em perigo a forma específica, ou serão inventores a caminho de novas formas?” (Canguilhem, 2009, p. 55). Entendemos aqui que a diversidade – seja ela de linguagem, vocal, de gênero, de orientação sexual etc. – é, antes de qualquer coisa, um movimento de inventores. Consideramos, no presente trabalho, que a terapêutica se faz útil justamente para estimular a *criação de outras possibilidades de normas*, considerando-se o desejo subjetivo de cada indivíduo que busca atendimento.

Na área específica da Fonoaudiologia que trata de questões referentes à voz e à fala (fonoterapia), a posição de fronteira entre os saberes médico-educacionais pode ganhar uma certa “lente de aumento” na terapia. As expectativas de *ensinar/aprender* a falar e a se expressar “adequadamente” se entrecruzam com expectativas de *cura* de determinadas patologias ou da funcionalidade de configurações laríngeas.

Oliveira (2002) salienta que, mesmo aproximando-se do campo do saber médico, a Fonoaudiologia também manteve (e ainda mantém) um referencial pedagógico, no sentido de que tratar vícios e “defeitos” da fala pode significar, ainda hoje, “corrigi-los”. De outro lado, a visão biomédica na área da voz pode ser observada diretamente em muitas das fontes bibliográficas que orientam a prática fonoaudiológica na área da voz: livros e artigos sobre produção vocal e clínica fonoaudiológica, em geral, se preocupam fortemente em descrever a

“normalidade” da fonação (com detalhamento sobre suas estruturas anatomofisiológicas) e em descrever e analisar seus aspectos desviantes, como os distúrbios e patologias da voz.

Sendo a terapia vocal nosso objeto mais específico de pesquisa, se faz necessário, nesse momento, adentrar algumas de suas questões mais particulares: em que consistiria a terapia vocal, quem seriam os personagens envolvidos, o que seria oferecido, e como a temática trans se insere (ou é inserida) nesse âmbito de atendimento como parte da demanda por uma “voz adequada”?

## 2.2 A terapia vocal e a busca pela “voz adequada”

O decreto-lei 6.965 de 1981, que regulamentou a profissão da Fonoaudiologia no país, permite identificar quatro áreas de atuação do especialista: voz, fala, audição e linguagem (Silveira, 1996; Guberfain & Becker, 2019). A partir de então, foi da intersecção da Fonoaudiologia com outras áreas do saber (tais como Lingüística, Psicologia, Odontologia e artes – além das matrizes médica e educacional) que surgiram novas especialidades dentro do campo fonoaudiológico.

A Fonoaudiologia contou, até 2104, com sete áreas de atuação especializada, quais eram: audiologia, disfagia, fonoaudiologia educacional, linguagem, motricidade orofacial, saúde coletiva e voz. Naquele ano, durante sua 138ª Sessão Plenária Ordinária, o Conselho Federal do Fonoaudiologia (CFFa) autorizou a consolidação de quatro novas especialidades: a fonoaudiologia do trabalho, a gerontologia, a neuropsicologia e a fonoaudiologia neurofuncional (Conselho Federal de Fonoaudiologia – CFFa, 2014). As especialidades – áreas específicas de atuação – da Fonoaudiologia, porém, não restringem, de fato, o cotidiano das práticas profissionais: o fonoaudiólogo, ainda que sem o título de especialista, recebe (ou deveria receber) uma formação generalista<sup>14</sup>, podendo atuar em qualquer (ou em mais de um) dos campos de especialidades definidos pelo Conselho Federal (CFFa). Alguns dos profissionais com quem conversamos ao longo da pesquisa atuam tanto na área de voz quanto nas áreas de linguagem e saúde coletiva, por exemplo. Mas foquemos, por enquanto, na terapia de voz: quem são as pessoas que buscam esse atendimento e quais são as principais demandas trabalhadas em consultório?

---

<sup>14</sup> Conforme Resolução CNE/CES 5, de 19 de fevereiro de 2002, o curso de graduação em Fonoaudiologia tem como perfil do formando egresso/profissional o Fonoaudiólogo com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no campo clínico-terapêutico e preventivo das práticas fonoaudiológicas.

Segundo Behlau, Gama & Cielo (2014, p. 127), foi na década de 40 que surgiram as primeiras publicações científicas sobre os efeitos da terapia vocal para pacientes disfônicos<sup>15</sup>. O crescimento da área da voz teria sido lento desde então, sendo os trabalhos referentes a esta área clínica caracterizados, em geral, por serem casos descritivos, com opiniões e comentários de especialistas. A partir da década de 80, houve a disseminação do uso de análises perceptivo-auditivas, visuais e acústicas, que levou a especialidade a um patamar de maior “rigor científico” (Behlau, Gama & Cielo, 2014, p. 127). Atualmente, conforme o Conselho Regional de Fonoaudiologia 6 – CREFONO 6 (2018), o trabalho do fonoaudiólogo, no que se refere à área de terapia vocal,

[...] é direcionado à **avaliação, diagnóstico e reabilitação das desordens vocais e aperfeiçoamento estético da comunicação e expressividade da voz**. Do mesmo modo, o profissional atua a fim de atender demandas de **prevenção de patologias vocais**, perícia vocal em requerimentos judiciais, assessoria, consultoria e condicionamento vocal a empresas e profissionais da voz. (Grifo nosso.)

Guberfain & Becker (2019), por sua vez, comentam que seriam competências do profissional da fonoaudiologia da área da voz

[...] **promover, prevenir, avaliar, tratar e orientar questões relacionadas à saúde vocal tanto na modalidade de voz falada como na voz cantada assegurando uma comunicação oral eficiente e uma expressividade contundente**, tanto para a vida privada quanto daqueles que fazem uso profissional da voz; atuar em equipes multidisciplinares nas microcirurgias de laringe. (Grifo nosso.)

Dos trechos citados, podemos observar que, de acordo com o CREFONO 6, o profissional que atua na terapia vocal teria como referência procedimentos em que há evidente influência da área médica (*prevenção, avaliação, diagnóstico e reabilitação de desordens e patologias vocais*), bem como o aperfeiçoamento estético da expressividade e da voz. Já sob a perspectiva de Guberfain & Becker (2019), o objetivo do profissional consistiria, principalmente, no aprimoramento da comunicação oral e de expressividade por meio da *promoção e orientação* em saúde. Ainda que tratem da mesma especialidade da Fonoaudiologia, esta segunda abordagem parece operar um deslocamento da linguagem

---

<sup>15</sup> Consideram-se disfônicos os indivíduos acometidos de disfonia, um distúrbio da comunicação oral no qual a voz não consegue cumprir seu papel básico de transmissão da mensagem verbal e emocional do indivíduo. A disfonia pode se manifestar através de uma série ilimitada de ações, tais como: desvios na qualidade vocal, esforço à emissão, fadiga vocal, perda da potência vocal, variações descontroladas da frequência fundamental, falta de volume e projeção, perda da eficiência vocal, baixa resistência vocal e sensações desagradáveis à emissão (Behlau, 2013, p. 66).



patológica para a do cuidado, na medida em que considera a promoção da saúde vocal como um meio de assegurar uma comunicação oral eficiente.

Nas palavras de Behlau, Gama & Cielo (p. 17), a terapia fonoaudiológica da voz

[...] é um processo que pode ter vários objetivos, tais como conseguir **melhor produção vocal, obter um ajuste laríngeo mais equilibrado e eficiente, reduzir ou eliminar lesões laríngeas, preencher os pré-requisitos para um uso profissional específico ou desenvolver uma produção alternativa**, como nos casos de reabilitação vocal após câncer de laringe. Assim, a área da voz é de natureza heterogênea, uma das razões que contribui para o cenário amplo das opções de tratamento vocal. (Grifo nosso.)

A área de atuação em cuidado vocal é, de fato, extremamente heterogênea, principalmente em razão das variadas demandas que chegam até o atendimento. Em linhas gerais, as pessoas que buscam atendimento fonoaudiológico se dividem entre: profissionais que trabalham diretamente com o uso da voz (professores, cantores, atores, locutores, repórteres etc.); pessoas que, embora não sejam profissionais da voz, apresentam algum tipo de alteração vocal contínua (rouquidão, sopro, tremor etc.); pessoas que apresentam alguma lesão laríngea (como pacientes com câncer de laringe e/ou com paralisia de prega vocal) ou alguma alteração na produção vocal por doença neurológica subjacente (portadores de doença de Parkinson, esclerose múltipla, esclerose lateral amiotrófica etc.); e pessoas que, por motivos diversos, trazem angústias em relação à sua expressividade nas atividades sociais cotidianas ou em situações em que há necessidade de “falar em público”.

É nessa última categoria que podemos incluir a emergente (e crescente) demanda fonoaudiológica que move o presente estudo, qual seja a busca de pessoas trans pelo processo de “readequação” vocal ao seu gênero. De acordo com Behlau (2013, p. 67), haveria uma “disfonia do transexualismo”, na qual não se encontrariam alterações estruturais ou funcionais na laringe do paciente, mas, de acordo com sua própria avaliação, poder-se-ia identificar uma perturbação na fonação.

Pouco se escreve e se fala sobre o tema, principalmente no Brasil. Em mais de dois anos de pesquisa, raras foram as vezes em que professores ou pesquisadores em ciências humanas, saúde em geral ou da própria fonoaudiologia não se surpreenderam com a ideia de uma pesquisa sobre voz e transexualidade. A surpresa diante do tema guarda, além de outros possíveis motivos, no mínimo uma explicação plausível: praticamente não há, tanto na formação profissional quanto na literatura própria da Fonoaudiologia, discussões sobre gênero e sexualidade(s). Tanto é que a presente ideia de pesquisa gerou reações diversas em

colegas (e em alguns professores) da pesquisadora, que variaram desde o desinteresse até uma certa “curiosidade pelo exótico”.

A exploração da temática voz e (trans)gênero é parca tanto na literatura biomédica em geral quanto na Fonoaudiologia, em particular. Além da pesquisa bibliográfica por meios diversas durante o mestrado, fizemos uma breve busca no site da BVS<sup>16</sup> (Biblioteca Virtual em Saúde), que pode ilustrar a carência de fontes científicas sobre o assunto. Utilizando-nos dos descritores “VOICE” e (and) “TRANS”, buscamos abarcar todos os denominadores possíveis para transexualidade – transgender, transexualism, transexual, trans – conjuntamente com o termo “voz”. A busca gerou um total de 84 resultados, sendo que, destes, somente 12 versavam efetivamente sobre voz trans (anexo B). A análise da pertinência ou não em relação à temática foi investigada por meio da leitura dos títulos e resumos dos artigos científicos encontrados. Muitos, no entanto, foram lidos em sua integralidade. A diversidade de temas que não são atinentes ao recorte de voz e transexualidade encampou cirurgias orais (“trans orais”), paralisia de pregas vocais, estudos vocais envolvendo procedimentos de laringectomia etc.

Dentre as referências encontradas ao longo da presente pesquisa de mestrado, podemos extrair algumas observações comuns: a pressuposição de uma possível angústia de pessoas trans em relação à própria voz; a possibilidade de realização de terapia fonoaudiológica (comumente associada ao uso de hormônios) para “readequação vocal”; e a frequência vocal, a ressonância e fatores paralinguísticos como alguns dos fatores de maior influência na identificação de gênero por meio da voz.

De acordo com Mastronikolis *et al.* (2013, p. 519), a voz constituiria a principal característica da identidade humana. Conforme Mullennix *et al.* (1995, p. 3080), ouvintes poderiam identificar o gênero da pessoa que fala com grande precisão e “sem muitos problemas” – mesmo em relação a vozes não familiares a nós, teríamos a capacidade de identificar impressões bastante consistentes sobre a pessoa falante, tais como informações acerca do peso, idade, da altura, do gênero etc. Os autores ressaltam que tais impressões logicamente advêm de experiências anteriores do ouvinte, ou seja, surgem de um exercício mnemônico na identificação de padrões vocais em relação a atributos pessoais.

Nesse sentido, embora seja considerada uma característica sexual secundária, a voz pode caracterizar um importante marcador de gênero. Isso porque alguns aspectos específicos da voz (e da comunicação, em geral) como frequência vocal, entonação, intensidade, nível de

---

<sup>16</sup> Pesquisa realizada no site <http://bvsaud.org/> em 24 de novembro de 2017.

fadiga vocal, ressonância, (modo de) articulação, velocidade articulatória, gestual<sup>17</sup> e comunicação não-verbal estariam intimamente relacionados com a identificação do gênero do indivíduo que fala (Schneider & Courey, 2016, p. 161).

A hipótese presente em todos os artigos lidos durante a presente pesquisa é de que, em razão de ser a voz um importante marcador de gênero, das pessoas que procuram atendimento de fonoaudiólogos<sup>18</sup>, algumas são pessoas trans (Gelfer & Tice, 2013, p. 335), tendo em vista que pessoas em transição de gênero podem sentir que sua voz está “traindo” o seu “verdadeiro eu”<sup>19</sup> (Hancock & Garabedian, 2013, p. 54). Notamos muito presente na literatura médica também a pressuposição da existência de um sofrimento relacionado às características vocais de pessoas trans: conforme Mastronikolis *et al.* (2013, p. 519), a discrepância entre a voz e a aparência causaria constrangimento e sofrimento psíquico em pessoas trans, constituindo, dessa forma, o principal obstáculo para completar a “aceitação social” depois de uma cirurgia de “redefinição sexual” em mulheres trans. Nesse mesmo sentido, as autoras Hancock & Garabedian (2013) ressaltam que a voz frequentemente representa o “último aspecto” que não apresentaria coerência com o “gênero autêntico” da pessoa trans, motivo pelo qual há a busca por serviços de terapia vocal.

Notamos, de início, uma evidente tendência à ênfase no estudo de mulheres trans (chamadas, nos textos em inglês, de *male-to-female* ou MTF), em prejuízo da experiência de homens trans. A principal hipótese para este foco de estudo talvez seja a ideia muito difundida de que homens trans não teriam maiores problemas em relação à sua própria voz, na medida em que a hormonioterapia por si só teria um efeito vocal de abaixamento da frequência fundamental, e, com isso, a demanda clínica não seria tão significativa quanto a busca por “readequação” vocal de mulheres trans. Conforme veremos mais adiante, tal hipótese é controversa: já há estudos que questionam esta ideia sobre a voz de homens trans, e, nas entrevistas realizadas, constatamos pontos de vista um pouco diversos sobre os efeitos vocais da hormonioterapia.

A maioria dos artigos lidos indica uma maior busca de *mulheres trans* por auxílio clínico em razão do desejo de alcançar uma voz mais apropriada ao seu gênero (Hancock *et*

---

<sup>17</sup> Os autores utilizam o termo “language” neste contexto. Porém, entendemos que, da maneira como estão elencados na frase aspectos comunicativos de linguagem, o termo “language” parece ser utilizado no sentido de “gestual”. Não concebemos, aqui, linguagem como um sinônimo de comunicação não-verbal, motivo pelo qual apostamos na tradução livre do termo utilizado para “gestual” (Schneider & Courey, 2016).

<sup>18</sup> Tradução livre. Gelfer & Tice (2012, p. 335), Hancock & Garabedian (2013, p. 54) e diversos outros autores utilizam o termo *speech-language pathologists*.

<sup>19</sup> Tradução livre para o termo “genuine self” (Hancock & Garabedian, 2013, p. 54).

*al.*, 2011, p. 553), relatando-se a demanda por uma voz “feminina” nos consultórios e serviços de atendimento de terapia vocal. Hancock & Garabedian (2013, p. 55) sustentam que são especialmente as pessoas em transição *male-to-female* (mulheres trans) que relatam dificuldades de serem percebidas socialmente pelo seu gênero, principalmente quando elas falam ao telefone ou em outros contextos comunicativos em que há grande dependência dos canais auditivos. McNeill *et al.* (2008, p. 729), em estudo com 12 participantes trans, identificaram que as principais situações de desconforto vocal<sup>20</sup> relatadas foram falar ao telefone, tossir e rir, sendo outros contextos como falar alto, cantar, falar em uma língua estrangeira e situações de estresse em geral também aludidos por alguns/algumas participantes. Segundo Mastronikolis *et al.* (2013, p. 516), o desejo de mulheres trans em relação à voz teria como referência uma produção vocal “naturalmente feminina”, no lugar da manutenção de um esforço contínuo para “soarem femininas”.

Nesse sentido, Gelfer & Tice (2013, p. 336) advertem que masculinidade ou feminilidade vocal não necessariamente indica a identificação de gênero do indivíduo que fala: uma voz considerada como “muito feminina” pode ser identificada como sendo produzida por um falante do gênero masculino – como um homem (cisgênero) com um estilo de falar “muito feminino” – e vice-versa. As autoras observam que *masculinidade* e *feminilidade* parecem ser construções psicológicas que, ainda que certamente relacionadas à identificação do gênero do(a) falante, não se confundiriam em todos os casos com a categorização perceptiva de “homem” ou “mulher” em relação a quem está falando. Assim, além de os ajustes no esforço vocal ocasionalmente levarem à ocorrência de patologias vocais orgânicas e funcionais (Mastronikolis *et al.*, 2013, p. 516), as compensações acústicas de frequência e ressonância poderiam levar a um modo de “soar” que não indica a voz de “uma mulher cisgênero”, mas sim de “alguém que produz uma voz feminina”.

Segundo Schneider & Courey (2016, p. 161), há muitos recursos que podem ajudar pessoas trans a identificar características de comunicação passíveis de serem direcionadas ao desenvolvimento de um estilo de comunicação mais específico para cada gênero. Profissionais especializados em técnica vocal, professores de canto e de teatro, e especialmente fonoaudiólogos (ou *speech therapists*) podem auxiliar na busca por eficiência e saúde vocal por meio da fonoterapia ou terapia vocal, o que pode ser complementado pelo atendimento médico de (otorrino)laringologistas (Schneider & Courey, 2016, p. 161-162).

---

<sup>20</sup> Tradução livre para a expressão “situations where they felt their voice let them down”.

Conforme já pontuado no capítulo inicial da presente dissertação, é noção comum da na área biomédica que a frequência fundamental da voz de um homem não trans adulto apresenta, em termos gerais, uma diferença média de 90Hz (noventa Hertz)<sup>21</sup> em relação à frequência vocal de uma mulher não trans adulta. Podemos dizer que este é o motivo principal pelo qual a frequência vocal é o aspecto possivelmente mais elaborado na terapia vocal – a voz “mais aguda” e a voz “mais grave” são capazes de produzir, por si, sentidos de gênero na produção vocal. Hancock & Garabedian (2013, p. 54) sustentam que a frequência fundamental e a ressonância da voz são as características mais trabalhadas na terapia fonoaudiológica, tendo em vista que a combinação entre estes dois aspectos vocais contribui de maneira relevante para o modo como os interlocutores percebem o gênero da pessoa que está falando. Enquanto o uso da frequência vocal alta tem mostrado resultados na busca por uma voz mais “feminina”, a ressonância se apresenta como uma característica vocal que contribui para a percepção do gênero do(a) falante – isso porque presumir-se-ia, em geral, que as diferentes ressonâncias estariam correlacionadas a diferentes características anatômicas de homens e de mulheres.

Entretanto, em diversos estudos também são destacados os aspectos não-verbais da comunicação como modalidades a serem trabalhadas na terapia (Hancock *et al.*, 2011, p. 553). McNeill *et al.* (2008, p. 727) fazem referência a comportamentos paralinguísticos (elementos prosódicos, de entonação, rítmicos etc.) como parte da terapia vocal, juntamente à busca por parâmetros de frequência “apropriados” ao gênero da pessoa trans. Mastronikolis *et al.* (2013, p. 516) entendem que a terapia vocal pode ser eficiente no aumento da frequência funcional e na “feminização” tanto da voz quanto do *comportamento vocal*<sup>22</sup> por meio de modificações na respiração, entonação, articulação, na *escolha de palavras*<sup>23</sup> e nas inflexões. Em conversas com fonoaudiólogos, também observamos a presença da preocupação com o gestual e com a expressão corporal, como um todo, no trabalho fonoaudiológico de “readequação vocal”, o que será mais demoradamente explanado no último capítulo desta dissertação.

Não é exatamente uma novidade nos estudos sobre terapia vocal que, na atenção à voz, a expressividade do indivíduo falante deve ser considerada como um todo, como um

---

<sup>21</sup> Conforme Behlau (2013, p. 62), a frequência fundamental de homens adultos cisgênero seria de 113 Hertz (Hz), enquanto que em mulheres adultas cisgênero a média seria de 204 Hertz (Hz).

<sup>22</sup> Tradução livre para “vocal behavior”.

<sup>23</sup> Tradução livre para “word choice”.

conjunto de aspectos que vão desde as características anatômicas até as intenções comunicativas presentes na fala. Sobre o trabalho corporal na terapia vocal, Calvente & Lopes (2002, p. 31) ressaltam a impossibilidade de se separar corpo e voz, sustentando que a pesquisa sobre a qualidade dos movimentos, o trabalho com o eixo corporal e apoios, o desenvolvimento das possibilidades de associação e dissociação dos movimentos e a busca de uma movimentação *harmônica e criativa* são recursos que muito contribuem na terapia da voz. Neste aspecto, ressalta-se a harmonização da postura, a coordenação da respiração com a fala, a movimentação do corpo junto a exercícios vocais e a conscientização de eventuais tensões corporais como aspectos possíveis de serem observados e trabalhados em terapia.

Segundo Guedes (2005, p. 75), não é possível trabalhar com a expressividade sem considerar o uso de gestos<sup>24</sup>, a expressão facial e a postura corporal – o corpo, em conjunto com a voz, a postura, a expressão facial e o olhar são responsáveis por importantes formas de comunicação. O domínio corporal e a integração corpo-voz podem influenciar muito positivamente na expressão de quem busca terapia vocal, proporcionando por vezes uma “unidade” que chega para atendimento segmentada – a integração corpo-voz abre novas possibilidades para a expressão global do indivíduo (Calvente & Lopes, 2002, p. 32). Consideramos, portanto, a preocupação com a expressão corporal e com a intenção comunicativa um importante aspecto a ser observado no processo de “readequação” vocal.

Assim, o papel do(da) terapeuta vocal, em alguns momentos, parece-nos estar relacionado não apenas às características vocais em si mesmas, mas, também, ao discurso, à escolha de palavras e ao gestual da pessoa que busca o atendimento. Isso pode indicar não só uma conjunção entre corpo, voz e discurso na performance do gênero – considerando-se, em última instância, tanto o corpo quanto a voz como atos performativos –, mas também pode apontar para uma abrangência terapêutica instigante do ponto de vista do cuidado em saúde. A terapia da voz não trataria “somente” da produção vocal: a preocupação clínica com o indivíduo acompanharia integralmente os desejos de novas possibilidades de expressão corporal, e, ao mesmo tempo, perpassaria a tensão que paira sobre a reiteração de estereótipos de gênero feminino/masculino na linguagem oral e gestual.

Na obra *Language and Woman's Place*, Robin Lakoff (1975) inaugura, no âmbito da sociolinguística, a noção de uma "linguagem das mulheres" (WL - *women's language*), a partir da observação de traços linguísticos específicos do discurso feminino. Nos Estados Unidos, a WL se caracterizaria, entre outros aspectos, pelo uso de formas indiretas e mais

---

<sup>24</sup> Conforme Guedes (2005, p. 76), são considerados gestos os movimentos realizados pelas mãos e braços que acompanham o ato de fala.

polidas no discurso, pela busca por evitar termos tidos como rudes ou "palavrões", pela entonação ascendente em sentenças declarativas, pela escolha privilegiada de determinadas palavras no vocabulário trivial, e pela adição de *tag questions* (interrogação suplementar) a frases sobre cuja validade a falante não necessitaria de confirmação (e.g. "está uma linda noite, *não é?*"). Além disso, outras características como uma voz mais soprosa do que a voz masculina, uma comunicação com maior expressão de gestual, um cuidado maior no uso das regras gramaticais, e um estilo de comunicação "menos competitivo e mais colaborativo" caracterizariam a linguagem feminina (Cameron & Kulick, 2003, p. 49).

Todas as características citadas têm em comum a tendência a reduzir a força dos enunciados, fazendo com que a falante (no caso, do gênero feminino) soe menos assertiva, menos confiante, possua menos autoridade e poder do que poderia (Cameron & Kulick, 2003, p. 48). Pode-se perceber, também, um "efeito erótico" na linguagem feminina: muitas das características do "modo de falar feminino" indicam a posição de alguém que deve agradar o interlocutor, como o sorriso presente durante a fala. A partir dessas análises, Lakoff (1975) relaciona as marcas linguísticas femininas com uma impotência simbólica; uma minimização de poder da mulher, ou seja, traz à baila uma discussão entre gênero, linguagem, estereótipos e poder.

No que se refere à linguagem, ao discurso e à produção da voz no processo de "readequação vocal" em mulheres trans, há estudos atuais norte-americanos que têm como referência as primeiras contribuições de Robin Lakoff acerca da *women's language* (Cameron & Kulick, 2003, p. 52). Frequentemente, há um aconselhamento à mulher trans pelos profissionais da saúde (*speech therapists*) no sentido de adotar características femininas presentes na *women's language*, como o objetivo de "readequear" sua performance de gênero (Cameron & Kulick, 2003, p. 52). Stevens (1990, p. 76 *apud* Cameron & Kulick, 2003, p. 53) aponta ajustes vocais como a fonação em sorriso<sup>25</sup> para que a produção vocal soe "mais feminina" – as mulheres intensificariam a motricidade oral durante a fala, e produziriam uma sensação mais "acolhedora e animada" em uma expressão de sorriso e maior movimento facial.

É evidente que o trabalho em terapia que inclui novas formas e possibilidades de expressividade não é uma exclusividade da fonoterapia junto a pessoas trans. Estudos como o de Guedes (2005), que investigam a linguagem por meio dos gestos e expressões, ressaltam a importância, para a terapia, de se considerar o corpo em movimento: segundo a autora, o

---

<sup>25</sup> Tradução livre para a expressão "talking with a smile".

sorriso seria um sinal comunicativo ligado a condições positivas; o olhar seria um meio de expressar afeto; e a combinação de ambos (sorrir e olhar) configuraria o comportamento não-verbal que pode ser “modificado” em terapia.

Porém, se por um lado o trabalho fonoaudiológico (ou de terapia vocal, em geral) pode ser um importante meio de afirmação de gênero no que se refere ao cuidado integral em saúde, à consciência e aos ajustes corporais e vocais no atendimento a pessoas trans, as técnicas de “readequação vocal” também podem representar uma forte reafirmação de estereótipos de gênero (principalmente os femininos). Se, como aponta Butler (2003), a coerência interna do gênero e da estrutura binária de sexo e gênero são ficções reguladoras que consolidam e naturalizam regimes de poder, haveria na linguagem oral e gestual, no sentido apontado por Lakoff (1975), pistas que falam da subordinação a um sistema de gênero opressivo, especialmente no que se refere à figura da mulher.

É evidente que a terapêutica fonoaudiológica, no que se refere à voz trans, busca uma diminuição de eventual desconforto em relação a uma voz que, ao não corresponder a uma “norma” de gênero, pode gerar angústia e discriminação. Para isso, são fundamentais conhecimentos específicos de funcionamento do corpo e da voz (dos corpos e das vozes) enquanto objeto de intervenção terapêutica. Porém, acreditamos, nesta pesquisa, que, para além da avaliação, diagnóstico e tratamento de questões e patologias vocais, e para além, também, da busca por uma expressividade eficiente, o papel do(a) fonoaudiólogo(a) também deve envolver a compreensão dos estados de “normalidade” e “patologia” (ou “típicos” e “atípicos”) como processos que se constroem em função de um determinado contexto histórico e social.

Considerar os mecanismos que tornam algumas características “normais” e outras “desviantes” faz, também, parte importante do atendimento à saúde: entender certos processos do corpo (e da voz) que chegam para a clínica em correlação com o meio social e o contexto histórico em que se localiza a demanda pode ser considerada uma das formas de enxergar a pessoa que busca atendimento pra além da sua queixa. Mais do que isso: é no olhar que se expande à demanda apresentada pelo(pela) paciente que podemos descobrir pistas sobre origens e possíveis direções clínicas em relação à própria queixa – no caso, vocal e de expressividade – apresentada ao profissional da saúde.

Emprestando-nos de ideias de Canguilhem (2009, p. 56), podemos dizer que é justamente a relação entre o ser vivo e o meio em que ele se encontra que permitirá estabelecer se eles são ou não “normais” um para o outro. É nesse sentido que se faz



importante compreender a pessoa que busca atendimento (fonoaudiológico, neste caso) como alguém que se relaciona e se “constrói” como sujeito no mundo em contextos específicos, com normas sociais também específicas, sendo suas limitações e possíveis queixas – em relação à expressividade e à voz – inseparáveis de suas experiências sociais.

### 2.3 A Fonoaudiologia e o Processo Transexualizador no Brasil

No processo de afirmação de gênero de pessoas trans, e particularmente na demanda de “readequação vocal”, a clínica se encontra no lugar de prover respostas também a uma problemática de ordem social. Expliquemos: as queixas vocais de pessoas trans, no que se refere à feminização ou masculinização, bem como a ideia de uma voz “inadequada”, remetem a um mecanismo de discriminação daquilo que não corresponde às normas sociais de gênero. Tais normas, por sua vez, legitimam determinados comportamentos e atributos físicos como masculinos, e outros como femininos. Especialmente no que se refere às mulheres trans, podemos refletir que as questões de voz, de expressividade e de linguagem (que podem ou não ser abordadas na terapia fonoaudiológica) em geral podem se direcionar à manutenção de uma hierarquia de gênero, que reforça a ideia do feminino como algo “menos assertivo”, ou “menos potente”.

Entretanto, tanto do ponto de vista da demanda de pessoas pela “readequação vocal”, quanto do ponto de vista dos profissionais neste tipo de terapia fonoaudiológica, há uma evidente busca, por parte de todos os atores envolvidos, pela diminuição de um desconforto ou sofrimento *individual*, ainda que a gênese da condição que gera esse desconforto e sofrimento seja de ordem social. A construção de um corpo generificado e a reiteração de performances de gênero, ainda que possa indiretamente contribuir para a reprodução de hierarquias, não deslegitima a demanda das pessoas trans e a busca dos/as fonoaudiólogos, como profissionais da saúde, por diminuir esse sofrimento.

É inquestionável o valor de terapias que permitem, de alguma forma atenuar a angústia e possivelmente o nível de discriminação e violência sofridos por pessoas trans nas suas interações sociais. Isso se torna ainda mais relevante quando nos deparamos com a realidade brasileira no âmbito do cuidado à saúde da pessoa que se localiza “fora” dos padrões heteronormativos: são diversos os problemas enfrentados pela população LGBT no que se refere ao acesso a serviços de saúde. Conforme Mello, Perilo e Braz (2011), no que tange à situação das pessoas trans a questão é ainda mais frágil, não só por muitas vezes

demandarem atendimento especializado (como alterações corporais associadas ao uso de hormônios e silicone), mas também pela intensidade da transfobia (ligada ao estigma e à discriminação).

É claro que, conforme já comentamos anteriormente, nem sempre e nem todas as pessoas trans buscam por modificações corporais. Por óbvio, há grande diversidade de desejos e de decisões em relação a mudanças do próprio corpo entre pessoas trans, assim como as há em pessoas não trans em diversos outros aspectos. Entretanto, podemos considerar que as modificações corporais, em sentido amplo, são parte importante do processo de afirmação de gênero de muitas pessoas trans. Nesse sentido, Almeida & Murta (2013, p. 388) entendem que

[...] embora para muitas pessoas que têm uma expressão/identidade de gênero distinta da atribuída ao gênero que lhes foi imposto ao nascerem (supostamente por sua genitália) não exista a necessidade/desejo de modificações corporais (a partir de tecnologias médicas), para outras tantas, a sua realização é uma necessidade/desejo. **Tal necessidade se expressa em experiências sociais marcadas por intenso sofrimento, interdição aos direitos humanos mais elementares e exclusão, ocorridas muitas vezes desde a infância, e sobretudo pela convicção de que sua vida só é suportável através da construção de corpos o máximo possível em conformidade com a imagem associada ao gênero afirmado.** Assim, para estas pessoas, a diminuição ou a supressão do sofrimento só se torna possível pela realização de modificações corporais e também pelas mudanças de nome e sexo no registro civil original. (Grifo nosso.)

A “readequação vocal”, ainda que isoladamente não constitua uma modificação de estruturas corporais ou uma intervenção médica *strictu sensu*, pode ser considerada uma terapêutica corporal/vocal importante no processo de afirmação (e na expressão) de gênero da pessoa trans. O atendimento fonoaudiológico, ainda que não previsto nas resoluções e portarias de nível nacional<sup>26</sup> que regulamentam o *processo transexualizador* – cujas diretrizes explicitaremos melhor a seguir –, tem tido importante papel na atenção integral à saúde da pessoa trans, principalmente no que se refere aos cuidados com a voz e com a linguagem. Embora a produção de estudos e pesquisas científicas que versam sobre fonoaudiologia e a voz de pessoas trans seja escassa (assunto do qual falaremos mais longamente no Capítulo 3), a realidade não é a mesma no âmbito clínico: nos consultórios de fonoaudiologia é crescente a demanda de transexuais, principalmente de mulheres trans, em

---

<sup>26</sup> Na cidade do Rio de Janeiro, foi instituído, em 22/07/2013, o Programa de Atenção Integral da Saúde da População de Transexuais e Travestis nas unidades de atenção básica e de atenção especializada da rede municipal de saúde. Este programa prevê o encaminhamento para diversas áreas médicas, inclusive para a fonoaudiologia, de demandas específicas de transexuais e travestis (ou de qualquer outro usuário que demande procedimentos para modificações corporais sexuais e/ou esteja vulnerável a riscos decorrentes desses procedimentos com ou sem orientação profissional) (Rio de Janeiro, 2013).

busca da adequação da voz aos padrões sociais estéticos relacionados ao seu gênero (Drummond, 2009).

Importa comentar, nesse contexto, que é perceptível uma ebulição em torno do cuidado fonoaudiológico com relação à transexualidade tanto no âmbito público quanto no âmbito privado, sendo na clínica fonoaudiológica maior a cada ano a demanda pela terapia vocal (Dornelas *et al.*, 2017). Alguns exemplos disso são o Programa de Atenção Integral da Saúde da População de Transexuais e Travestis, que prevê, desde 2013, o encaminhamento a profissionais da fonoaudiologia de demandas específicas de pessoas trans (Rio de Janeiro, 2013), bem como a iniciativa da Universidade Veiga de Almeida (UVA), que, a partir de 2016, passou a abrigar um ambulatório de terapia fonoaudiológica com horários e foco de atendimento em readequação vocal para pessoas trans.

Muitas das pessoas trans que procuram os consultórios e ambulatórios de fonoaudiologia estão passando justamente pelo processo transexualizador, que envolve desde o acesso à hormonioterapia até as cirurgias específicas de redesignação sexual. Lembramos, porém, que, embora seja reconhecida a importância da fonoterapia para a readequação da voz e da fala de transexuais por muitos usuários e profissionais da saúde, a Portaria GM/MS nº 2.803, de 14 de novembro de 2013 não inclui fonoaudiólogos na equipe multiprofissional, ainda que a tireoplastia (cirurgia de redução do “pomo de adão” que visa à feminilização da voz e/ou alongamento das pregas vocais no processo transexualizador) esteja prevista no artigo 13 da portaria citada, contando com cobertura do SUS (Brasil, 2013).

É possível que a terapia fonoaudiológica não represente uma prioridade no conjunto de possibilidades de intervenções clínicas para afirmação de gênero de muitas das pessoas trans. Em conversas informais com fonoaudiólogos e com algumas pessoas trans, observamos que, quando há, as demandas iniciais de modificação e intervenções corporais de pessoas trans são a hormonioterapia e as cirurgias que fazem parte do processo de redesignação de gênero que envolvem algum simbolismo sexual (em geral, genitais ou mamas).

Podemos, brevemente, aventar algumas ideias (provavelmente cumulativas) para a preterição da terapia fonoaudiológica no processo de redesignação de gênero *lato sensu*, bem como propriamente no processo transexualizador. Uma das questões que entendemos como lógicas e centrais nas mudanças corporais na afirmação de gênero é o fato de a diferenciação “sexual” se dar, no nascimento de cada um, em função dos seus “órgãos genitais”. Estes, classificados como masculinos ou femininos, passam por uma erogenização maior do que

outras partes (ou do que a totalidade) do corpo. Abrimos, por esse motivo, parênteses para citar o que Preciado (2014, p. 26) observa criticamente acerca do aparato social de diferenciação sexual:

O sistema heterossexual é um dispositivo social de produção de feminilidade e masculinidade que opera por divisão e fragmentação do corpo: recorta órgãos e gera zonas de alta intensidade sensitiva e motriz (visual, tátil, olfativa...) que depois identifica como centros naturais e anatômicos da diferença sexual.

Os papéis e as práticas sexuais, que naturalmente se atribuem aos gêneros masculino e feminina são um conjunto arbitrário de regulações inscritas nos corpos que asseguram a exploração material de um sexo sobre o outro. A diferença sexual é uma heterodivisão do corpo na qual a simetria não é possível. O processo de criação da diferença sexual é uma operação tecnológica de redução que consiste em extrair determinadas partes da totalidade do corpo e isolá-las para fazer delas significantes sexuais.

Preciado (2014) argumenta que o sexo seria uma tecnologia de dominação heterossocial que reduziria o corpo a zonas erógenas em função de uma distribuição assimétrica de poder entre os gêneros, e que o processo de criação da diferença sexual consistiria na extração e isolamento de determinadas partes do corpo para fazer, delas, significantes sexuais. Assim, certas sensações seriam relacionadas a determinadas reações anatômicas, reduzindo-se os órgãos sexuais aos órgãos reprodutivos em detrimento de uma sexualização do corpo em sua totalidade.

Para além de apresentar um olhar interessante sobre a priorização de determinadas partes do corpo na diferenciação sexual, a crítica de Preciado (2014) à heterodivisão do corpo nos é útil no sentido de reflexão sobre alguns padrões de masculinidade e feminilidade e seus possíveis efeitos de deslocamento na estrutura social. Sendo os órgãos genitais e “sexualizados” o centro da diferenciação sexual de todas as pessoas ao nascer, não é ilógico pensar que os procedimentos que envolvem tais partes do corpo sejam priorizados nos processos de afirmação de gênero de pessoas trans, e que a voz não é uma delas.

Todas as pessoas, trans ou não, fazem “auto-ajustes” vocais a todo o momento. Não é só o conhecimento técnico da fonoaudiologia (ou das especialidades médicas) que serve de guia para ajustes vocais de ressonância, frequência, intensidade e qualidade vocal; a grande maioria das pessoas não adere a nenhum tipo de terapia para usar a voz. No caso específico das pessoas trans, estas adaptações, que acontecem fora do âmbito clínico, muitas vezes, por si só, dão conta da necessidade individual de “normatização” da produção vocal no contexto social. Esta pode ser outra razão para a não priorização da “readequação vocal” com auxílio fonoaudiológico na atenção à saúde trans.

Além disso, como salientam Mastronikolis *et al.* (2013), ainda que no caso de mulheres trans a administração de estrogênio (hormonioterapia) não gere efeitos nas estruturas vocais e laríngeas, no caso de homens trans a terapia com testosterona por si só pode gerar uma diminuição significativa na frequência fundamental da voz. É no mesmo sentido que Schneider *et al.* (2016) aferem que, para 90% dos homens trans, a terapia hormonal (hormônios exógenos), após quatro ou cinco meses de administração, pode levar a uma redução do *pitch* até níveis de frequência de uma voz neutra a masculina – isto é: o tom médio de fala diminui de uma gama feminina (190 a 200 Hz) para uma gama masculina (100 a 140Hz)<sup>27</sup>.

Há que se ressaltar, porém, que não existe consenso quanto à possibilidade de ajuste vocal “automático” ou induzido como efeito da hormonioterapia, por si só, em homens trans. Já há estudos recentes que indicam que homens trans em terapia hormonal com a administração de testosterona podem apresentar diferentes padrões no que se refere à diminuição de frequência da voz: o início e a duração do abaixamento da frequência fundamental parece variar consideravelmente mais do que se pensava, afastando a crença de que os efeitos da testosterona na voz aparecem de forma semelhante em homens trans (Irwig *et al.*, 2017). Há indícios de que até o terceiro mês de administração da hormonioterapia os resultados na voz de homens trans são bastante heterogêneos – alguns não tem nenhuma diminuição da frequência fundamental; outros tem um abaixamento da tonalidade vocal muito expressiva (Irwig *et al.*, 2017). Azul (2015, p. 31) observa que “as mudanças de voz induzidas por testosterona podem não necessariamente corresponder às necessidades e expectativas de todos os homens trans”<sup>28</sup>.

Nos propomos a observar, neste estudo, o processo que acontece quando há, de fato, uma busca pelo atendimento fonoaudiológico na “readequação” vocal.

O *pitch* vocal é um dos grandes marcos especificadores de gênero que aparecem na voz, em cujo escopo homens “tenderiam” a apresentar vozes mais grave em comparação com vozes femininas. Como já expusemos anteriormente, a terapia fonoaudiológica pode se apresentar como uma eficiente ferramenta para aumentar a frequência fundamental e “feminizar” o comportamento vocal, adequando ademais a respiração, entonação, articulação, “escolha de palavras”<sup>29</sup> e inflexões (Mastronikolis *et al.*, 2013) a padrões tidos

---

<sup>27</sup> Tradução livre. Schneider *et al.* (2016).

<sup>28</sup> Tradução livre. Azul (2015).

<sup>29</sup> Tradução livre. Mastronikolis *et al.* (2013).

como femininos. Não obstante, Mastronikolis *et al.* (2013) ressaltam que sons associados ao padrão vocal masculino ainda podem reaparecer em situações de “descontrole” vocal, como no bocejo, na tosse, no espirro e na risada.

O cuidado à saúde trans, em que está inserido o atendimento fonoaudiológico, frequentemente inclui ou administra os efeitos da hormonioterapia e demais procedimentos que fazem parte do processo transexualizador no Brasil. Além disso, a regulamentação de um conjunto de práticas em saúde voltadas para a afirmação de gênero da pessoa trans pode ajudar a explicar a emergência de uma demanda fonoaudiológica de “readequação” vocal. Assim, tendo em vista o contexto de afirmação de gênero em que estão inseridas muitas das pessoas que buscam apoio fonoaudiológico, acreditamos ser necessária, nesse momento, uma breve abordagem sobre o processo transexualizador no Brasil.

O Conselho Federal de Medicina (CFM), por meio da Resolução 1.482/97, aprovou a realização de cirurgia de transgenitalização nos hospitais públicos ou universitários do Brasil, a título experimental, desde que houvesse a observância a determinadas condições, tais como o acompanhamento psiquiátrico da pessoa trans por, no mínimo, dois anos (Arán, Lionço & Murta, 2009, p. 1145). Essa Resolução de 1997 foi posteriormente revogada, em 2002, pela Resolução 1.652 também do Conselho Federal de Medicina (CFM), que, considerando o resultado estético e funcional das neocolpovulvoplastias e de procedimentos complementares, estabeleceu que as cirurgias para adequação do fenótipo masculino para o feminino (*male-to-female*) poderiam ser praticadas em hospitais públicos ou privados, independentemente da relação com atividade de pesquisa (Arán, Murta & Zaidhaft, 2008, p. 71). Os processos de neofaloplastia, faloplastia, metoidioplastia e procedimentos complementares às adaptações *female-to-male* se mantiveram condicionados à prática em hospitais universitários ou públicos com atividade de pesquisa.

Conforme Arán, Lionço & Murta (2009, p. 1146), embora o movimento social de transexuais só tenha se constituído efetivamente em 2005, existem no Brasil, desde 2003, discussões sobre a formulação de políticas inclusivas para toda a população LGBT (lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais), que culminaram nos principais debates sobre a atenção integral a transexuais no Ministério da Saúde. Posteriormente, foi o processo de articulação política entre o governo e movimentos sociais de transexuais que consolidou avanços significativos nas discussões sobre a saúde de transexuais.

Em fevereiro de 2006, na reunião sobre processo transexualizador no SUS, desenvolvida pelo Ministério da Saúde (articulado ao Coletivo Nacional de Transexuais, a profissionais da rede pública de saúde que atuavam com pessoas trans e a pesquisadores que se dedicavam ao tema), foi discutida a questão da transexualidade “para além do pré e pós-operatório” da cirurgia de transgenitalização (Arán, Lionço & Murta, 2009, p. 1146), o que representou importante questão a ser debatida na esfera de atendimento à saúde trans. A cirurgia de transgenitalização, comumente apresentada como tema central na demanda de transexuais, foi problematizada no sentido de não ser consensual entre os transexuais, considerando-se a existência de realidades e de necessidades distintas quanto às intervenções satisfatórias para cada indivíduo (Arán, Lionço & Murta, 2009, p. 1146). Assim, já se mostrava em voga a discussão de uma ampliação e da humanização no atendimento a pessoas trans, de uma forma mais abrangente do que a própria cirurgia de redesignação sexual e considerando-se todo um contexto de discriminação e estigmatização de pessoas trans.

A despeito das resoluções do Conselho Federal de Medicina, foi somente em 2008 que o Processo Transexualizador foi instituído pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria GM/MS nº 1.707, que estabeleceu, juntamente com a Portaria SAS/MS nº 457, de 19 de agosto de 2008, as diretrizes nacionais para o processo transexualizador no Sistema Único de Saúde - SUS, a serem implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Foram, então, regulados, por meio dessas portarias, os procedimentos ambulatoriais e cirúrgicos para a readequação genital em transexuais (Brasil, 2014).

Há que se ressaltar que, muito embora a normatividade legal sobre processo transexualizador e sobre atenção à saúde integral às pessoas trans tenha dado grandes avanços nos últimos oito anos – como consequência de articulações políticas entre movimentos sociais e entidades governamentais –, os requisitos para o início do tratamento de redesignação sexual ainda podem gerar intensas discussões e divergências, em especial no que se refere à necessidade de diagnóstico de “transexualismo” (como categoria nosológica). A exigência do diagnóstico como condição de acesso ao tratamento já, há alguns anos, vem sendo continuamente problematizada, por meio de contribuições do campo da saúde coletiva, da bioética e das ciências sociais (Arán, Lionço & Murta, 2009, p. 1145).

O diagnóstico de transtorno de identidade de gênero é, ao mesmo tempo, condição de acesso à assistência médica e jurídica e também um vetor de patologização e de estigma às pessoas trans, tendo em vista que atribui uma patologia a um paciente sem questionar os

motivos históricos e políticas dessa psiquiatrização (Arán, Lionço & Murta, 2009, p. 1142). Além disso, a definição patologizante da transexualidade reitera as interpretações normativas sobre o gênero masculino e o feminino de nossa sociedade, construindo uma tendência à patologização de “condutas desviantes” a partir das supostas “verdades” de cada sexo (Arán, Lionço & Murta, 2009, p. 1148).

Sustentamos aqui que o diagnóstico não deva ser tomado como “verdade” incontestável, e que não deva ser considerado acriticamente, na medida em que a própria constituição do fenômeno trans se faz na resistência (ou na “inquietação”) em relação às normas de gênero. Isto é: só se pode diagnosticar uma pessoa trans como tal porque a normatividade é culturalmente binária, e, por isso, excludente. Vale destacar, nesse sentido, a necessidade da valorização da diversidade, a despeito das regras institucionais de confirmação de diagnósticos, posto que não se pode (e não se deve) esperar de qualquer pessoa, e, portanto, também não de pessoas trans, um comportamento fixo e rígido na adequação às normas de feminilidade e masculinidade. Conforme bem apontam Arán, Lionço & Murta (2009, p. 1142), o acesso aos serviços de saúde para as pessoas trans consiste não apenas no cuidado do processo de saúde-doença, mas, fundamentalmente, numa estratégia de construção de si.



### 3 CAMINHOS CRUZADOS: “READEQUAÇÃO VOCAL” E GÊNERO NA CLÍNICA FONOAUDIOLÓGICA

#### 3.1 O contato com profissionais

[...] a gente não está lidando *só* com uma voz, e não é *só* com um corpo, uma prega vocal. É uma pessoa, que está inserida em um contexto. E por isso temos que ter muito cuidado com o que a gente constrói. É um sujeito... E a linguagem constrói e destrói muita coisa. (Alana Dantas, fonoaudióloga)

[...] mas a transformação não é no transgênero... A transformação tem que acontecer é na sociedade. (João Lopes, fonoaudiólogo)

Passo, neste momento, a falar em primeira pessoa, tendo em vista que a experiência junto aos fonoaudiólogos ocorreu de forma muito particular e pessoal comigo enquanto graduanda de Fonoaudiologia e mestranda em Saúde Coletiva.

Os encontros com os profissionais de fonoaudiologia começaram antes mesmo de iniciar o mestrado. Foi durante a minha graduação em fonoaudiologia (cujo início deu-se na UFRGS-RS) que percebi a possível conexão entre o cuidado da voz e as relações de gênero. Naquela circunstância, com uma escuta muito provavelmente atenta à produção vocal das pessoas, assisti a um documentário sobre a temática trans, o que me fez refletir imediatamente sobre as vozes ali retratadas: vozes que falavam e/ou silenciavam o gênero, que diziam, por si, sobre histórias, vivências e, inclusive, sobre estereótipos; eram, sobretudo, vozes que falavam de trânsitos e de desejos.

Em 2014, tive meu primeiro contato com uma fonoaudióloga que trabalhava junto a pessoas trans em um serviço público de cuidado à saúde integral durante o processo transexualizador. As informações obtidas naquela conversa foram preciosas para que eu tivesse a ideia da presente pesquisa. Naquele encontro, a profissional de saúde (que não será identificada por motivos éticos) explicou de forma geral como ocorria o “tratamento” fonoaudiológico: pessoas trans que estavam passando pelo processo transexualizador, caso apresentassem queixa em relação à sua própria voz, tornavam-se pacientes da fonoaudióloga. Nas sessões, a profissional buscava adequar as vozes (a das mulheres para ficarem mais agudas e as dos homens para ficarem mais graves) e os trejeitos (gestualidade, maneira de sentar e de andar) ao gênero com o qual as/os pacientes se identificavam. Recordo que, ao final do encontro, fui advertida que não havia “grandes questões” a serem estudadas na área do atendimento fonoaudiológico a pessoas trans: seria um tratamento *simples de adequação*,

com efeitos rápidos e sem o retorno das (dos) pacientes à clínica após a fonoterapia. A profissional era uma das candidatas a serem entrevistadas para a presente pesquisa, mas, ao ser procurada por mim para um segundo encontro, já no intuito de colaboração com o presente estudo, não obtive resposta.

O segundo contato que tive com a fonoterapia junto a pessoas trans foi em um encontro que tive com o fonoaudiólogo Dr. João Lopes, doutor em Fonoaudiologia pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC-SP, e professor da UVA – Universidade Veiga de Almeida. Foi João Lopes que, juntamente com alunas (e alunos) bolsistas e demais colegas, pôs em prática um ambulatório de atendimento fonoaudiológico gratuito a pessoas trans na cidade do Rio de Janeiro. Numa tarde de verão de 2016, João, gentilmente, me recebeu em seu ambiente de trabalho, sem que eu houvesse preparado qualquer roteiro de perguntas a serem respondidas ou preparação para gravar, em áudio, encontro. Talvez percebendo uma certa inexperiência de minha parte, João me perguntou discretamente se eu não gostaria de gravar a conversa no celular – o que me “salvou” para, em momento posterior, refletir sobre os assuntos ali discutidos. João contribuiu de diversas formas com a presente pesquisa: além de levar a efeito uma conexão entre voz e (trans)gênero na prática fonoaudiológica, colaborou imensamente contando como surgiu a demanda e o atendimento ao público trans no seu cotidiano como fonoaudiólogo; como ele e sua equipe realizam os atendimentos; quais os objetivos e quais as características vocais almejadas no processo de “readequação vocal” e várias outras questões. Esta entrevista foi gravada e transcrita, com autorização expressa do entrevistado (anexo A). Alguns trechos da conversa serão analisados neste capítulo.

Já no período de finalização do mestrado, entrei em contato com a fonoaudióloga Alana Dantas, mestra em Saúde Coletiva pela UnB, e pesquisadora no “Observatório da Política Nacional da Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais no Sistema Único de Saúde”, do Núcleo de Estudos em Saúde Pública (NESP - UnB). Alana defendeu sua dissertação de mestrado com uma temática que passa por aspectos comuns ao que estudamos aqui (voz, fonoaudiologia e gênero), tendo entrevistado diversas pessoas trans no Brasil com o objetivo de compreender percepções vocais e expressão de gênero. Em virtude do meu interesse e da disponibilidade da fonoaudióloga, nos encontramos, na cidade onde ela atualmente reside, para uma breve entrevista. Alana, de uma maneira muito generosa e sensível, me contou sobre sua experiência como fonoaudióloga e como pesquisadora junto a pessoas trans, e abordou aspectos da terapia fonoaudiológica e algumas de suas convicções

sobre “vozes”, saúde e gênero. Esta entrevista também foi degravada e transcrita, com a autorização da profissional entrevistada (anexo A).

Em janeiro do corrente ano, encontrei novamente o fonoaudiólogo João Lopes para que realizássemos uma entrevista semi-estruturada, já a partir do desenho da pesquisa de mestrado. Novamente, João contribuiu com informações riquíssimas para análise neste estudo. Entretanto, um percalço infeliz gerou a perda da gravação desta segunda entrevista: as ladeiras de Santa Teresa não perdoaram a minha distração ao anoitecer, e no dia seguinte à realização da entrevista meu material de pesquisa foi levado junto da minha bolsa para algum lugar onde não há pesquisa – e, muito provavelmente, para não há o mesmo ensino e nem os privilégios a que tive acesso durante a vida acadêmica. É por este motivo que farei, em alguns momentos, um certo “exercício mnemônico” para recuperar dados que foram comentados por João durante este segundo encontro, sendo inviável a citação de trechos originais das falas.

Há, também, outro aspecto importante que observei durante a presente pesquisa e que acredito ser válido mencionar aqui: de cinco profissionais da fonoaudiologia que trabalham ou trabalharam junto a pessoas trans, selecionados como possíveis candidatos para entrevista, apenas três encontros foram efetivamente realizados – sendo que, destes três encontros, dois foram com um mesmo fonoaudiólogo. Todos os cinco profissionais, porém, foram contatados por mim via e-mail e/ou telefone, nos meses de outubro de 2017 a janeiro de 2018, sem sucesso na maioria dos casos.

Em dois dos casos cuja entrevista não foi possível houve uma resposta positiva nos primeiros contatos para a realização da entrevista comigo. Entretanto, a partir do momento em que foram propostas por mim efetivamente as datas para os encontros, os contatos tornaram-se raros e/ou imprecisos. Pude, então, observar alguns dos efeitos de uma entrada tardia no campo de pesquisa para realizar as entrevistas, que se deu, de um lado, por falta de planejamento de minha parte, e, por outro, em razão de uma demora excessiva para aprovação do projeto no Comitê de Ética e Pesquisa. No meu acesso ao campo de pesquisa, não consegui estabelecer uma relação de suficiente confiança com meus possíveis interlocutores – com exceção dos que foram efetivamente entrevistados –, frequentemente necessária para ter acesso ao conhecimento e experiência dos profissionais da saúde. Pude perceber, também, certa resistência dos profissionais (não entrevistados) em participar de uma pesquisa de mestrado, talvez por um “receio prudente” de que fossem colhidos (e eventualmente interpretados, criticados, ou inclusive replicados), por uma pesquisadora não muito próxima a eles, dados de pacientes e de direções terapêuticas no âmbito da saúde trans.

Utilizo, dessa forma, três entrevistas (sendo duas gravadas) com os dois fonoaudiólogos que se dispuseram a me encontrar no período da pesquisa. As entrevistas serão analisadas a partir de três eixos teóricos, quais sejam: os caminhos de cada profissional até a atuação fonoaudiológica junto a pessoas trans, os caminhos da demanda trans na clínica fonoaudiológica sob o olhar dos profissionais, e as orientações da terapia fonoaudiológica junto a pessoas trans.

### 3.1.1 As trajetórias: encontros entre Fonoaudiologia e transexualidade

As entrevistas se iniciaram como um “bate-papo” curioso de minha parte sobre a formação de cada entrevistado, sempre (me) questionando onde estariam as possíveis intersecções de gênero e voz nos caminhos (pessoais e profissionais) do fonoaudiólogo João e da fonoaudióloga Alana. Logo na primeira pergunta que fiz com o gravador ligado, houve a confirmação, ao menos no caso daqueles profissionais, de uma experiência e observação pessoal minha na Fonoaudiologia: os entrevistados nunca foram expostos, em sua formação, à abordagem de gênero e sexualidade em sala de aula, como alunos. A relação entre fonoaudiologia e voz trans não estariam, portanto, dentro das salas de aula; algo de particular e/ou de fora da formação biomédica “tradicional” da fonoaudiologia poderia explicar a esta relação nos caminhos dos entrevistados.

João e Alana contam com trajetórias profissionais que partem de diferentes origens: ele possui formação em Teatro, e explica que, de certo modo, o contato com personagens e nuances de interpretação sobre masculino e feminino propiciaram um olhar diferenciado e um maior interesse acerca de aspectos de gênero; já Alana explica seu interesse sobre a temática trans a partir da sua curiosidade, desde a infância, sobre transexualidade junto com o contato com uma pessoa trans durante a sua busca por um tema dentro da Saúde Coletiva (área na qual viria a cursar, posteriormente, mestrado).

Quando perguntado sobre a ideia de estudar sobre (e atender) o público trans, João recorda um caminho intimamente relacionado às artes cênicas. Também comenta sobre a equipe de alunas que orienta no ambulatório da UVA – Universidade Veiga de Almeida/RJ, e observa algo sobre diferentes experiências na esfera artística:

[...] É claro que, como eu tenho uma formação em teatro, isso colabora muito... **A gente trabalha com construção vocal, construção do personagem o tempo todo no teatro.**

[...] As meninas que vieram para o estágio comigo (a maioria é menina), você sabe que, por conta da fonoaudiologia, elas têm uma ligação artística... Olha que interessante! Então, **a gente tem cantora, a gente tem atriz, a gente tem pessoas que já passaram por tudo na vida**, e que falaram: “eu tenho que ajudar algumas meninas.” [...] Pra minha sorte, as pessoas que vêm pra mim são maravilhosas, disponíveis, abertas, sem esse padrão de preconceito. Então isso é muito legal pra gente. [...] Mas assim, **as meninas que trabalham com teatro, com música, têm uma disponibilidade muito maior. É muito interessante isso... Como o artista está muito mais livre, mais aberto, né?!** (Grifo nosso)

Talvez seja a partir desta trajetória – ligada à expressão cênica – que se constitua uma das características do atendimento que João realiza junto a pessoas trans: no ambulatório, o fonoaudiólogo busca trabalhar não só a voz das pessoas que fazem fonoterapia, mas, sim, a expressividade do indivíduo como um todo. Corpo, gestual e vocabulário também são aspectos explorados na terapia de “readequação vocal” que João e sua equipe de alunos realizam junto a pessoas trans.

João também explica que, além do seu interesse em relação à temática de gênero e expressividade, houve a “provocação” de uma aluna sua de graduação (em Fonoaudiologia) que despertou a ideia para a formulação de um projeto de atendimento fonoaudiológico a pessoas trans na universidade em que João leciona:

[...] Mas aí, Mariana, eu já me interessava por esse tipo de assunto e tudo mais. Aí teve um congresso em Salvador onde eu escrevi um artigo que era justamente sobre o público transgênero. O objetivo do artigo não era na verdade tão direcionado ao público transgênero, mas o que as novelas da rede Globo já tinham trazido de personagem transgêneros para a nossa vida, para a gente conhecer, para o público conhecer. Então eu escrevi o artigo e parei por ali. **Nunca tinha aparecido ninguém no consultório que se interessasse. É um público que fica muito recluso. E aí, eu dando aula agora, no ano passado, dando aula para a Gisele, ela virou e falou assim para mim: “Hm, João, não te interessa trabalhar com o público trans?”**. Eu respondi que claro que sim e que sempre quis. [...] E aí ela propôs que eu escrevesse um projeto. Eu pensei: vou escrever o projeto e vou levar para a coordenação aqui da Veiga para ver o que eles me dizem. Eu escrevi o projeto. (Grifo nosso.)

Podemos observar que o atendimento ao público trans, nesse caso do ambulatório universitário, surge a partir de um questionamento de profissionais e alunos sobre as relações entre voz, expressividade e gênero. A construção deste ambiente de acolhimento e atendimento fonoaudiológico a pessoas trans (ambulatório universitário) se deu a partir de uma busca ativa dos profissionais e alunos da universidade a uma possível demanda trans em relação à “readequação” vocal. Gisele, aluna de João, teve um papel fundamental no início das atividades do ambulatório junto a pessoas trans: foi em um movimento de “ida às ruas” – a postos de gasolina e a outros pontos de prostituição – que a aluna manteve contato direto

com mulheres trans, na tentativa de explicar os possíveis benefícios do atendimento fonoaudiológico para o seu sucesso profissional.

Sobre isso, conversamos:

[...] Então, quando eu levei para a minha coordenadora, que é uma das responsáveis pela parte da diversidade, ela virou pra mim e disse que isso era tudo que a gente precisava para alavancar a fonoaudiologia aqui na nossa faculdade. Ela levou o projeto para a reitoria e a reitoria aprovou de imediato. E aí, qual foi a minha função? Muito mais da Gisele, porque ela foi a desbravadora... **A Luiza foi pra rua conseguir as primeiras meninas trans para o tratamento. Então, ela foi de madrugada pra rua, foi para pontos de prostituição... Ela fazia um trabalho de convencimento, de falar que a readequação vocal deixaria elas mais femininas e ficariam muito mais interessantes para os clientes que as procuravam. Aí a Gisele foi pra rua. Aí nós iniciamos em março com três meninas trans vindas através da Gisele.**

Atentamos, a partir da entrevista com o fonoaudiólogo, para uma forte preocupação social com questões de empregabilidade e de inserção política de pessoas trans em lugares de privilégio não-trans, aliadas a uma estratégia de visibilidade da própria Fonoaudiologia e ao desejo de que a instituição universitária (que abriga o ambulatório fonoaudiológico em questão) se tornasse referência no atendimento ao público trans.

[...] aqui no Rio é o único lugar que se tornou referência do trabalho com os transgêneros, e isso é muito legal. E a gente percebeu que não existe ninguém mais no Rio de Janeiro que trate...

[...] **a gente já conseguiu duas entrevistas de emprego para duas meninas que eram garotas de programa, se prostituíam; um dos meninos conseguiu promoção no trabalho dele; ou seja, a gente tá conseguindo bons resultados. As pessoas estão conseguindo empregabilidade, que era uma coisa que a gente queria. Tirar esse público desse núcleo da marginalidade e colocá-los no nosso meio social.** Ou seja, humanizar mais essas pessoas, fazer com que o meio social veja de outra forma o público transgênero. (Grifo nosso.)

Em outro contexto, a fonoaudióloga Alana conta que sua busca pelo estudo da questão da voz em pessoas trans se iniciou quando a entrevistada voltou sua atenção para um homem trans que avistou em um evento de saúde integral. Foi observando a gestualidade, a imagem e as possíveis leituras da imagem de um homem trans que começaram a surgir os primeiros questionamentos da entrevistada acerca das relações entre voz e gênero nas pessoas trans.

Eu estava tentando entrar para o mestrado em Saúde Coletiva e estava procurando um tema... Só que a transsexualidade sempre foi uma curiosidade minha, desde a infância. Mas nunca conheci ninguém, só via na televisão. Eu sou da década de 90, então naquela época não havia internet e nem o google... E daí eu fui para Brasília fazer o mestrado em Saúde Coletiva, e comecei a participar de alguns eventos em saúde integral, essas coisas assim. **Aí eu estava em um evento de saúde integral e**

**conheci um homem trans. Vi, na verdade, não conheci. E comecei a pensar: “mas gente, como é essa questão da voz?”. Eu vi a pessoa e deu esse *start* na minha cabeça. Eu vi a pessoa conversando, gesticulando entre os profissionais. Era uma imagem lida socialmente como masculina, e aí me veio essa curiosidade: “e a voz, o que acontece?”.** Eu não entendia nada de processo transexualizador, nunca tinha ouvido falar nisso. Eu só tinha ouvido falar em pessoas trans... Então, eu comecei a pesquisar, e fui falar com a minha provável orientadora. Ela disse que não sabia muita coisa sobre gênero (ela é da Saúde Coletiva, e eu queria fazer com ela porque ela é comunicóloga, e, como eu era fono, eu queria fazer alguma coisa que tivesse comunicação). Ela disse que não entendia muito sobre estudos de gênero... E ela amou o tema, mas não sabia como iria me orientar. E disse que iria me apresentar para ele, essa pessoa trans: “se ele gostar de você, da sua abordagem, do que você estudou, do que vocês conversarem, ele pode te sugerir alguma coisa. E inclusive, dependendo da sua abordagem, ele pode te colocar em contato com outras pessoas. Agora, se ele achar que você não tem perfil para estudar o tema, ele vai te falar e infelizmente você não vai poder fazer. Porque ele precisa sentir que você tem afinidade com esse tipo de estudo. Senão, você não entra no meio e você não vai conseguir fazer a sua pesquisa”. Porque eu já havia dito a ela que eu queria conversar com as pessoas. Aí eu fiz toda uma busca. (Grifo nosso.)

Em ambas as histórias contadas pelos profissionais, podemos dizer que o interesse para o desenvolvimento de atividade fonoaudiológica junto a pessoas trans se deu a partir de um olhar que percebe o indivíduo perpassado por sua voz. Isto é: a demanda trans por atendimento fonoaudiológico, nestes casos, parte da perspectiva profissional em busca da indagação sobre a possível intersecção entre voz e transexualidade.

Alana conta que realizou uma busca sobre o tema voz e transexualidade não só na literatura (nacional e internacional) como também por meio de fontes pessoais. A escassez de materiais escritos sobre a temática parece ter instigado a fonoaudióloga a buscar maior contato com pessoas trans para compreender se haveria ou não alguma importância da voz na afirmação da identidade.

[...] Aí eu fiz toda uma busca. Achei um artigo lá da Universidade do Rio Grande do Sul, aí eu falei: “Mas já tem gente pesquisando isso no Brasil!”. Aí, eu fui ver e era só uma validação de um questionário famoso e internacional. Não sei se você já deve ter visto...

Mariana: Sim... De autopercepção vocal?

Alana: Isso. Aí, **eu fui para a literatura internacional, porque realmente no Brasil não tem nada [...].** E quanto mais eu lia, mais eu me encantava. **Então eu fui conhecer esse homem trans. Ele me perguntou o que eu estava pensando. E eu perguntei: “A voz tem alguma importância ou não tem nenhuma importância?”** Porque quando eu vejo uma pessoa trans lida socialmente já como ela deseja ser lida, eu fico imaginando: **como era essa voz? E como essa pessoa precisou transformar essa voz?** E eu usava alguns termos que hoje eu não uso mais. Então foi uma desconstrução minha também. Eu usava algumas palavras... Porque eram ideias, né. Primeiro você se desconstrói toda e, depois, você começa a entender algumas coisas, e não usa mais alguns termos. Aí, ele falou que super tem importância, e me falou da experiência dele. E disse que é uma coisa

muito importante de ser estudada, porque influenciava a vida das pessoas (porque a minha dúvida era se influenciava a vida das pessoas após a transição).  
(Grifo nosso.)

O questionário a que a fonoaudióloga se refere é o TVQ MtF (*Transgender Voice Questionnaire, for male-to-female transsexuals*). Este questionário tem por base a ideia de que a autoavaliação vocal torna possível o conhecimento do grau de satisfação das transexuais com suas próprias vozes e comunicação, e sua realização deve integrar a avaliação multidimensional da voz e da comunicação da transexual (Santos *et al.*, 2015). Nesse sentido, Dacakis *et al.* (2017) encontraram uma associação inversa entre a autopercepção de feminilidade vocal entre mulheres trans e os impactos “negativos” relacionados à voz. Isto é: o quanto maior é a autopercepção de feminilidade da voz, menores são os impactos negativos da voz no cotidiano das mulheres trans que participaram do estudo. Uma das hipóteses sustentadas pelos autores é de que é mais provável que uma mulher trans que de fato percebe sua voz como feminina consiga se comunicar de uma forma mais confiante, sendo, dessa forma, mais fácil ser “percebida como uma mulher”. Isso diminuiria eventuais impactos negativos da voz no cotidiano das mulheres, ao passo que a não-percepção da sua própria voz como feminina poderia causar “efeitos negativos” na percepção dos ouvintes/interlocutores no dia-a-dia. Também, segundo Navas (1998, p. 199), a imagem da voz proferida pelo próprio paciente é de grande valor terapêutico, assim como a imagem que ele acredita que os outros tenham de sua voz.

Esta validação deste questionário<sup>30</sup> é das pouquíssimas publicações brasileiras sobre fonoaudiologia e voz trans. Os encontros com a fonoaudióloga Alana e com o fonoaudiólogo João de certo modo confirmaram a escassez de estudos no Brasil que interseccionem ou aproximem voz e transexualidade. Esse foi um fato comentado em ambas as entrevistas.

Também há que se observar que ambas as trajetórias ativas dos entrevistados em busca do estudo da voz em pessoas trans surge após a instituição do processo transexualizador pelo Ministério da Saúde (2008) – o ambulatório de atendimento fonoaudiológico a pessoas trans da UVA iniciou suas atividades em março de 2016, e Alana iniciou o mestrado na Saúde Coletiva em 2015. Podemos concluir, assim, que a visibilização de demandas trans em relação à atenção integral à saúde, e a consolidação de diversas estratégias de cuidado em saúde direcionado ao público trans no processo transexualizador muito provavelmente tiveram

---

<sup>30</sup> Santos *et al.*, 2015.



influência no surgimento dessa nova “área” de intervenção fonoaudiológica, qual seja a voz (e a expressividade) de pessoas trans.

Depois de compreender como os entrevistados chegaram até a temática voz e transexualidade, indaguei-me sobre como seria a chegada das pessoas trans até o atendimento fonoaudiológico nas histórias de cada profissional. Por que meios de divulgação ou contato as pessoas chegam ao atendimento? *Quem* são as pessoas atendidas? Quais são os critérios para a concessão da terapia vocal? Essas foram algumas das perguntas elaboradas por mim no momento que seguiu as entrevistas.

No caso do ambulatório em que João atua como fonoaudiólogo, o caminho da sua busca profissional pelo atendimento ao público trans e o caminho de chegada das pessoas para o atendimento no ambulatório apresentam, num primeiro momento, uma relação indissociável: conforme já comentamos aqui, a terapia fonoaudiológica junto a pessoas trans se iniciou com a pesquisa de campo de Gisele, aluna de João, em uma jornada “conscientização” dos possíveis benefícios do atendimento fonoaudiológico no dia-a-dia de mulheres trans. As primeiras pessoas a serem atendidas, desse modo, foram três mulheres trans que chegaram até o ambulatório por meio do contato de Gisele.

A partir do início dos atendimentos, João refere que muitas pessoas buscaram atendimento espontaneamente por meio de redes sociais online:

[...] E aí a Gisele trouxe as meninas e a gente começou o trabalho. A partir daí começou o boca a boca nas redes sociais e quando eu vi já tinha entrevista no G1, na Rede TV, enfim... A coisa cresceu tanto que a gente chegou ao ponto de ficar com o horário de quarta de manhã lotado. A gente não tinha mais horário, tinha uma fila de espera! Só que aí veio março, abril, maio e o mês de junho... Quer dizer, e aí vieram as férias do mês de julho, e as Olimpíadas. E aí teve esse ato aí, e estamos reiniciando hoje o nosso atendimento. Olha quanto tempo a gente ficou... Então estamos resgatando todo mundo...

Há que se observar que, ainda que tenha surgido de uma busca ativa por parte de profissionais e alunos da Fonoaudiologia, a demanda pelo atendimento cresceu significativamente a partir da ampla divulgação em redes sociais e indicações pessoais. Isso, de certa forma, pode ter uma explicação que vai além da busca e da efetivação de “resultados” vocais da terapia (que, logicamente, também existem): enquanto estive no ambulatório, observei um ambiente de acolhimento e de bastante *disponibilidade* (em sentido amplo) tanto das pessoas da equipe da fonoaudiologia quanto das pessoas atendidas com quem tive contato.

O fonoaudiólogo observa, sobre os primeiros contatos com o público trans, que

[...] na realidade, **quando a gente se aproxima do público transgênero, principalmente das meninas que tem que fazer programa, elas são muito arredias, muito agressivas.** Então, recebê-las e ver um outro olhar... Um olhar assim: “Poxa, tem alguém que está fazendo alguma coisa por nós. Porque ninguém faz nada por elas. Foi muito bom, porque todos nós aqui percebemos a gratidão delas, o sentimento de gratidão. Ou seja: perceber que nós podemos fazer pelo outro o que gostaríamos que fizessem por nós. Então, eu acho que o sentimento de gratidão é a maior coisa... E levar isso com a gente é o que nos move a continuar trabalhando, continuar fazendo qualquer coisa. (Grifo nosso)

No momento de término desta pesquisa, João ainda salienta que “[...] o que acontece é que as pessoas se sentem bem acolhidas e acabam por querer dar continuidade ao tratamento, e ficam o semestre inteiro, e algumas retornam no semestre seguinte para o aprimoramento da voz.”

Já em relação ao estudo de Alana junto ao público trans, a fonoaudióloga explica que observou uma busca pelos serviços públicos do SUS:

[...] Das pessoas que eu conheci, muitas procuraram serviços<sup>31</sup> públicos pelo SUS. Algumas tinham acesso a ambulatórios trans, de saúde específica, e outras não. As que procuraram o serviço disseram que algumas questões da voz ainda incomodavam.

Alana observou uma relação entre pessoas que já haviam passado pelo processo transexualizador e a procura pelo serviço de terapia de voz. A fonoaudióloga percebeu que a voz era um dos aspectos que ainda gerava incômodo mesmo após a conformação da imagem às expectativas próprias das mulheres trans que buscavam atendimento fonoaudiológico. Há que se ressaltar que esse incômodo, conforme Alana, não advinha necessariamente das diferentes características vocais em si mesmas, mas, sim, de como essas vozes “instáveis” eram percebidas socialmente, no contato com outras pessoas.

[...] **Eram mulheres que já tinham passado pelo processo trans, já estavam satisfeitas com a imagem, já estavam satisfeitas com muitas coisas, mas a voz incomodava por exemplo quando precisavam falar mais alto.** Então... Aquela estabilidade que elas tinham, acabavam perdendo. Uma palavra que a gente ouve muito quando a gente conversa com as mulheres (e até com os homens também) é “estabilidade”. Então... “Eu perco essa estabilidade”. **“Se na fala a entonação for maior, eu perco a estabilidade, e aí sai um tom mais grave...”**. Não necessariamente o fato dessa voz estar instável era o que incomodava a elas... **O que incomodava era como as pessoas percebiam isso.** Por exemplo, tinha uma

---

<sup>31</sup> Durante a presente pesquisa, não investimos em um mapeamento do atendimento fonoaudiológico gratuito a pessoas trans no Brasil. Contudo, sabemos que prestam este tipo de serviço no município do Rio de Janeiro o IEDE (Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia) e o ambulatório de atendimento fonoaudiológico da Universidade Veiga de Almeida (para onde são encaminhados inclusive os/as pacientes trans em atendimento no Hospital Pedro Ernesto – HUPE). Em Porto Alegre, há o atendimento fonoaudiológico a pessoas trans no Hospital de Clínicas (HCPA), onde os atendimentos acontecem pelo SUS.

menina que era vendedora, e estava normalmente atendendo a um cliente, e a voz dava uma instabilizada e a pessoa começava a olhar para ela de uma forma diferente. Às vezes, nem era preconceito, mas percebiam que havia alguma coisa. Então, o que as meninas falavam, principalmente, era dessa instabilidade.  
(Grifo nosso.)

João também refere uma queixa de voz “instável”, principalmente por parte de homens trans. O fonoaudiólogo comenta, também, que há grande diversidade nos caminhos de pessoas que buscam atendimento fonoaudiológico no ambulatório, e, sobre o gênero e as identidades de quem procura a terapia, comenta:

Mariana: Todos os pacientes estão passando por essa hormonioterapia e pela cirurgia de transgenitalização ou “depende”?

João: É, aqui a gente tem pacientes diversos. **A gente tem os pacientes que já fizeram a cirurgia para se transsexualizarem; nós temos aqueles que desejam ter uma voz mais feminina, mas que não querem se transsexualizar (ou seja, são travestis e querem continuar como travestis dentro desse público transgênero); e agora, nesse nosso retorno, temos alguns casos bem interessantes de pessoas que querem experimentar uma nova proposta vocal dentro do que é permitido anatomicamente, estruturalmente, para poder perceber o que elas querem para a própria vida, se são transgêneros ou se não são, se se identificam mais com o feminino ou com o masculino.** Então, a gente deixou um pouco mais aberto agora nessa nova fase, que é para as pessoas poderem participar um pouco melhor, se definirem ou se redefinirem.  
(Grifo nosso.)

É importante atentar, inicialmente, para a disponibilidade da equipe do ambulatório na compreensão (e, inclusive, no estímulo) a “novas propostas vocais”, a fim de criar, junto às pessoas atendidas, outras possibilidades de ajustes da voz dentro do que seria considerado possível fisiológica e anatomicamente. O *desejo da pessoa atendida* – em relação à identidade de gênero, “posições” de conforto, afetividades, etc. – aparece, aqui, como um importante norteador da prática terapêutica, na medida em que a própria construção de desejos é considerada como uma possibilidade a partir do processo clínico. O gênero das pessoas que buscam atendimento não seria considerado, dessa forma, como um objetivo dado, com um destino *a priori*; haveria uma abertura significativa dos profissionais e alunos a novas possibilidades de sentir e perceber o(s) gênero(s) na voz.

No que se refere à maior ou menor procura do atendimento por homens ou mulheres trans, confirmamos a necessidade de questionamento da maioria dos dados da literatura médica (conforme comentamos no Capítulo 2), cujas pesquisas se baseiam quase que exclusivamente na “readequação vocal” de mulheres trans por, teoricamente, precisarem mais da terapia fonoaudiológica. João, além de referir que muitos homens trans chegam ao

ambulatório com queixas de instabilidade na produção vocal, também comenta que, apesar de ter sido pensado inicialmente para o atendimento somente de mulheres trans, o ambulatório recebeu uma demanda que o surpreendeu:

[...] O objetivo era só mulheres trans, mas **a procura dos homens também foi tão grande que a gente abriu para homens e mulheres**. Então, a gente faz o atendimento tanto masculino quanto feminino. (Grifo nosso)

Alana conta que conheceu mais homens trans do que mulheres trans durante sua pesquisa (de mestrado), apesar de não saber dizer se havia (e qual seria) o gênero prevalente na busca pelo atendimento fonoaudiológico. Sua aposta é que as mulheres trans têm maior atenção nas pesquisas da área por questões de visibilidade e, talvez, pelos efeitos da testosterona na produção vocal de homens trans:

Na verdade, **as mulheres que eu conheci eram menos do que os homens**. Então eu **não consigo lhe dizer se eram mais ou menos homens e mulheres**. Mas das mulheres que eu conversei, todas já haviam passado por uma fono. Às vezes, por questões relacionadas a hormonioterapia; às vezes por questões profissionais (porque usavam a voz profissionalmente). **Historicamente, as mulheres receberam mais atendimentos, mais pesquisas, tanto pela visibilidade dos homens mais recente do que das mulheres, mas também porque se acreditava (e ainda se acredita, mas não tem muita coisa escrita...) que os homens precisam menos por causa da testosterona, que “necessariamente” vai deixar essa voz mais grave... E as mulheres não, né, porque nas mulheres o estrogênio não tem o mesmo efeito**. Então, acredito que as mulheres procurem mais. Mas essa não é uma informação que eu possa dizer que é de uma fonte. É mais de uma percepção, mesmo. (Grifo nosso)

Além disso, Alana diz ter escutado de mulheres trans – ou de uma mulher trans, a entrevistada não se recorda a quantidade de pessoas – que a voz também mudou após a hormonioterapia, ainda que em homens trans as modificações vocais (principalmente a instabilidade), em geral, sejam muito mais evidentes.

Mariana: Tu notou alguma influência da hormonioterapia na terapia vocal de homens e mulheres trans? Tem alguma diferença entre uma e outra?

Alana: Tem. **Os meninos têm muita. Começou a hormonioterapia, a voz já fica muito instável**. É como se eles estivessem numa puberdade mesmo, independente da idade. Fica tudo irregular quando eles falam. Então, muda muito... Em alguns, esse período de instabilidade passa, mas em outros continua. **Já as mulheres falam que não sentem muita mudança, mas algumas (ou alguma, não lembro quantas foram) dizem que a voz ficou “confusa”**. Não consigo dizer se foi a hormonioterapia, mas ela falava que foi depois da hormonioterapia. (Grifo nosso)

Ambos os profissionais tiveram/têm contato tanto com homens quanto com mulheres trans na terapia de voz. Suas falas e vivências indicam, dessa forma, não só a importância da ampliação de estudos sobre o tema – visto que muito ainda não se sabe sobre atendimento fonoaudiológico a pessoas trans – como também a necessidade de um olhar crítico e atento às “certezas” que guiam os parâmetros da literatura biomédica.

### 3.1.2 A terapia

Antes de passar à análise dos achados sobre a terapia fonoaudiológica propriamente dita de um ponto de vista mais “técnico” junto a pessoas trans, importa salientar que percebi, nas falas de ambos os fonoaudiólogos, haver a clara noção de que é o modo como o meio social percebe as “vozes que não se enquadram nos padrões” que causa discriminação no tocante à produção vocal de muitas pessoas em trânsito de gênero. Isso se mostra extremamente relevante quando atentamos para o olhar clínico (patologizante ou não) dos profissionais em relação às pessoas atendidas: o que observei foi que tanto a própria transexualidade quanto as questões vocais relacionadas a transições de gênero *não são tratadas como patologias* pelos profissionais. Não são sequer *tratadas*.

Diferentemente da origem patologizante que citamos haver na literatura (p. ex., a disфонia “do transexualismo”, comentada no Capítulo 1 desta dissertação), os aspectos fonoaudiológicos são explorados e trabalhados pelos fonoaudiólogos entrevistados no nível de *aprimoramento vocal*, de modo que não se busca a cura ou reabilitação de patologias – a não ser que haja associação a patologias de voz, que, logicamente, não são exclusividade do público trans. Tampouco há uma orientação patologizante da transexualidade, em si mesma. João e Alana compreendem que as pessoas que ali estão, nos seus consultórios/ambulatórios, recorrem à fonoaudiologia por reflexos de questões sociais, e não porque tenham algo a curar ou reabilitar.

Quando perguntada sobre os possíveis papéis da fonoaudiologia na vida das pessoas trans atendidas, Alana comentou sobre a potencialidade que a fonoaudiologia tem de contribuir para a saúde integral das pessoas trans (na medida em que faz grande diferença na vida de muitas delas), mas, ao mesmo tempo, afirmou a necessidade de se construir um olhar *não patologizante* e acolhedor em relação a esse público. A fonoaudióloga lembrou de casos de pessoas que não quiseram encontrá-la porque “não queriam ver uma fono na frente delas”, o que lhe gerou diversos questionamentos e um claro posicionamento sobre os tipos de

abordagem e de orientação clínica utilizados pelos fonoaudiólogos na terapia junto a pessoas trans.

[...] A nossa profissão pode contribuir muito, mas a gente, todo mundo que está envolvido com isso, precisa falar um pouco alto. Porque tem pessoas que não trabalham com isso e vão receber esses pacientes. Pode ser que o atendimento seja “ok”? Pode, mas **algumas pessoas têm ficado machucadas com alguns tipos de atendimento que têm recebido de vários profissionais da saúde, inclusive de profissionais da fono. Então, como estudante da Saúde Coletiva, isso é meio que uma missão. Como a gente recebe essas pessoas?** Às vezes, as pessoas chegam num estado para tratar alguma coisa da sua saúde, mas saem de lá pior de como chegaram. Tiveram pessoas que não vieram conversar comigo porque não queriam ver uma fono na frente delas. Então... **O que será que essas pessoas ouviram?**

[...] Eu fui em um congresso em Amsterdã, em 2016, e tinha um simpósio chamado “The Voice”. Era sobre voz. Foram dois dias, e eu estava super empolgada. Não sei se você conhece a WPATH... É uma organização mundial de profissionais da saúde. É a World Professional Association for Transgender Health. Inclusive, agora no Brasil foi criada a brasileira, mas é com outra sigla... E lá, eram profissionais que já trabalham há muito tempo com isso. Eram várias mesas, profissionais de vários lugares... E teve uma mesa que era de profissionais de lá de uma universidade de Amsterdã (eu posso te passar tudo por e-mail se você quiser, porque eu tenho muita coisa). As fonos eram fofas, maravilhosas, ensinavam técnicas, treinavam todo mundo. E, na platéia, tinha tanto pessoas trans curiosas, porque era aberto, quanto profissionais. Profissionais como eu, que não conheci quase nada, estavam começando a entender, e profissionais que já haviam falado em outras mesas e estavam assistindo os outros profissionais. **Ensinaram exercícios maravilhosos, só que quando elas começaram a apresentação delas e nos primeiros slides estavam classificando as pessoas trans. Estavam mostrando o CID, estavam mostrando o DSM. Aí, todo mundo ficou meio assim, né... Pô, você está num congresso de saúde integral de pessoas trans...** Então, mesmo quando você vai num lugar desses, de pessoas que já estudam há muito tempo, ainda tem coisas que são culturais, são históricas. Então, para a gente tirar, demora muito, é muito complicado... **Mas para quem é trans e está lá sentado, ouvir isso machuca.** Não é a mesma coisa que você, profissional, falar “não é assim que se fala”. **Não dá pra, em 2016, você colocar aí o CID-10, porque a gente tá lutando pela despatologização.** (Grifo nosso.)

Confesso que, ainda que eu estivesse ciente da sua formação em Saúde Coletiva, ouvi com surpresa a declaração de Alana quanto à despatologização da transexualidade: a minha experiência com uma proporção significativa de professores e profissionais da fonoaudiologia, cujos discursos na maioria das vezes eram e são permeados por uma lógica patologizante, possivelmente deixou resquícios nas minhas expectativas prévias às entrevistas realizadas neste estudo. Raras vezes, até aquele momento, eu havia entrado em contato com profissionais da fonoaudiologia que se posicionassem, explicitamente, em um lugar de questionamento da patologização de determinados modos de ser/falar/se expressar. Além disso, alguns dos mais conhecidos manuais da Fonoaudiologia, como tratados das especialidades e obras específicas sobre produção e terapia vocal, frequentemente partem da análise de casos patológicos para a abordagem da clínica fonoaudiológica.

Nesse sentido, o relato de Alana representou, para mim, a possibilidade (e, devo dizer, a esperança) de que haja outras(os) profissionais da fonoaudiologia que estejam repensando condições “patologizadas” pela ciência médica, questionando o patológico por meio de uma visão também social das manifestações, identificações e dos desejos individuais.

Nessa senda, o fonoaudiólogo João comenta, no que concerne à “readequação vocal” de pessoas trans, que, juntamente com a terapia de voz individualizada, deveriam acontecer transformações também a nível social, a fim de que pessoas trans possam, de fato, não ser discriminadas por suas características (vocais):

[...] E não adianta nada a gente assim: “vamos readequar a voz”. Mas a transformação não é no transgênero. **A transformação tem que acontecer na sociedade, senão não adianta nada. Ou seja, eu posso readequar a voz dele ou dela, mas, se eu não transformar a sociedade, a readequação não vai adiantar tanto, né, porque depende muito do outro.** A gente quer que o meio social realmente abrace o público transgênero. (Grifo nosso.)

Ainda que não haja um discurso explícito em relação à patologização ou não da transexualidade – até porque isso não lhe fora perguntado –, encontrei também no contato com João uma preocupação com a “normalização” do trânsito de gênero, bem como uma busca, por meio da fonoaudiologia, pela diminuição da marginalização de pessoas que não se enquadram na categoria cisgênero.

\*\*\*

Desde o início deste estudo, incluindo o projeto de ingresso no mestrado, consideramos a terapia de voz junto a pessoas trans como o processo de “readequação vocal” – na época, sem aspas. Isso porque alguns dos fonoaudiólogos com quem conversei antes de elaborar o projeto chamavam assim o trabalho junto a pessoas trans, e, de fato, percebi que no Brasil esta é uma expressão muito utilizada. O fonoaudiólogo João sinalizou que utiliza o termo para a terapia que visa a uma voz mais feminina ou mais virilizada/masculinizada (ainda que seu trabalho, e de sua equipe, claramente vão muito além de meras adequações a parâmetros vocais femininos ou masculinos):

Mariana: A demanda é sempre feminilização ou masculinização da voz?

João: Exatamente. **Na realidade, a gente chama de readequação da voz, né... O que a gente se propõe aqui é fazer com que aquela voz se pareça com aquele corpo que a pessoa tem, ou deseja ter.** Ou seja: uma menina que se

transsexualizou, ela coloca silicone no peito, ela alonga os cabelos, ela toma hormônio feminino para perder os pêlos e ganhar formas femininas... Mas o hormônio não atua nas pregas vocais. A voz continua masculina. Então, nosso trabalho aqui é justamente esse, tratar para que a voz fique mais feminina. E também no caso contrário, para os meninos ficarem com a voz mais virilizada, mais masculinizada. (Grifo nosso.)

No decorrer da pesquisa, porém, fui questionada em diversos momentos (apresentações do projeto em disciplinas do mestrado, orientação, qualificação etc.) sobre o uso do termo “readequação”. Isso porque, ainda que possa ser uma categoria nativa da fonoaudiologia – utilizada por muitos profissionais no Brasil –, tal expressão remeteria necessariamente a uma (re)adequação a padrões/estereótipos masculinos ou femininos, sem considerar a gama de possibilidades que a voz e a expressividade podem assumir, a despeito de estereótipos, na terapia vocal.

Observamos, também, que tal denominação da terapia não representa um consenso. A fonoaudióloga Alana adverte que não costuma usar a expressão “readequação vocal”, ainda que saiba da ampla utilização do termo no país:

[...] eu nem uso o termo “readequação vocal”. É muito usado no Brasil, mas eu não uso...

Mariana: Qual o termo que tu usa?

Alana: Eu uso processo terapêutico, atendimento... **Eu não uso “readequação vocal” porque... Eu vou readequar essa voz a quê?** Então, foi essa minha inquietação partindo dessa queixa, dessa insatisfação principalmente do que essas mulheres falavam. **Quem estava lá, como terapeuta, falava assim: “procura a sua voz verdadeira”, “vamos tentar trabalhar até chegar a tal padrão” - estou usando essas palavras apenas para sintetizar a minha ideia -, mas, quando a gente está num trabalho desse, a gente quer buscar um padrão? Ou a gente quer encontrar uma voz que seja confortável para a pessoa? Que a pessoa se identifique e se sinta confortável socialmente? Eu repetia isso o tempo inteiro. E todo mundo que fala comigo sobre o assunto, eu repito isso.** (Grifo nosso.)

A partir das discussões em aula (no mestrado), e, finalmente, depois do encontro com Alana, compreendemos a problemática que envolve a utilização da expressão “readequação” de voz, e, para a conclusão deste estudo, decidimos por adotar a expressão entre aspas, afim de não silenciar a discussão, e destacar seu caráter controverso. Entendemos que, em se tratando esta de uma pesquisa acadêmica que objetiva justamente a aproximação entre Fonoaudiologia e Saúde Coletiva, mobilizando ferramentas das ciências sociais, talvez seja importante utilizarmos-nos de termos que são nativos da literatura biomédica para, assim, trazer à tona seus possíveis questionamentos.



É desse modo que falamos em “readequação vocal” de pessoas trans: uma terapia fonoaudiológica de conhecimento e aprimoramento vocal junto a pessoas em transição de gênero, que não necessariamente deve pressupor uma (re)adequação a estereótipos de gênero ou a padrões vocais estanques. O questionamento sobre o termo “readequação”, portanto, pode e deve ser mantido – neste trabalho, sua crítica está guardada nas aspas que acompanham a expressão desde o título do estudo.

Essa terapia, de fato, muitas vezes tende a uma aproximação a parâmetros vocais (e de expressividade, como um todo) de gênero masculino e feminino, tendo em vista que o processo terapêutico perpassa – e é perpassado por – importantes transições que se relacionam ao gênero. A voz, como ato performativo de gênero, pode ser utilizada também como um *instrumento para afirmação de gênero*, e, em muitos casos, pode carregar uma busca por aproximações a parâmetros masculinos ou femininos.

João conta que são exploradas na terapia junto a pessoas trans a pronúncia, a frequência fundamental, a ressonância, a modulação e a emissão vocal, o vocabulário e a expressividade como um todo. Há algo que, de certo modo, pode ser considerado específico nestes atendimentos terapêuticos (em relação a muitas demandas puramente vocais): o corpo e o gestual podem ser também aspectos muito trabalhados em função do gênero no processo terapêutico de “readequação” vocal.

[...] O atendimento aqui é muito interessante porque **não é só tratamento de voz, né**. A gente faz uma atuação que é muito ampla. A gente trabalha a estrutura da pessoa. Quando a pessoa vai para o tratamento, **a gente trabalha voz, é claro, mas trabalhamos o gestual, trabalhamos gestos fisionômicos, trabalhamos postura, trabalhamos os pés, as mãos...** (Grifo nosso.)

Nesse sentido, João comenta que mulheres, em geral, apresentariam gestos mais “arredondados”, enquanto que gestos mais “assertivos” estariam relacionados à postura masculina. Especificamente no ambulatório em que João atua, além da exploração dos aspectos posturais e gestuais, há a possibilidade de “ir a campo” para observar as reações e as formas de tratamento direcionadas às pessoas trans que buscam a fonoterapia. O processo terapêutico no ambulatório conta, desse modo, com práticas externas ao consultório para avaliar as reações dos interlocutores dos pacientes no cotidiano e também para exercitar as diretrizes terapêuticas (ex.: falar ao telefone, ir à farmácia ou a uma loja em que haja possibilidade de interações, etc):

[...] A gente faz um trabalho que é **sair com a pessoa daqui e ir para o campo, pra rua, pra entrar numa loja pra comprar alguma coisa, tomar um café aqui na esquina, num bar, para ver como elas são tratadas e como a gente vai direcionar o tratamento.** Trabalhamos com uma coisa que é muito simples, que é **pegar o telefone e ligar, por exemplo, para uma farmácia para pedir um medicamento, para saber se o atendente do outro lado vai chamá-la de “senhor” ou “senhora”, entendeu?** Então, o trabalho é muito maior do que ficar aqui nessa sala fazendo exercícios vocais. A gente tenta ver o paciente como um todo. (Grifo nosso.)

Interessou-me bastante o modo de trabalhar, em terapia, voz e corpo como aspectos simbólicos de gênero. Como contei no início deste capítulo, o primeiro contato que tive com uma profissional da fonoaudiologia que trabalhasse junto ao público trans foi em 2014, em um serviço público de assistência à saúde durante (e nos meses após) o processo transexualizador. A fonoaudióloga referiu muitas vezes que a maneira de andar, a maneira de cruzar as pernas, as pausas e as intenções comunicativas eram os principais aspectos a serem trabalhados na terapia, tendo em vista que o que as pessoas buscavam, na terapia fonoaudiológica, era “se parecer ainda mais” com o gênero masculino ou feminino nas suas diferentes manifestações corporais, e não apenas ou necessariamente “mudar de voz”.

Corroborando o que já explicitamos aqui sobre performatividade e gênero, do mesmo modo que a voz pode ser *vista* como ato performativo de gênero, os movimentos, a maneira de andar, a postura e os gestos também têm uma forma “esperada” de acordo com o gênero, e, por vezes, são também trabalhados no âmbito da clínica fonoaudiológica. A maneira mais “assertiva” dos movimentos e gestuais relacionada à postura masculina, assim como a docilidade das formas “arredondadas” relacionada à postura feminina pode compreender complexos processos de hierarquias de lugares sociais e relações de subordinação relacionadas ao gênero (conforme falamos nos capítulos anteriores). Isso, que se pode observar com “olhos clínicos” na terapia junto a pessoas trans, logicamente não é algo que está relacionado *somente* ao trânsito de gênero, mas se refere ao modo como as pessoas em geral são socializadas.

Importa, porém, esclarecer que a exploração da expressividade e de modos de comportamento e movimentação não pode ser considerada uma diretriz que é *sempre* utilizada processo terapêutico fonoaudiológico. A fonoaudióloga Alana, por exemplo, refere que nunca observou questões gestuais na clínica junto a pessoas trans. Ela fala, ainda, que as próprias pessoas já fazem suas próprias adaptações, e que quem ela conheceu não chegou à clínica com questões de gestual ou posturais.

Quando perguntado por mim sobre diferenças entre “padrões vocais” femininos e masculinos, João fala sobre a intensidade e o *pitch* (mais agudo ou mais grave) como aspectos relevantes, mas ressalta que a voz vai muito além de diferenças anatômicas ou fisiológicas:

Mariana: E especificamente na voz, o padrão feminino e o padrão masculino... Eles se distinguem pela frequência, pela impostação...?

João: Intensidade, *pitch* agudo, né... *Pitch* mais agudo ou mais grave, vai depender. A definição vem dentro dessa estrutura mais anatômica, mais fisiológica... **Mas a voz não é só isso, né. Voz é atitude, é personalidade.** Senão, imagina se fosse só pelo... “Ah, as mulheres falam agudo!”. O que seria da Zélia Duncan, da Alcione, da Ana Carolina? São contraltinos que têm uma voz muito mais grave.  
(Grifo nosso.)

O fonoaudiólogo adverte que o tamanho das estruturas corporais (maiores ou menores) pode interferir na qualidade vocal, gerando produção de voz mais grave ou mais aguda. O trabalho fonoaudiológico, nesse sentido, visaria à busca de recursos sonoros – e corporais, de postura e movimento – que possibilitariam a voz mais (ou menos) agudizada.

[...] É claro que, assim... Eu não tenho como pegar uma paciente, uma transgênero de um metro e noventa de altura e deixá-la com uma voz muito aguda. Ela não vai ter a voz da Xuxa, porque, quanto maior a pessoa, a estrutura vocal com certeza é mais grave, mais masculinizada. Então, **ela não vai ter uma voz agudinha, fininha, não vai ter a voz da Xuxa. Mas ela vai ter o quê? Vai ter recursos sonoros que deixem a voz dela mais feminina. Por isso, é importante trabalhar também o gestual, a pronúncia, gesto fisionômico, a postura dela... Porque voz não é só o que a gente coloca como fonação. A voz é personalidade.**  
(Grifo nosso.)

Estes recursos sonoros (e corporais) advêm de técnicas que não são exclusivas de trabalho junto a pessoas trans: tanto João quanto Alana afirmam que as técnicas fonoaudiológicas utilizadas na clínica são exploradas em relação a diversas outras queixas vocais, que não somente o desejo pela voz mais masculinizada ou feminilizada. Alana conta que observou em um paciente (homem trans) que atendia a presença de queixas vocais que não eram específica e unicamente relacionadas ao trânsito de gênero – queixas de instabilidade e falta de projeção vocal. Eram, também, queixas comuns de pessoas que utilizavam a voz profissionalmente como o paciente: ele era professor.

[...] No caso do meu paciente, a dificuldade era a **instabilidade e projeção**. Ele é professor e no meio da aula ele sente que a voz está “quebrando”, indo e voltando. Num momento que ele precisa falar mais alto, para chamar a atenção da turma, por exemplo, ele não consegue projeção então ele sente que faz esforço. Então, são queixas que a gente ouve de outros professores, por

exemplo. Eu acho que assim... A gente precisa ter uma **atenção relacionada à questão da hormonioterapia** (porque a gente sabe que os hormônios influenciam na fisiologia vocal), **mas não é nada muito específico.**  
(Grifo nosso.)

A importância dessa observação está no sentido da compreensão do(a) paciente trans simplesmente como “uma pessoa que apresenta determinadas queixas vocais (e/ou de expressividade)” do mesmo modo que tantas outras pessoas que não são trans também apresentam. Uma pessoa não trans, por exemplo, que esteja passando pela muda vocal também pode queixar-se de instabilidade na sua voz; um ator ou uma atriz não trans também pode queixar-se de falta de projeção vocal; uma pessoa que possui edema na pregas vocais também pode procurar auxílio fonoaudiológico por sentir sua voz soar “muito grave”. As técnicas terapêuticas utilizadas em relação às queixas vocais dos pacientes não são algo específico da terapia de “readequação vocal”, e isso sugere que, para além do trânsito de gênero, a pessoa que busca atendimento é, antes de tudo, *uma pessoa* – que é muito mais do que um gênero – em demanda.

É nesse sentido que Alana afirma que, pela sua experiência, “um paciente trans é um paciente de voz”. João também comenta que, ultimamente no ambulatório, tem se mostrado eficaz o uso de eletroestimulação laríngea durante as sessões de terapia, e que estes (e outros) aspectos trabalhados no atendimento a pessoas trans são também explorados no atendimento a pessoas não trans. Não necessariamente a queixa vocal estaria relacionada intrinsecamente à questão de “ser uma pessoa trans”, conforme conversamos:

Mariana: Antes de tu colocares em prática na clínica, atendendo pacientes trans... Como é que tu chegaste nas técnicas que tu usas no consultório?

Alana: Eu fui lendo e fazendo em mim. E eu também encontrei um pesquisador que já trabalhava com homens trans, mandei e-mail pra ele e ele foi super atencioso. Me mandou os trabalhos dele, e eu fui lendo e aumentando meu repertório. E aí, quando eu atendia ele, eu falava “eu não sei exatamente o que você vai sentir...” Só que assim... Qual é a minha percepção? É um paciente trans, mas é um paciente de voz. Então, assim... **Teve um caso lá na minha pesquisa que um paciente procurou um serviço, ele estava com uma queixa de cansaço vocal porque é professor, e era só uma questão de cansaço vocal. Ele precisava de aquecimento vocal, de uma preparação... E, quando ele falou que era um paciente trans, a fono não sabia mais o que fazer.** Ele disse que ela não foi preconceituosa, mas que **o fato de ele ter dito que era um paciente trans fez ela ficar na dúvida de como conduzir o caso.** Porque a gente fica em dúvida... Mas tudo que é caso novo a gente vai ficar na dúvida, né?! Então, foi o que eu falei para ele: “olha, são exercícios que são usados para esse objetivo. Nós vamos testar, mas é como qualquer exercício de voz: a gente testa, faz a prova terapêutica, e analisa. Se servir pra você, a gente continua; se não servir, a gente troca e vai procurando.”  
(Grifo nosso.)

A fala de Alana também ressalta uma questão interessante: a hesitação da fonoaudióloga quando o paciente afirmou ser um homem trans alude a um desconhecimento, por parte da categoria profissional, de questões de gênero no atendimento à saúde. Esta hesitação pode ser compreendida como uma das consequências do que comentamos neste estudo anteriormente: não parece haver, de maneira geral na formação dos profissionais da fonoaudiologia, uma preocupação com a relação e as interfaces entre *cuidado à saúde e gênero* (e sexualidade).

Ainda sobre as técnicas vocais, Alana fala que, no atendimento terapêutico a homens trans, em geral as técnicas estariam mais relacionadas à ressonância da voz, enquanto que, junto a mulheres trans, a terapia estaria mais voltada à diminuição da frequência da voz e aprimoramento da articulação das palavras. João também destaca ressonância, frequência fundamental e modos de emissão e articulação vocal como recursos sonoros muito utilizados na terapia junto a pessoa trans, sendo a voz mais ou menos virilizada/masculinizada ou feminilizada um importante fator para que a voz se pareça com o corpo que a pessoa tem ou deseja ter.

Sobre o tempo de duração da terapia, todas as conversas que tive com os fonoaudiólogos (João, Alana e a profissional de equipe multidisciplinar em atenção à saúde trans) apontaram para a rapidez do processo terapêutico: as mudanças podem ser sentidas por muitos (muitas) dos(as) pacientes rapidamente. Segundo Alana,

Mariana: Em quanto tempo em média começam a aparecer esses resultados da terapia?

Alana: [...] Eram atendimentos rápidos, porque a gente sempre pede para o paciente treinar em casa. Então, na outra semana, eu sempre perguntava se havia melhorado, e diziam que tinham, sim, melhorado alguma coisa. Então, eram sempre feedbacks rápidos que eles davam... Por isso eu não consigo te dizer um tempo de planejamento terapêutico, mas eles percebem as mudanças rapidamente.

João, por sua vez, traça alguns parâmetros observados na sua experiência de duração e de percepção dos primeiros resultados da terapia junto a pessoas trans. O plano terapêutico teria uma estimativa média de 15 sessões, e os primeiros resultados seriam percebidos em torno da oitava sessão:

[...] Geralmente a gente trabalha cerca de 15 sessões e já podemos perceber resultados por volta da oitava sessão, ou seja, cerca de dois meses após o início da fonoterapia. O que vem acontecendo há algum tempo é que as pessoas se sentem bem acolhidas e acabam por querer dar continuidade ao tratamento e

**ficam o semestre inteiro**, e algumas retornam no semestre seguinte para aprimoramento da voz. (Grifo nosso)

A efetividade da terapia, de acordo com Alana, depende de prova terapêutica e da autopercepção do(da) paciente em relação a mudanças cotidianas sentidas durante e após as sessões (por exemplo, quando paciente com queixa de fadiga vocal comenta com a fonoaudióloga que, com o mesmo tempo de fala no dia-a-dia, sente-se menos cansado por esforço vocal). João também salienta que os efeitos da terapia são avaliados com base na percepção tanto do(da) fonoaudiólogo(a) quanto da pessoa em atendimento.

É importante salientar que, ainda que seja “comum”, a busca de pessoas trans por parâmetros vocais associados ao gênero feminino ou masculino no atendimento fonoaudiológico não é uma regra: conforme Alana, “não é porque uma pessoa se identifica com o gênero socialmente imposto que necessariamente ela quer que essa voz seja uma voz igual à de outra mulher, que é *outra* mulher.” Cada pessoa em atendimento irá apresentar uma demanda terapêutica específica, e fica evidenciada não só na literatura como também nas respostas dos fonoaudiólogos a preocupação dos profissionais em relação à aproximação dos recursos da voz aos anseios próprios e específicos de cada indivíduo que procura atendimento.

Sob essa perspectiva, Alana refere que tão importante quanto conhecer o contexto de atenção à saúde a pessoas trans (possibilidades terapêuticas e processo transexualizador, principalmente) é a compreensão das expectativas e dos desejos individuais de cada pessoa que busca o atendimento fonoaudiológico:

[...] Quando uma pessoa está com uma fono (ou um fono, que seja...), qual a intenção disso? Tem o nosso conhecimento? Tem. Eu tenho que entender o processo transexualizador? Tenho, para entender a que tipo de exposição, de hormônio, de cirurgia essa pessoa se expôs. Se fez cirurgia de prega vocal ou se não fez, se faz hormonioterapia ou se não faz, qual hormônio é importante, se a pessoa usa, o tempo que usa, qual é o ciclo... Tudo isso é importante. **Mas, depois de tudo isso, depois que eu entendi como esse corpo está, eu preciso entender o que essa pessoa espera. Não necessariamente a mulher quer ter uma voz fina, uma voz aguda, falar delicadamente, ter gestos, manejos de cabeça femininos... Não. Às vezes é só uma instabilidade mesmo, e eu preciso trabalhar aquilo.** Ou uma projeção, que a gente ouve muito também: “Minha voz não sai. Depois que eu comecei a usar hormônios, minha voz não sai, parece que ela está presa. Ela até tá boa, tá num tom muito bom, mas parece que ela está presa”. Então, **será que essa pessoa realmente quer entrar num padrão de feminilidade ou masculinidade? Ou ela só quer uma voz confortável? Tanto fisicamente como socialmente...**

Podemos compreender, assim, que não é toda a pessoa trans que entra em terapia fonoaudiológica que busca uma “(re)adequação” de sua voz e postura/gestualidade a padrões

tidos socialmente como femininos ou masculinos. O fonoaudiólogo João também tece observações nesse sentido, ressaltando a *identificação vocal* e a maneira pela qual as eles e elas se colocam para o mundo como pontos determinantes na terapia junto ao público trans:

[...] **É claro que tudo pode ser trabalhado, mas a identificação vocal é o que eu percebo muito mais hoje em dia trabalhando com o público trans. É que é uma questão de atitude, de personalidade. É como elas se colocam para o mundo.** E, assim, se a gente pode ajudar, né, facilitar esse caminho, eu acho que fica muito mais interessante para eles e elas.  
(Grifo nosso.)

Por fim, interessou-me saber como os entrevistados compreendem uma “voz de mulher” ou uma “voz de homem”, o que foi perguntado sob a perspectiva fonoaudiológica. De uma forma muito clara, ambos os fonoaudiólogos demonstraram não acreditar na existência de uma única voz relacionada ao gênero, mas sim em possibilidades de produção vocal que podem variar em função de diferentes fatores para além dos estereótipos de gênero.

Conforme Alana,

O que seria uma voz de mulher? Eu não sou especialista em voz, mas eu acho que, **para a Fonoaudiologia, se fosse enquadrar uma voz de mulher, colocaria uma voz de frequência aguda, baixa intensidade, dentro dos padrões heteronormativos, cisnormativos, tudo isso. Mas, eu, Alana, fonoaudióloga, não conseguiria dizer o que é uma voz de mulher. Porque, pra mim, é a própria mulher quem vai dizer. E existem milhares de tipos de mulheres.**  
(Grifo nosso.)

A fonoaudióloga ainda destaca a importância de um posicionamento profissional que vise à *desconstrução de padrões*, inclusive terapêuticos, no atendimento a pessoas trans. Defendendo a observância à pluralidade de identificações e de desejos que podem estar presentes entre pessoas de um mesmo gênero, Alana reforça a necessidade de um atendimento em que o(a) profissional busque orientações junto ao próprio paciente para estabelecer os caminhos terapêuticos:

[...] Receber uma pessoa trans no seu consultório, seja no ambulatório ou no SUS, não é nada de outro mundo. Se você se sente confortável para atender, atenda. Se você não se sente, encaminhe essa pessoa para alguém, mas **cuidado com os termos. Se você não sabe, você precisa ser sincero e dizer: “Olha, só, eu não sei. Como eu conduzo? Como você quer ser tratado?”** Pergunte à pessoa como ela quer ser tratada: **“Como eu posso te ajudar?”**, **“Se eu usar algum termo que seja desconfortável, que seja ofensivo, por favor, me oriente, me corrija”**. Porque eu ouvi de algumas pessoas que são acompanhadas há muitos anos por profissionais que no início não sabiam como lidar com a situação, mas que se interessou e que foram atrás. E hoje atendem outras pessoas, amigos... Porque assim... Ninguém é obrigado a atender ninguém. A gente atende quem a gente quer, quem a gente se sente confortável. Mas, no momento que a gente está com a pessoa

e a gente se propõe a isso, temos que ter muito cuidado. Porque **a gente não está lidando só com uma voz, e não é só com um corpo, uma prega vocal. É uma pessoa que está inserida em um contexto, e por isso temos que ter muito cuidado com o que a gente constrói. É um sujeito. E a linguagem constrói e destrói muita coisa.**

[...] No mundo que a gente está e, desconstruídos como nós estamos (pelo menos alguns profissionais), **acho até que a gente deve tentar quebrar esse padrão que existe.** Até na minha banca, o professor Luiz<sup>32</sup> disse que tinha ido num congresso de fono e disse que, em alguns trabalhos lá, estavam enquadrando “voz de gay” em alguns trabalhos relacionados a isso... Alguns trabalhos que eu já li até falavam sobre isso também. Trabalhos já desconstruindo esses anteriores, colocando em caixinhas mesmo os tipos de vozes. Então, ele falava pra mim: “eu venho de um congresso onde tentavam enquadrar as vozes e chego aqui e vejo você falar de toda essa desconstrução”. Porque **eu trouxe esse questionamento: vamos desconstruir os padrões, inclusive terapêuticos. Não é porque uma pessoa se identifica com o gênero socialmente imposto que necessariamente ela quer que essa voz seja uma voz igual à de outra mulher, que é outra mulher. E que tipo de mulher é essa que você está atendendo? Como ela se identifica?**  
(Grifo nosso.)

No que diz com os “padrões” vocais masculinos e/ou femininos, João também comenta que, ainda que haja parâmetros mais agudos ou mais graves (assim como parâmetros de expressividade) específicos para vozes “femininas” ou “masculinas”, não se pode dizer que uma “voz de mulher” é necessariamente aguda, ou que uma “voz de homem” é uma voz grave. O profissional acredita, assim como Alana, não haver só um padrão do que seria uma voz adequada de acordo com o gênero, aferindo que há muitas mulheres (cantoras, atrizes, por exemplo) com vozes graves, assim como há homens com vozes menos graves.

Ambos os entrevistados, dessa forma, consideram as múltiplas formas de produção vocal que podem existir em cada gênero – ainda que sejam imaginados alguns comportamentos vocais, não há uma normatização *estrita* das vozes em relação a parâmetros vocais ou expressividade corporal relacionada ao gênero.

### 3.2 Reflexões sobre o processo de “readequação vocal”

Não há como se dizer que, para a Fonoaudiologia, não existam critérios sobre vozes consideradas “de mulher” ou “de homem”. Pelo contrário: o arcabouço teórico que embasou a presente dissertação no que se refere aos aspectos médico-fonaudiológicos da voz demonstra parâmetros claros daquilo que seria considerado uma produção vocal e de expressividade “feminina” ou “masculina”, conforme vimos nos capítulos anteriores. Entretanto, diferentemente do que imaginávamos ao dar início ao presente estudo, a atuação

---

<sup>32</sup> Nome fictício.



no âmbito da clínica fonoaudiológica dos profissionais com os quais pudemos ter contato não evidenciou, no processo de “readequação” vocal, um necessário enquadramento patologizante ou normatizador dos padrões vocais e de expressividade, baseado no gênero.

É com base nas perspectivas dos profissionais sobre gênero e voz, e em todos os demais dados observados sobre processos de terapia vocal junto a pessoas trans ao longo desse exercício exploratório que, em conclusão, podemos, então, propor o seguinte questionamento: é capaz o termo “readequação” vocal de dar conta da relação e do cuidado em saúde que se estabelece na terapia fonoaudiológica junto a pessoas trans?

De acordo com os relatos analisados, não se trata a terapia fonoaudiológica de uma mera (re)adequação a padrões. O papel da Fonoaudiologia no processo de terapia vocal possui múltiplas justificativas e formas de desenvolvimento. A adequação a parâmetros de gênero é apenas uma destas possibilidades, tendo em vista que observamos não só a preocupação às demandas individuais de cada pessoa em atendimento como também a disponibilidade dos profissionais em participar de um processo de “construção” dos desejos dos/das pacientes em relação à sua voz e expressividade.

Podemos citar o aprimoramento da expressão e da comunicação oral, em observância às buscas específicas e individuais (para além de normatizações de gênero), como objetivo principal da terapia fonoaudiológica em ambos os casos individuais estudados. Além disso, há uma evidente preocupação, que pode se dizer prioritária, dos profissionais entrevistados em relação ao acolhimento das pessoas trans no ambiente clínico, para que possam se expressar – a si, a seus corpos e desejos – do modo que se sentem mais confortáveis e menos discriminadas.

Já no que se refere às justificativas (de viés sociológico) para o atendimento, observamos diferentes caminhos: o fonoaudiólogo João compreende sua atuação junto a pessoas trans como uma maneira de contribuir para uma maior empregabilidade da população trans, assim como de contribuir socialmente para a sensibilização às demandas e à condição de “margem” de pessoas em trânsito de gênero. Alana, por sua vez, sustenta a função política do atendimento a pessoas trans no sentido de contribuir para uma reflexão sobre diretrizes, padrões e posturas clínicas utilizadas pelos profissionais da Fonoaudiologia nesses casos, posicionando-se claramente contra a patologização – e estigmatização – da transexualidade.

Os profissionais entrevistados também seguem, muito provavelmente, estratégias terapêuticas distintas, sendo considerados em maior ou menor relevância parâmetros vocais e

de expressividade em relação ao gênero masculino ou feminino. Não obstante, observamos que ambos os fonoaudiólogos nutrem uma busca em comum: o *não silenciamento* das pessoas trans em atendimento. Isso porque os trajetos profissionais se colocam na busca contrária ao *silêncio* – a *voz*, em suas expressões mais “aprimoradas” e confortáveis individual e socialmente, é o grande foco do atendimento fonoaudiológico junto a pessoas trans. *Voz*, esta, que representa não só uma função neurofisiológica, mas também a afirmação de um modo de ser; uma manifestação da expressão de si (para si e para outros).

Os relatos aqui estudados, para além da busca por uma (re)adequação vocal, se voltam para a produção da *voz* como uma forma de se criar um lugar de existência no mundo – seja na busca por maior empregabilidade e reconhecimento profissional de pessoas trans, seja no posicionamento político de luta pela despatologização da transexualidade (e no questionamento de padrões de gênero). Desse modo, entendemos que a complexidade das questões relativas ao atendimento, bem como as múltiplas direções possíveis da terapia fonoaudiológica junto a pessoas trans, não cabem em um processo de “readequação” vocal a parâmetros de gênero: as vozes possíveis também existem – e podem se construir – *em trânsito*.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo desta dissertação, buscamos aproximar as temáticas que envolvem voz, gênero e (trans)sexualidade numa investigação acerca do papel da fonoaudiologia na terapia vocal e de expressividade junto a pessoas trans. Buscando compreender valores, concepções socioculturais e científicas sobre voz e gênero que atravessam o âmbito clínico da terapia fonoaudiológica junto a pessoas trans, embarcamos numa jornada que partiu do estudo teórico de paradigmas de gênero e sexualidade, passou pelas possíveis origens e organização da Fonoaudiologia no Brasil, e se concluiu com a análise das abordagens de profissionais da área que fazem atendimento clínico de pessoas trans.

Tal percurso nos permitiu compreender não somente o caráter generificado da produção da voz e da expressividade como também o lugar da terapia vocal no atendimento a pessoas trans. Por meio da análise de entrevistas e de achados na literatura, pudemos observar os modos pelos quais o (trans)gênero estaria atravessando o campo de atuação fonoaudiológica no âmbito da terapia vocal.

No início do mestrado, quando o presente estudo ainda era um projeto, tínhamos a ideia de que a terapia vocal junto a pessoas trans consistiria em uma “readequação” vocal a padrões normativos de gênero, processo em que se visaria essencialmente a uma voz “mais feminina” ou “mais masculina”. Para conhecer o campo e confirmar ou não essa hipótese, tínhamos, enquanto estratégia metodológica, o plano de realizar entrevistas tanto com profissionais da fonoaudiologia quanto com pessoas trans em atendimento clínico.

Entretanto, os rumos da pesquisa mudaram, tanto em termos do seu objeto empírico quanto em relação à noção de “readequação” vocal inicialmente considerada. Direcionamos o enfoque ao olhar da fonoaudiologia (de seus profissionais) sobre o processo de terapia vocal junto a pessoas trans. As ideias ponderadas na presente pesquisa foram, assim, fruto da análise de artigos e manuais da Fonoaudiologia e de outras áreas biomédicas, bem como partiram de observações e de relatos de profissionais da área. Em relação à noção de “readequação” vocal, modificamos, também, nossa perspectiva de observação: compreendemos, durante a pesquisa, que o trabalho realizado na clínica fonoaudiológica junto a pessoas trans vai para muito além de uma adequação a padrões de gênero – observamos nuances e diferentes maneiras de abordagem terapêutica.

No primeiro capítulo, buscamos explorar as noções de gênero, voz, corpo e transexualidade que nos guiaram durante a pesquisa. Adotamos a ideia do gênero como marcador intrinsecamente ligado a significados culturais, assim como à própria significação do (e de atos do) corpo. A seguir, buscamos compreender como o surgimento da transexualidade, enquanto categoria social, se relaciona à medicalização da sexualidade, em razão da possível relevância dessa relação no contexto de atenção à saúde trans. Com a noção de que o gênero estaria relacionado à estilização reiterada do corpo e de seus atos, propusemos a ideia de voz como ato performativo de gênero, na medida em que obedece à reiteração de parâmetros de frequência, intensidade, entonação, etc. que performam gêneros.

No segundo capítulo, nos preocupamos em contextualizar a emergência da categoria profissional da Fonoaudiologia, com o fito de situar o olhar clínico em relação à voz e, em especial, à voz trans. Exploramos pistas de fronteiras entre os saberes médicos e educacionais na construção da área de atuação fonoaudiológica, bem como comentamos algumas das possibilidades de práticas fonoaudiológicas, principalmente em relação à voz e à expressividade. Considerando-se os possíveis transpassamentos entre o Processo Transexualizador e a terapia fonoaudiológica, traçamos um breve histórico desse conjunto de práticas de atenção em saúde às pessoas trans no Brasil, com a contextualização da atuação fonoaudiológica nesse âmbito.

Por fim, no terceiro e último capítulo elaboramos a análise de entrevistas realizadas com profissionais da fonoaudiologia que trabalham – e exercem atividades de pesquisa – na área de terapia vocal junto a pessoas trans. Atentos a valores, concepções socioculturais e científicas sobre voz, gênero e sexualidade que atravessam o âmbito clínico da terapia fonoaudiológica, relatamos a experiência de contato com fonoaudiólogos que se dispuseram (ou não) a conversar sobre o tema e sobre detalhes da terapia junto a pessoas trans.

Chegamos a diversas “conclusões parciais” durante esta jornada de mestrado, cujos aportes se encontram nos capítulos anteriores às presentes considerações finais. Não obstante, podemos manifestar a relevância dos achados sobre objetivos da terapia e sobre o papel da fonoaudiologia no processo terapêutico de voz e de expressividade junto a pessoas trans. Conforme concluímos ao final do terceiro capítulo, o aprimoramento da expressão e da comunicação oral, nos casos estudados, leva em consideração prioritariamente buscas específicas e individuais de cada paciente. Do ponto de vista dos profissionais entrevistados, a terapia fonoaudiológica também pode ser um caminho de construção de (e descobertas sobre) si, e é nesse sentido que a terapêutica já não caberia mais na noção de “readequação” vocal: a

terapia fonoaudiológica junto a pessoas trans consistiria, assim, em um caminho para muitas possibilidades singulares de *soar* no mundo.

## REFERÊNCIAS

- AARÃO, Poliane Cristina de Lima. et al. Histórico da Fonoaudiologia: Relato de alguns estados brasileiros. *Rev. Med. Minas Gerais*, Minas Gerias, v. 21, n.2, p. 238-244, 2011.
- ALMEIDA, Guilherme. 'Homens trans': novos matizes na aquarela das masculinidades?. *Rev. Estud. Fem. [online]*. 2012, vol.20, n.2, p. 513-523.
- ALMEIDA, Guilherme; MURTA, Daniela. Reflexões sobre a possibilidade da despatologização da transexualidade e a necessidade da assistência integral à saúde de transexuais no Brasil. *Sex., Salud Soc.* Rio de Janeiro, n. 14, p. 380-407, 2013.
- ARÁN, Márcia; LIONCO, Tatiana; MURTA, Daniela. Transexualidade e saúde pública no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 1141-1149, Aug. 2009. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232009000400020&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000400020&lng=en&nrm=iso)>. access on 11 Jan. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000400020>.
- ARÁN, Marcia; MURTA, Daniela; Zaidhaft, Sérgio. Transexualidade: corpo, subjetividade e saúde coletiva. *Psicol. Soc.*, Porto Alegre, v. 20, n. 1, p. 70-79, Apr. 2008. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-71822008000100008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822008000100008&lng=en&nrm=iso)>. access on 11 Jan. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822008000100008>.
- AZUL, David. Transmasculine people's vocal situations: a critical review of gender-related discourses and empirical data. In: *International Journal of Language & Communication Disorders* / Royal College of Speech & Language Therapists. Bendigo, AUS: 2015, vol. 50, p. 31-47.
- BEBER, Bárbara Costa; CIELO, Carla Aparecida. Características vocais acústicas de homens com voz e laringe normal. *Rev. CEFAC*. São Paulo: v. 13, n. 2, p. 340-351, 2011.
- BEHLAU, Mara (Org). *Voz: O livro do especialista*. Rio de Janeiro: Revinter, vol. 1, 2013.
- BEHLAU, Mara; GAMA, Ana Cristina Côrtes; CIELO, Carla Aparecida. Técnicas Vocais. In: MARCHESAN, Irene Queiroz; SILVA, Hilton Justino da; TOMÉ, Marileda Cattelan (Org.). *Tratado das Especialidades em Fonoaudiologia*. São Paulo: Roca, 1ª edição, 2014, p. 127-152.
- BENEDETTI, Marcos Renato. *Toda feita: o corpo e o gênero das travestis*. Rio de Janeiro: Garamond, 2005, p. 21-25.
- BENTO, Berenice. *A reinvenção do corpo: sexualidade e gênero na experiência transexual*. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.
- BISCARO, Bárbara. *Gênero, sexo e escuta na voz em performance*. *Urdimento*, v. 1, n. 22, p. 15-26, jul. 2014. Disponível em: <http://revistas.udesc.br/index.php/urdimento/article/view/5088/3260>. Acesso em 08/01/2018.

BORDINI, Gabriela Sagebin. *As negociações da articulação entre gênero e sexualidade na interação de jovens universitários*. 2014. Tese (Doutorado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

BRANDI, Edmée de Souza Mello. *Educação da voz falada*. Rio de Janeiro: Ed. Gernasa, 1972.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Processo Transexualizador*. Portal da Saúde - Ministério da Saúde, Brasília - DF. Maio de 2014. Disponível em <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/898-sas-raiz/daet-raiz/media-e-alta-complexidade/13-media-e-alta-complexidade/12669-cgmac-teste-botao-8>

BRASIL. Portal Brasil. Cirurgias de mudança de sexo são realizadas pelo SUS desde 2008. *Cidadania e Justiça*, 2015. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/cidadania-e-justica/2015/03/cirurgias-de-mudanca-de-sexo-sao-realizadas-pelo-sus-desde-2008>

BRASIL. Portaria nº 2.803, de 19 de novembro de 2013. Redefine e amplia o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União (D.O.U.)* nº 225, de 20-11-2013, Seção 1.

BUTLER, Judith. *Problemas de gênero: Feminismo e subversão da identidade* (R. Aguiar, Trad.). Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

CALVENTE, Ana; LOPES, Clarisse M. A Arte na Terapia da Voz. In: Mônica G. M. Valle. (Org.). *Voz? Diversos Enfoques em Fonoaudiologia*. Revinter, 2002, p. 29-34.

CAMERON, Deborah; KULICK, Don. *Language and Sexuality*. Cambridge: Cambridge University Press, 2003.

CANGUILHEM, Georges. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Editora Forense Universitária, 6ª edição, 2009.

CARVALHO, Mario Felipe de Lima. “Muito prazer, eu existo!”. *Visibilidade e reconhecimento no ativismo de pessoas trans no Brasil*. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

CASTEL, Pierre-Henri. Algumas reflexões para estabelecer a cronologia do "fenômeno transexual" (1910-1995). *Rev. bras. Hist.* [online]. 2001, vol.21, n.41, pp.77-111.

CIELO, Carla Aparecida; BEBER, Bárbara Costa; MAGGI, Celina Rech; KÖRBES, Daiane; OLIVEIRA, Clarissa Flores; WEBER, Danúbia Emanuele & TUSI, Aline Ramos. Disfonia funcional psicogênica por puberfonia do tipo muda vocal incompleta: aspectos fisiológicos e psicológicos. In: *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 26(2), 2009, p. 227-236.

CONRAD, Peter. *The medicalization of society*. Baltimore: The John Hopkins University Press, 2007.

CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA (CFFa – Brasil). *Como obter o título de especialista*. Disponível em <http://www.fonoaudiologia.org.br/cffa/index.php/como-obter-o-titulo-de-especialista/>. Acesso em 22 de fevereiro de 2018.

CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA (CFFa – Brasil). Resolução CFFa nº 453/2014. Dispõe sobre o reconhecimento, pelo Conselho Federal de Fonoaudiologia, da Fonoaudiologia Neurofuncional, Fonoaudiologia do Trabalho, Gerontologia e Neuropsicologia como áreas de especialidade da Fonoaudiologia e dá outras providências. *Diário Oficial da União* (D.O.U.), 07 de outubro de 2014, Seção I, p. 22.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM – Brasil). Resolução CFM nº 1.955/2010. Dispõe sobre a cirurgia de transgenitalismo e revoga a Resolução CFM nº 1.652/02. *Diário Oficial da União* (D.O.U.), 3 de setembro de 2010, Seção I, p. 109-10.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO (CNE – Brasil). Resolução CNE/CES 5/2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fonoaudiologia. *Diário Oficial da União* (D.O.U.), Brasília, 4 de março de 2002, Seção I, p. 12.

CONSELHO REGIONAL DE FONOAUDIOLOGIA 6 (CREFONO 6). *Voz*. Disponível em <http://www.crefono6.org.br/visualizacao-de-areas/ler/45/voz>. Acesso em 22 de fevereiro de 2018.

COSTA, Jurandir S. Freire. O corpo é o maestro. *Revista de história da Biblioteca Nacional*, Rio de Janeiro, janeiro de 2009, p. 38 - 43.

COSTA, Luana Dias da; BARROS, Alana Dantas; PRADO, Elizabeth A. de Jesus *et al.* Competência cultural e atenção à saúde da população de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBT). In: *Rev. Tempus, actas de saúde coletiva - UnB*. Brasília, 2017, p. 105-119.

CREFONO 1. Estudo Sincrônico – A Fonoaudiologia no Brasil. In: *Jornal Brasileiro de Reabilitação – Órgão Oficial de Entidades da Reabilitação*, nº 4, vol. IV. Edições 15 e 16 – Junho e Setembro de 1984.

DACAKIS, Georgia; OATES, Jennifer; DOUGLAS, Jacinta. Associations between the Transsexual Voice Questionnaire (TVQMtF) and self-report of voice femininity and acoustic voice measures. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 2017, vol. 52, Issue 6, p. 831-838.

DORNELAS, Rodrigo; GRANZOTTI, Raphaela Barroso Guedes; LEITE, André Filipe dos Santos and SILVA, Kelly. A redesignação vocal em pessoas trans. *CoDAS* [online]. 2017, vol.29, n.2 [cited 2018-01-11], e20160168. Available from: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2317-17822017000200200&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2317-17822017000200200&lng=en&nrm=iso)>. Epub Mar 13, 2017. ISSN 2317-1782. <http://dx.doi.org/10.1590/2317-1782/20172016168>.

DRUMOND, Lorena Badaró. *Fonoaudiologia e transgenitalização: A voz no processo de reelaboração da identidade social do transsexual*. In: Anais do XV Encontro Nacional da Associação Brasileira de Psicologia Social. Maceió, 2009.



DUQUE, Tiago. *Gêneros incríveis: identificação, diferenciação e reconhecimento no ato de passar por*. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2013.

FERREIRA, Aurélio B. de Holanda. *Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa*. 4ª edição. Curitiba: Positivo, 2009, 2120 p.

FERREIRA, Léslie Piccolotto. *O Fonoaudiólogo e a escola*. São Paulo: SUMMUS, 1991.

FOUCAULT, Michel. *História da Sexualidade: A vontade de saber* (vol. 1). Rio de Janeiro: Graal, 1999.

GELFER, Marylou Pausewang; TICE, Ruthanne M. Perceptual and acoustic outcomes of voice therapy for male-to-female transgender individuals immediately after therapy and 15 months later. In: *Journal of Voice*, vol. 27, nº 3, 2013, p. 335-347.

GUBERFAIN, Jane Celeste; BECKER, Lidia. Jogo teatral: uma perspectiva ampliada do cuidado em saúde fonoaudiológica. In: ROBLES, Fabio R. Pereira; VASCONCELOS, Geni A. Nader. (Org.). *Perplexidades, devaneios e provocações*. Rio de Janeiro: Educatoris, 2019, v. 1, p. 61-80.

GUEDES, Zelita Caldeira F. A Linguagem por meio dos gestos. In: Kyrillos LR. *Expressividade da teoria à prática*. Rio de Janeiro: Revinter, 2005. p.76-86.

HANCOCK Adrienne B.; GARABEDIAN, Laura M. 2013. Transgender voice and communication treatment: a retrospective chart review of 25 cases. In: *International Journal of Language & Communication Disorders*, vol. 48, nº 1. Washington: 2013, p. 54-65.

HANCOCK, Adrienne B.; KRISSENGER, Julianne; OWEN, Kelly. Voice perceptions and quality of life of transgender people. In *Journal of Voice*, vol. 25. Washington, District of Columbia: 2011, p. 553-558.

HARAWAY, Donna. Manifesto ciborgue: ciência, tecnologia e feminismo-socialista no final do século XX. In: HARAWAY, Donna et al. *Antropologia do ciborgue: as vertigens do pós-humano*. Belo Horizonte: Autêntica, 2009 [1985].

HAUSMAN, Berenice. En busca de la subjetividad: transexualidad, medicina y tecnologías de género. In NIETO, J. A. *Transexualidad, transgenerismo y cultura: antropología, identidad y género*. Madrid: Talasa Ediciones, 1998.

IRWIG, Michael S.; CHILDS, Kevin; HANCOCK, Adrienne B. Effects of Testosterone on the Transgender Male Voice. In *Andrology*. Washington, DC: 2017, vol. 5, p. 107-112.

LAKOFF, Robin. *Language and Women's Place*. New York: Harper & Row, 1975.

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

LOURO, Guacira Lopes. *Gênero, Sexualidade e Educação: uma perspectiva pós-estruturalista*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1997.

LOURO, Guacira Lopes. Heteronormatividade e homofobia. In: JUNQUEIRA, R. D. (Org.). *Diversidade sexual na educação: problematizações sobre homofobia nas escolas*. Brasília: Ministério da Educação/UNESCO, 2009. v. 32. p. 85-93.

LOURO, Guacira Lopes. *Um corpo estranho: ensaios sobre sexualidade e a teoria Queer*. Belo Horizonte: Autêntica, 2008.

MACHADO, Patricia Girarde; MEZZOMO, Carolina Lisbôa; BADARO, Ana Fátima Viero. A postura corporal e as funções estomatognáticas em crianças respiradoras orais: uma revisão de literatura. *Rev. CEFAC*. São Paulo: vol. 14, n. 3, p. 553-565, 2012 .

MACK, Carlos A. C. *A emergência da categoria da transexualidade na interseção com as técnicas biomédicas*. 2015. 105 f. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2015.

MASTRONIKOLIS, Nicholas S; REMACLE, Marc; BIAGINI, Michela; *et al.* *Wendler glottoplasty: an effective pitch raising surgery in male-to-female transsexuals*. *J Voice*. 2013; 27: p. 516–522.

MAUSS, Marcel. *As técnicas do corpo*. In: *Sociologia e Antropologia*. São Paulo: Cosac Naify, 2003, p. 399-422.

MELLO, Luiz; PERILO, Marcelo; BRAZ, Camilo Albuquerque de; PEDROSA, Cláudio. Políticas de saúde para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no Brasil: em busca de universalidade, integralidade e equidade. *Sex., Salud Soc. (Rio J.)* [online]. 2011, n.9 [cited 2017-01-12], pp.7-28. Available from:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1984-64872011000400002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-64872011000400002&lng=en&nrm=iso)>. ISSN 1984-6487.  
<http://dx.doi.org/10.1590/S1984-64872011000400002>.

MULLENNIX, John W.; JOHNSON, Keith A.; TOPCU-DURGUN, Meral; FARNSWORTH, Lynn M. The perceptual representation of voice gender. In: *The Journal of the Acoustical Society of America*: 1995, vol. 98, pp.3080-3095.

McINTOSH, Mary. The homosexual role. *Social Problems*, vol. 16, nº 2: 1968, p. 182–192.

MCNEILL, Emma J. M., WILSON, Janet A., CLARK, Susan & DEAKIN, Jayne. Perception of voice in the transgender client. *Journal of Voice*, 2008, 727-733.

NAVAS, Deli Montanari. A Voz em Políticos. In: *Voz Profissional: O Profissional da Voz*. Carapicuíba, SP: Pró-fono, 2ª edição, 1998.

NÉTO, Lúcia Elena Figueiredo. Consciência histórica e identidade profissional. *Revista Distúrbios da Comunicação*. São Paulo: 7(1), p. 71-78, 1994.

OLIVEIRA, Fabiana de. *Por uma terapêutica fonoaudiológica: os efeitos do discurso médico e do discurso pedagógico na constituição do discurso fonoaudiológico*. 2002. 186 f.

Dissertação (Mestrado em Estudos da Linguagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002.

PARKER, Richard. Interseções entre Estigma, Preconceito e Discriminação na Saúde. In. MONTEIRO, Simone; VILLELA, Wilza (Org.). *Estigma e Saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013. BARROS, J.P. P., & COLAÇO, V. F. R. (2013). "Meu prazer agora é risco": sentidos sobre sexualidade entre jovens de um grupo sobre saúde. *Fractal: Revista de Psicologia*, 25(1), 59-80. <https://dx.doi.org/10.1590/S1984-02922013000100005>

PRECIADO, Beatriz. *Manifesto Contrassexual: Políticas subversivas de identidade sexual*. Tradução Maria Paula Gurgel Ribeiro. São Paulo: n-1 edições, 2014.

RIO DE JANEIRO, 2013. Secretaria Municipal de Saúde e Coordenadoria Especial da Diversidade Sexual. Resolução Conjunta SMS/CEDS nº 056 de 19 de julho de 2013. *Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro*, ano XXVII, nº 85, 22 de julho de 2013. Cartilha disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/10136/4134814/Cartilha.pdf>

RODRIGUES, Carla. Performance, gênero, linguagem e alteridade: J. Butler leitora de J. Derrida. *Sex., Salud Soc. (Rio J.)* [online]. 2012, n.10, p.140-164.

ROSA, João Guimarães. Grande sertão: Veredas. In ROSA, João Guimarães. *Ficção completa*. Rio de Janeiro: Nova Aguilar, 1995.

SANTOS, Heloisa Helena de Almeida Neves Matta dos; AGUIAR, Andréa Gomes de Oliveira; BAECK, Heidi Elisabeth and VAN BORSEL, John. Tradução e avaliação preliminar da versão em Português do Questionário de Autoavaliação Vocal para Transexuais de Homem para Mulher. *CoDAS*, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 89-96, 2015. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2317-17822015000100089&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2317-17822015000100089&lng=en&nrm=iso)>. access on 01 Apr. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/2317-1782/20152014093>.

SCHNEIDER, Sarah; COUREY, Mark. Transgender voice and communication - vocal health and considerations In: DEUTSCH, Madeline B. *Guidelines for the primary and gender-affirming care of transgender and gender nonbinary people*. 2. ed. San Francisco: University of California; 2016, p. 161-171.

SILVEIRA, Vânia P. *Da Terapia da Palavra à Fonoaudiologia: Práticas Fonoaudiológicas na Cidade do Rio de Janeiro de 1963 a 1981*. Dissertação de Mestrado em Psicologia e Práticas Sócio-Culturais, apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, em 1996.

SPENCER, L. E. Speech characteristics of male-to-female trans-sexuals: a perceptual and acoustic study. *Folia Phoniatica*, 1988, 40, 31-42.

STEVENS, Jennifer Anne. *From Masculine to Feminine and All Points in Between: A Practical Guide*. Cambridge, Mass: Different Path, 1990.

VÍCTORA, Ceres G.; KNAUTH, Daniela R; HASSEN, Maria de N. A. Corpo, saúde e doença na antropologia. In: VÍCTORA, Ceres G. *Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema*. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000. p. 11-23.

XIMENES FILHO, João Aragão et al. Correlação entre a altura e as dimensões das pregas vocais. *Rev. Bras. Otorrinolaringol.* [online]. 2003, vol.69, n.3, p.371-374.

ZORZANELLI, Rafaela T.; ORTEGA, Francisco; BEZERRA Jr, Benilton. *Um panorama sobre as variações em torno do conceito de medicalização entre 1950-2010*. Ciência e Saúde Coletiva (Impresso), v. 19, p. 1859-1868, 2014.

WEEKS, Jeffrey. O corpo e a sexualidade. In: LOURO, Guacira Lopes (Org.). *O corpo educado – pedagogias da sexualidade*. Belo Horizonte: Autêntica, 1999.

**ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), da pesquisa intitulada VOZ EM TRÂNSITO: GÊNERO E FONOAUDIOLOGIA NA “READEQUAÇÃO VOCAL” DE PESSOAS TRANS, desenvolvida pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ), conduzida pela pesquisadora Mariana da Fonseca Seger, sob orientação do Prof. Dr. Horacio Federico Sívori. Este estudo tem por objetivo investigar como ocorre o processo de "readequação vocal" em mulheres trans, e qual o papel atual da clínica fonoaudiológica no ajuste da voz (e da linguagem) à identidade de gênero de mulheres trans no Brasil.

Você foi selecionado(a) por atuar profissionalmente, no âmbito da fonoaudiologia clínica, junto a pessoas trans no processo de “readequação vocal”.

Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa, desistência ou retirada de consentimento não acarretará nenhum prejuízo.

Eventualmente, alguma pergunta feita durante a entrevista pode apresentar risco de constrangimento. Contudo, você poderá se recusar a responder qualquer pergunta que lhe cause constrangimento ou desconforto.

Caso haja a necessidade de transcrição de alguma de suas falas no corpo do texto de parte da pesquisa, sua identidade será referida por pseudônimo. Sempre que houver informações nas entrevistas que permitam, por inferência ou dedução, a identificação sua ou de pacientes atendidos em clínica, estas serão suprimidas.

A sua participação não será remunerada nem implicará gastos a você; eventuais despesas de participação poderão ser custeadas ou ressarcidas pela pesquisa.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em uma entrevista que será realizada em um encontro presencial, com duração de aproximadamente uma hora. A entrevista será conduzida por mim, Mariana da Fonseca Seger, no local designado por você, conforme a sua disponibilidade e comodidade, em datas e horários estabelecidos previamente.

Na entrevista, serão abordados temas relacionados à sua trajetória profissional na fonoaudiologia; ao atendimento de fonoterapia realizado junto a pessoas trans; às técnicas utilizadas na “readequação vocal” de mulheres trans; às suas observações e compreensões de gênero. Durante a realização das entrevistas, estarão presentes apenas entrevistadora e entrevistado(a). A entrevista será registrada através de gravador de áudio e anotações.

Os dados obtidos por meio desta pesquisa serão confidenciais e não serão divulgados em nível individual, visando assegurar o sigilo de sua participação. A pesquisadora responsável se comprometeu a tornar públicos nos meios acadêmicos e científicos os resultados obtidos de forma consolidada sem qualquer identificação de indivíduos participantes, a menos que, no caso dos profissionais da fonoaudiologia, seja desejada e requerida a divulgação dos seus próprios dados.

Caso você concorde em participar desta pesquisa, assine ao final desse documento, que possui duas vias (sendo uma delas sua, e a outra da pesquisadora responsável pela pesquisa).

Seguem os telefones e o endereço institucional da pesquisadora responsável e do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, onde você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sobre a sua participação nele, agora ou a qualquer momento.

**Contato da pesquisadora responsável:**

Mariana da Fonseca Seger. Residente à rua Joaquim Nabuco, 98/301, no bairro Copacabana, CEP 24220-020, Rio de Janeiro-RJ. Cel. (21) 98567-0984. E-mail: marianafseger@hotmail.com

**Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da UERJ:** Rua São Francisco Xavier, 524 – sala 7.003-D, Maracanã, Rio de Janeiro, CEP 20559900, telefone (21) 2334-0235, ramal 108. E-mail: cep-ims@ims.uerj.br

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa, e que concordo em participar.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_.

Assinatura do(a) entrevistado(a) \_\_\_\_\_

Assinatura da pesquisadora \_\_\_\_\_

## ANEXO B – Pesquisa no Portal BVS

PORTAL DE PESQUISA: **PORTAL BVS**DESCRITORES DE BUSCA: **VOICE and TRANS**RESULTADOS: **84**ESTUDOS QUE VERSAM SOBRE O TEMA VOZ TRANS: **12**DATA DA PESQUISA: **24/11/2017**

1. **Masculine Voices Predict Well-Being in Female-to-Male Transgender Individuals.** Watt, Seth O; Tskhay, Konstantin O; Rule, Nicholas O. Arch Sex Behav; 2017 Oct 25. Artigo em Inglês | MEDLINE | ID: mdl-29071544
2. Transgender Research in the 21st Century: A Selective Critical Review From a Neurocognitive Perspective. Mueller, Sven C; De Cuypere, Griet; T'Sjoen, Guy. Am J Psychiatry; : appiajp201717060626, 2017 Oct 20. Artigo em Inglês | MEDLINE | ID: mdl-29050504
3. **Trans Male Voice in the First Year of Testosterone Therapy: Make No Assumptions.** Hancock, Adrienne B; Childs, Kayla D; Irwig, Michael S. J Speech Lang Hear Res; 60(9): 2472-2482, 2017 Sep 18. Artigo em Inglês | MEDLINE | ID: mdl-28892815
4. **Self-perception of voice in transgender persons during cross-sex hormone therapy.** Bultynck, Charlotte; Pas, Charlotte; Defreyne, Justine; Cosyns, Marjan; den Heijer, Martin; T'Sjoen, Guy. Laryngoscope; 127(12): 2796-2804, 2017 Dec. Artigo em Inglês | MEDLINE | ID: mdl-28730692
5. Laryngeal evidence for the first and second passaggio in professionally trained sopranos. Echternach, Matthias; Burk, Fabian; Köberlein, Marie; Selamtzis, Andreas; Döllinger, Michael; Burdumy, Michael; Richter, Bernhard; Herbst, Christian Thomas. PLoS One; 12(5): e0175865, 2017. Artigo em Inglês | MEDLINE | ID: mdl-28467509
6. Voice Outcomes in Surgical Repair of Zenker's Diverticulum. Schoeff, Stephen; Freeman, Michael; Daniero, James. Dysphagia; 2017 May 25. Artigo em Inglês | MEDLINE | ID: mdl-28540530
7. **A redesignação vocal em pessoas trans. / A redesignação vocal em pessoas trans. / Voice re-assignment in trans people.** Dornelas, Rodrigo; Granzotti, Raphaela Barroso Guedes; Leite, André Filipe Dos Santos; Silva, Kelly. Cogas; 29(2): e20160168, 2017 03 13.
8. Culture and Process Change as a Priority for Patient Engagement in Medicines Development. Boutin, Marc; Dewulf, Lode; Hoos, Anton; Geissler, Jan; Todaro, Veronica; Schneider, Roslyn F; Garzya, Vincenzo; Garvey, Andrew; Robinson, Paul; Saffer, Tonya; Krug, Sarah; Sargeant, Ify. Ther Innov Regul Sci; 51(1): 29-38, 2017 Jan. Artigo em Inglês | MEDLINE | ID: mdl-28232876
9. 'Unladylike Commotion': Early feminism and nursing's role in gender/trans dialogue. Fowler, Marsha D. Nurs Inq; 24(1)2017 Jan. Artigo em Inglês | MEDLINE | ID: mdl-28124806
10. Single-incision endoscopic thyroidectomy by the axillary approach with gas inflation for the benign thyroid tumor: retrospective analysis for a single surgeon's experience. Cho, Jinbeom; Lee, Dosang; Baek, Jongmin; Lee, Junhyun; Park, Yohan; Sung, Kiyong. Surg Endosc; 31(1): 437-444, 2017 Jan. Artigo em Inglês | MEDLINE | ID: mdl-27422248
11. How Stressful Is "Deep Bubbling"? Tyrmi, Jaana; Laukkanen, Anne-Maria. J Voice; 31(2): 262.e1-262.e6, 2017 Mar. Artigo em Inglês | MEDLINE | ID: mdl-27292094

12. **Effects of testosterone on the transgender male voice.** Irwig, M S; Childs, K; Hancock, A B. *Andrology*; 5(1): 107-112, 2017 Jan. Artigo em Inglês | MEDLINE | ID: mdl-27643399
13. **Transmasculine People's Voice Function: A Review of the Currently Available Evidence.** Azul, David; Nygren, Ulrika; Södersten, Maria; Neuschaefer-Rube, Christiane. *J Voice*; 31(2): 261.e9-261.e23, 2017 Mar. Artigo em Inglês | MEDLINE | ID: mdl-27318608
14. **A redesignação vocal em pessoas trans / Voice re-assignment in trans people** Dornelas, Rodrigo; Granzotti, Raphaela Barroso Guedes; Leite, André Filipe dos Santos; Silva, Kelly. *CoDAS*; 29(2): e20160168, 2017. Artigo em Português | LILACS-Express | ID: biblio-840112
15. Preliminary study of a novel transfection modality for in vivo siRNA delivery to vocal fold fibroblasts. Kraja, Iv; Bing, Renjie; Hiwatashi, Nao; Rousseau, Bernard; Nalband, Danielle; Kirshenbaum, Kent; Branski, Ryan C. *Laryngoscope*; 127(7): E231-E237, 2017 Jul. Artigo em Inglês | MEDLINE | ID: mdl-27996099
16. Transoral robotic resection of a combined laryngocele. Gal, T J; Hixon, Brian; Zhang, Paul. *J Robot Surg*; 11(2): 263-266, 2017 Jun. Artigo em Inglês | MEDLINE | ID: mdl-27995544
17. **Perceptions of Sex, Gender, and Puberty Suppression: A Qualitative Analysis of Transgender Youth.** Vrouenraets, Lieke Josephina Jeanne Johanna; Fredriks, A Miranda; Hannema, Sabine E; Cohen-Kettenis, Peggy T; de Vries, Martine C. *Arch Sex Behav*; 45(7): 1697-703, 2016 Oct. Artigo em Inglês | MEDLINE | ID: mdl-27251640
18. Trans-oral endoscopic partial adenoidectomy does not worsen the speech after cleft palate repair. Abdel-Aziz, Mosaad; Khalifa, Badawy; Shawky, Ahmed; Rashed, Mohammed; Naguib, Nader; Abdel-Hameed, Asmaa. *Braz J Otorhinolaryngol*; 82(4): 422-6, 2016 Jul-Aug. Artigo em Inglês | MEDLINE | ID: mdl-26777079
19. Outpatient-based injection laryngoplasty for the management of unilateral vocal fold paralysis - clinical outcomes from a UK centre. Mohammed, H; Masterson, L; Gendy, S; Nassif, R. *Clin Otolaryngol*; 41(4): 341-6, 2016 Aug. Artigo em Inglês | MEDLINE | ID: mdl-26248753
20. **A network analysis of body satisfaction of people with gender dysphoria.** van de Grift, T C; Cohen-Kettenis, P T; Elaut, E; De Cuypere, G; Richter-Appelt, H; Haraldsen, I R; Kreukels, B P C. *Body Image*; 17: 184-90, 2016 Jun. Artigo em Inglês | MEDLINE | ID: mdl-27137814
21. The psychologist's role in transgender-specific care with U.S. veterans. Johnson, Laura; Shipherd, Jillian; Walton, Heather M. *Psychol Serv*; 13(1): 69-76, 2016 Feb. Artigo em Inglês | MEDLINE | ID: mdl-25961643
22. Breaking down barriers: exploring the potential for social care practice with trans survivors of domestic abuse. Rogers, Michaela. *Health Soc Care Community*; 24(1): 68-76, 2016 Jan. Artigo em Inglês | MEDLINE | ID: mdl-25660988
23. **Effects on Voice Fundamental Frequency and Satisfaction with Voice in Trans Men during Testosterone Treatment-A Longitudinal Study.** Nygren, Ulrika; Nordenskjöld, Agneta; Arver, Stefan; Södersten, Maria. *J Voice*; 30(6): 766.e23-766.e34, 2016 Nov. Artigo em Inglês | MEDLINE | ID: mdl-26678122
24. Quality of life and functional evaluation in patients with tongue base tumors treated exclusively with transoral robotic surgery: A 1-year follow-up study. Mercante, Giuseppe; Masiello, Alessandra; Sperduti, Isabella; Cristalli, Giovanni; Pellini, Raul; Spriano, Giuseppe. *J Craniomaxillofac Surg*; 43(8): 1561-6, 2015 Oct. Artigo em Inglês | MEDLINE | ID: mdl-26197796



25. Pragmatic design in randomized controlled trials. Purgato, M; Barbui, C; Stroup, S; Adams, C. *Psychol Med*; 45(2): 225-30, 2015 Jan. Artigo em Inglês | MEDLINE | ID: mdl-25065958
26. Comunicação não verbal entre enfermeiros e idosos à luz da proxêmica / Nonverbal communication between nurses and the elderly based on the proxemics / Comunicación no verbal entre enfermeros y ancianos a la luz de la proxêmica Freitas, Fabiana Ferraz Queiroga; Costa, Kátia Nêyla de Freitas Macêdo; Rebouças, Cristiana Brasil de Almeida; Fernandes, Maria das Graças Melo; Lima, Joab de Oliveira. *Rev Bras Enferm*; 67(6): 928-935, Nov-Dec/2014. Tab Artigo em Português | LILACS | ID: lil-732810
27. Vocal outcome after endoscopic thyroarytenoid myoneurectomy in patients with adductor spasmodic dysphonia. Gandhi, Sachin; Remacle, Marc; Mishra, Prasun; Desai, Vrushali. *Eur Arch Otorhinolaryngol*; 271(12): 3249-54, 2014 Dec. Artigo em Inglês | MEDLINE | ID: mdl-24920326
28. Smad3: an emerging target for vocal fold fibrosis. Paul, Benjamin C; Rafii, Benjamin Y; Gandonu, Sonate; Bing, Renjie; Born, Hayley; Amin, Milan R; Branski, Ryan C. *Laryngoscope*; 124(10): 2327-31, 2014 Oct. Artigo em Inglês | MEDLINE | ID: mdl-24737245
29. **Cross-sex hormone therapy in trans persons is safe and effective at short-time follow-up: results from the European network for the investigation of gender incongruence.** Wierckx, Katrien; Van Caenegem, Eva; Schreiner, Thomas; Haraldsen, Ira; Fisher, Alessandra D; Fisher, Alessandra; Toye, Kaatje; Kaufman, Jean Marc; T'Sjoen, Guy. *J Sex Med*; 11(8): 1999-2011, 2014 Aug. Artigo em Inglês | MEDLINE | ID: mdl-24828032
30. Towards light-mediated sensing of bacterial comfort. Zafrilla, G; Iglesias, A; Marín, M; Torralba, L; Dorado-Morales, P; Racero, J L; Alcaina, J J; Morales, L J; Martínez, L; Collantes, M; Gómez, L; Vilanova, C; Porcar, M. *Lett Appl Microbiol*; 59(2): 127-32, 2014 Aug. Artigo em Inglês | MEDLINE | ID: mdl-24785827
31. Outcome of primary treatment of early laryngeal malignancies using photodynamic therapy. von Beckerath, Mathias P; Reizenstein, Johan A; Berner, Attila L; Nordqvist, Kent W O; Landström, Fredrik J; Löfgren, Axel Lennart; Möller, Claes G. *Acta Otolaryngol*; 134(8): 852-8, 2014 Aug. Artigo em Inglês | MEDLINE | ID: mdl-24856450
32. Higher risk of superficial injection during injection laryngoplasty in women. Jamal, Nausheen; Mundi, Jagmeet; Chhetri, Dinesh K. *Am J Otolaryngol*; 35(2): 159-63, 2014 Mar-Apr. Artigo em Inglês | MEDLINE | ID: mdl-24734277
33. [Inhibitory effect of full-length spleen tyrosine kinase on invasion and metastasis of human laryngeal squamous cells]. Li, Zhihai; Cai, Zhiyi; Tao, Baohong; Jin, Qiaozhi. *Zhonghua Er Bi Yan Hou Tou Jing Wai Ke Za Zhi*; 49(11): 943-9, 2014 Nov. Artigo em Chinês | MEDLINE | ID: mdl-25598376
34. Speech-induced atrial tachycardia: an unusual presentation of supraventricular tachycardia. Memon, Nada B; Briceno, David F; Torres-Russotto, Diego; Chen, Jane; Smith, Timothy W. *J Cardiovasc Electrophysiol*; 24(12): 1412-5, 2013 Dec. Artigo em Inglês | MEDLINE | ID: mdl-24180527
35. Enabling the mission through trans-atlantic remote mentored musculoskeletal ultrasound: case report of a portable hand-carried tele-ultrasound system for medical relief missions. Kirkpatrick, Andrew W; Blaiwas, Michael; Sargsyan, Ashot E; McBeth, Paul B; Patel, Chirag; Xiao, Zhengwen; Pian, Linping; Panebianco, Nova; Hamilton, Douglas R; Ball, Chad G; Dulchavsky, Scott A. *Telemed J E Health*; 19(7): 530-4, 2013 Jul. Artigo em Inglês | MEDLINE | ID: mdl-23682590

36. [Application of far lateral craniocervical approach in the microsurgical treatment of the jugular foramen tumors]. Wu, Bo; Liu, Wei-dong; Chen, Long-yi; Huang, Guang-fu. *Zhonghua Wai Ke Za Zhi*; 51(1): 49-53, 2013 Jan 01. Artigo em Chinês | MEDLINE | ID: mdl-23578428
37. The effect of retinyl palmitate on healing of benign vocal fold lesions. Okur, Erdogan; Kahveci, Orhan Kemal; Aycicek, Abdullah; Altuntas, Ali. *Eur Arch Otorhinolaryngol*; 270(1): 239-42, 2013 Jan. Artigo em Inglês | MEDLINE | ID: mdl-22923168
38. [Clinical classification and management of squamous intraepithelial lesions of the vocal cord]. Ma, Li-jing; Wang, Jun; Ye, Jing-ying; Xu, Wen; Yang, Qing-wen. *Zhonghua Er Bi Yan Hou Tou Jing Wai Ke Za Zhi*; 47(8): 657-61, 2012 Aug. Artigo em Chinês | MEDLINE | ID: mdl-23141397
39. Esophageal hematoma after atrial fibrillation ablation: incidence, clinical features, and sequelae of esophageal injury of a different sort. Kumar, Saurabh; Ling, Liang-Han; Halloran, Karen; Morton, Joseph B; Spence, Steven J; Joseph, Stephen; Kistler, Peter M; Sparks, Paul B; Kalman, Jonathan M. *Circ Arrhythm Electrophysiol*; 5(4): 701-5, 2012 Aug 01. Artigo em Inglês | MEDLINE | ID: mdl-22544279
40. The utility of second look microlaryngoscopy after trans oral laser resection of laryngeal cancer. Shenoy, Ashok M; Prashanth, V; Shivakumar, T; Chavan, Purushottam; Akshay, S; Kumar, Rekha V; Devi, Saraswati. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg*; 64(2): 137-41, 2012 Jun. Artigo em Inglês | MEDLINE | ID: mdl-23730573
41. Results from 2 randomized, double-blind, placebo-controlled studies of the novel NK1 receptor antagonist casopitant in patients with major depressive disorder. Ratti, Emiliangelo; Bellew, Kevin; Bettica, Paolo; Bryson, Heather; Zamuner, Stefano; Archer, Graeme; Squassante, Lisa; Bye, Alan; Trist, David; Krishnan, K Ranga; Fernandes, Sofia. *J Clin Psychopharmacol*; 31(6): 727-33, 2011 Dec. Artigo em Inglês | MEDLINE | ID: mdl-22020354
42. A case of bilateral vocal fold mucosal bridges, bilateral trans-vocal fold type III sulci vocales, and an intracordal polyp. Tan, Melin; Pitman, Michael J. *J Voice*; 25(4): 484-6, 2011 Jul. Artigo em Inglês | MEDLINE | ID: mdl-20471800
43. Pure leydig cell tumour of the ovary in a post-menopausal patient with severe hyperandrogenism and erythrocytosis. Yetkin, Demet Ozgil; Demirsoy, Esra Terzi; Kadioglu, Pinar. *Gynecol Endocrinol*; 27(4): 237-40, 2011 Apr. Artigo em Inglês | MEDLINE | ID: mdl-20518640
44. Il Coenzima Q10 (Q-ter) nel trattamento dei disordini funzionali della voce. / [Coenzyme Q10 (Q-ter) in treatment of functional voice disorders]. Sensini, M; Corvino, A; Passeri, L; Gallone, G O; Landolfo, V; Raimondo, L; Giordano, C. *G Ital Med Lav Ergon*; 33(3 Suppl): 369-74, 2011 Jul-Sep. Artigo em Italiano | MEDLINE | ID: mdl-23393879
45. A virtual trajectory model predicts differences in vocal fold kinematics in individuals with vocal hyperfunction. Stepp, Cara E; Hillman, Robert E; Heaton, James T. *J Acoust Soc Am*; 127(5): 3166-76, 2010 May. Artigo em Inglês | MEDLINE | ID: mdl-21117765
46. Quality of life and functional outcomes in the management of early glottic carcinoma: a systematic review of studies comparing radiotherapy and transoral laser microsurgery. Spielmann, P M; Majumdar, S; Morton, R P. *Clin Otolaryngol*; 35(5): 373-82, 2010 Oct. Artigo em Inglês | MEDLINE | ID: mdl-21108747
47. [Potential of artificial high-frequency jet lung ventilation during laryngeal resection with the use of endoprotheses]. Smirnov, A E; Lileev, D V; Klochikhin, A L;

- Vinogradov, V V. *Vestn Otorinolaringol*; (1): 29-32, 2010. Artigo em Russo | MEDLINE | ID: mdl-20436420
48. Voice outcomes after endoscopic injection laryngoplasty with hyaluronic acid stabilized gel. Song, Phillip C; Sung, C Kwang; Franco, Ramon A. *Laryngoscope*; 120 Suppl 4: S199, 2010. Artigo em Inglês | MEDLINE | ID: mdl-21225797
49. Trans-nasal injection of botulinum toxin. Hussain, A; Thiel, G; Shakeel, M. *J Laryngol Otol*; 123(7): 783-5, 2009 Jul. Artigo em Inglês | MEDLINE | ID: mdl-19296864
50. Childhood abuse and treatment response in patients with irritable bowel syndrome: a post-hoc analysis of a 12-week, randomized, double-blind, placebo-controlled trial of paroxetine controlled release. Han, C; Masand, P S; Krulewicz, S; Peindl, K; Mannelli, P; Varia, I M; Pae, C-U; Patkar, A A. *J Clin Pharm Ther*; 34(1): 79-88, 2009 Feb. Artigo em Inglês | MEDLINE | ID: mdl-19125906
51. Dysphonies induites par les analogues de l'acide rétinoïque. / [Dysphonia induced by retinoic acid analogues]. Schmutz, J-L; Barbaud, A; Tréchet, P. *Ann Dermatol Venereol*; 134(8-9): 711, 2007 Aug-Sep. Artigo em Francês | MEDLINE | ID: mdl-17925708
52. How we do it: secondary tracheoesophageal puncture under local anaesthetic, using a trans-nasal flexible laryngo-oesophagoscope (TNFLO). Snelling, J D; Price, T; Montgomery, P Q; Blagnys, B L. *Logoped Phoniatr Vocol*; 32(2): 80-2, 2007. Artigo em Inglês | MEDLINE | ID: mdl-17613789
53. Assessing the onset of antidepressant-induced sexual dysfunction using interactive voice response technology. Dunn, Judith A; Arakawa, Renee; Greist, John H; Clayton, Anita H. *J Clin Psychiatry*; 68(4): 525-32, 2007 Apr. Artigo em Inglês | MEDLINE | ID: mdl-17474807
54. Aerodynamic and sound intensity measurements in tracheoesophageal voice. Grolman, Wilko; Eerenstein, Simone E J; Tan, Frédérique M L; Tange, Rinze A; Schouwenburg, Paul F. *ORL J Otorhinolaryngol Relat Spec*; 69(2): 68-76, 2007. Artigo em Inglês | MEDLINE | ID: mdl-17127821
55. Transient palsy of peripheral cranial nerves following open heart surgery. Soyal, O B; Turan, S; Durak, P; Erdemli, O. *Singapore Med J*; 47(5): 422-4, 2006 May. Artigo em Inglês | MEDLINE | ID: mdl-16645695
56. The management of benign prostatic obstruction: a voice from the Third World. Sharma, Deen P. *BJU Int*; 97(4): 671-2, 2006 Apr. Artigo em Inglês | MEDLINE | ID: mdl-16536748
57. The voice-controlled robotic assist scope holder AESOP for the endoscopic approach to the sella. Nathan, Cherie-Ann O; Chakradeo, Vinaya; Malhotra, Kavita; D'Agostino, Horacio; Patwardhan, Ravish. *Skull Base*; 16(3): 123-31, 2006 Aug. Artigo em Inglês | MEDLINE | ID: mdl-17268585
58. Bipolar radiofrequency-induced thermotherapy (rfitt) for the treatment of spasmodic dysphonia. A report of three cases. Rémacle, Marc; Plouin-Gaudon, Isabelle; Lawson, Georges; Abitbol, Jean. *Eur Arch Otorhinolaryngol*; 262(10): 871-4, 2005 Oct. Artigo em Inglês | MEDLINE | ID: mdl-15735951
59. Dysphonia induced by selective serotonin reuptake inhibitors. Petitpain, Nadine; Gambier, Nicolas; Gillet, Pierre; Muller, Jean-Claude; de Romemont, Eric. *South Med J*; 98(8): 843, 2005 Aug. Artigo em Inglês | MEDLINE | ID: mdl-16144188
60. Social movements and human rights rhetoric in tobacco control. Jacobson, P D; Banerjee, A. *Tob Control*; 14 Suppl 2: ii45-9, 2005 Aug. Artigo em Inglês | MEDLINE | ID: mdl-16046702

61. Pediatric video laryngo-stroboscopy. Hartnick, Christopher J; Zeitels, Steven M. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*; 69(2): 215-9, 2005 Feb. Artigo em Inglês | MEDLINE | ID: mdl-15656955
62. Developmentally regulated expression of c-Fos and c-Jun in the brainstem auditory nuclei of *Gallus domesticus* is modified by prenatal auditory enrichment. Alladi, Phalguni Anand; Roy, Tarashankar; Singh, Neeta; Wadhwa, Shashi. *J Neurobiol*; 62(1): 92-105, 2005 Jan. Artigo em Inglês | MEDLINE | ID: mdl-15389680
63. A rare cause of Ortner's syndrome (cardiovocal hoarseness). Annema, J T; Brahim, J J; Rabe, K F. *Thorax*; 59(7): 636, 2004 Jul. Artigo em Inglês | MEDLINE | ID: mdl-15223880
64. Age-related changes in vitamin A--storing stellate cells of human vocal folds. Sato, Kiminori; Hirano, Minoru; Nakashima, Tadashi. *Ann Otol Rhinol Laryngol*; 113(2): 108-12, 2004 Feb. Artigo em Inglês | MEDLINE | ID: mdl-14994763
65. Osobennosti anesteziologicheskogo obespecheniia rezektsii gortani po povody raka s polimernym éndoprotezirovaniem. / [Maintenance of anesthesia during laryngeal resection for cancer with polymer endoprosthetic replacement]. Lileev, D V; Zabysov, A V; Klochikhin, A L. *Anesteziol Reanimatol*; (3): 12-6, 2003 May-Jun. Artigo em Russo | MEDLINE | ID: mdl-12918193
66. Hoarseness, hemoptysis and a hole in the aorta: a case review. Kalra, Dinesh K; Zoghbi, William A. *Echocardiography*; 20(3): 293-4, 2003 Apr. Artigo em Inglês | MEDLINE | ID: mdl-12848670
67. "FAR" chemoradiotherapy improves laryngeal preservation rates in patients with T2N0 glottic carcinoma. Kumamoto, Yoshihiko; Masuda, Muneyuki; Kuratomi, Yuichiro; Toh, Satoshi; Shinokuma, Atsushi; Chujo, Kyoko; Yamamoto, Tomoya; Komiyama, Sohtarō. *Head Neck*; 24(7): 637-42, 2002 Jul. Artigo em Inglês | MEDLINE | ID: mdl-12112536
68. Inhalation of aerosolized vitamin a: reversibility of metaplasia and dysplasia of human respiratory epithelia -- a prospective pilot study. Kohlhäüfl, M; Häussinger, K; Stanzel, F; Markus, A; Tritschler, J; Mühlhöfer, A; Morresi-Hauf, A; Golly, I; Scheuch, G; Jany, B H; Biesalski, H K. *Eur J Med Res*; 7(2): 72-8, 2002 Feb 21. Artigo em Inglês | MEDLINE | ID: mdl-11891147
69. [Phonomicrosurgical management of the disease of vocal fold]. Zhang, Xiaobo; Yang, Dazhang; Wang, Naya; Liu, Dandan; Cheng, Jingning. *Zhonghua Er Bi Yan Hou Ke Za Zhi*; 37(4): 296-9, 2002 Aug. Artigo em Chinês | MEDLINE | ID: mdl-12772419
70. Immediate percutaneous medialization for acute vocal fold immobility with aspiration. Anderson, T D; Mirza, N. *Laryngoscope*; 111(8): 1318-21, 2001 Aug. Artigo em Inglês | MEDLINE | ID: mdl-11568562
71. Factors affecting the administration of analgesia to patients following repair of a fractured hip. Willson, H. *J Adv Nurs*; 31(5): 1145-54, 2000 May. Artigo em Inglês | MEDLINE | ID: mdl-10840248
72. Les paralysies récurrentielles : connaissances actuelles et traitements. / [Recurrent laryngeal nerve paralysis: current knowledge and treatment]. Hartl, D M; Brasnu, D. *Ann Otolaryngol Chir Cervicofac*; 117(2): 60-84, 2000 Mar. Artigo em Francês | MEDLINE | ID: mdl-10739996
73. Untersuchungen zum hereditären Angioödem im deutschsprachigen Raum. / [Hereditary angioedema in the German-speaking region]. Göring, H D; Bork, K; Späth, P J; Bauer, R; Ziemer, A; Hintner, H; Wüthrich, B. *Hautarzt*; 49(2): 114-22, 1998 Feb. Artigo em Alemão | MEDLINE | ID: mdl-9551333
74. Aerodynamic characteristics of the Nijdam voice prosthesis in relation to tracheoesophageal wall thickness. Veenstra, A; van den Hoogen, F J; Schutte, H K; Nijdam,

- H F; Manni, J J; Verkerke, G J. Eur Arch Otorhinolaryngol; 254(1): 1-5, 1997. Artigo em Inglês | MEDLINE | ID: mdl-9115703
75. Training and search methods for speech recognition. Jelinek, F. Proc Natl Acad Sci U S A; 92(22): 9964-9, 1995 Oct 24. Artigo em Inglês | MEDLINE | ID: mdl-747981
76. **An acoustic analysis and some perceptual data concerning voice change in male-female trans-sexuals.** Günzburger, D. Eur J Disord Commun; 28(1): 13-21, 1993. Artigo em Inglês | MEDLINE | ID: mdl-8400481
77. Aerodynamic characteristics of the Provox low-resistance indwelling voice prosthesis. Hilgers, F J; Cornelissen, M W; Balm, A J. Eur Arch Otorhinolaryngol; 250(7): 375-8, 1993. Artigo em Inglês | MEDLINE | ID: mdl-8286099
78. [A preliminary report of the treatment of paretic hoarseness]. Liu, Y. Zhonghua Er Bi Yan Hou Ke Za Zhi; 26(5): 301-2, 318, 1991. Artigo em Chinês | MEDLINE | ID: mdl-1811683
79. Assessment of a device for trans-telephonic control of defibrillation. Dalzell, G W; Cunningham, S R; Prouzina, S; Anderson, J; Magee, H; Adgey, A A. Lancet; 1(8587): 695-7, 1988 Mar 26. Artigo em Inglês | MEDLINE | ID: mdl-2895222
80. Aerodynamic and myoelastic contributions to tracheoesophageal voice production. Moon, J B; Weinberg, B. J Speech Hear Res; 30(3): 387-95, 1987 Sep. Artigo em Inglês | MEDLINE | ID: mdl-3669645
81. Night cough and general practice research. Toop, L J; Howie, J G; Paxton, F M. J R Coll Gen Pract; 36(283): 74-7, 1986 Feb. Artigo em Inglês | MEDLINE | ID: mdl-3712337
82. Untersuchungen zum Vitamin-A-Bedarf des wachsenden Schweines. 3. Mitteilung. Der Einfluss der Vitamin-A-Versorgung auf den Gesundheitszustand von Ferkeln und Mastschweinen. / [Vitamin A requirements of growing swine. 3. Effect of vitamin A supply on the state of health of piglets and fattening swine]. Lüdke, H; Schöne, F; Hennig, A; Seffner, W; Steinbach, G. Arch Tierernahr; 35(2): 97-108, 1985 Feb. Artigo em Alemão | MEDLINE | ID: mdl-2408596
83. Surgeon's workshop. Microsurgical trans-laterocervical arytenocordopexy: a modernization of an old surgical technique. Talaat, M. Clin Otolaryngol Allied Sci; 7(4): 261-7, 1982 Aug. Artigo em Inglês | MEDLINE | ID: mdl-6751627
84. Hoarseness and aphonia as a side effect of tricyclic antidepressants. Rhoads, J M; Lowell, S H; Hedgepeth, E M. Am J Psychiatry; 136(12): 1599, 1979 Dec. Artigo em Inglês | MEDLINE | ID: mdl-507219