



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
CENTRO DE HUMANIDADES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA

JULIANA VIEIRA SAMPAIO

**VIAJANDO ENTRE SEREIAS: SAÚDE DE TRANSEXUAIS E TRAVESTIS NA
CIDADE DE FORTALEZA**

FORTALEZA

2013

JULIANA VIEIRA SAMPAIO

VIAJANDO ENTRE SEREIAS: SAÚDE DE TRANSEXUAIS E TRAVESTIS NA CIDADE
DE FORTALEZA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia, da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Psicologia. Linha de pesquisa: Cultura e subjetividade.

Orientadora: Dra. Idilva Maria Pires Germano

FORTALEZA

2013

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca de Ciências Humanas

-
- S184v Sampaio, Juliana Vieira.
Viajando entre sereias : saúde de transexuais e travestis na cidade de Fortaleza / Juliana Vieira Sampaio . – 2013.
130 f. : il. color., enc. ; 30 cm.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Centro de Humanidades, Departamento de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Fortaleza, 2013.
Área de Concentração: Cultura e subjetividade.
Orientação: Profa. Dra. Idilva Maria Pires Germano.
1. Travestis – Fortaleza (CE) - Saúde. 2. Transexuais – Fortaleza (CE)- Saúde. I. Título.

CDD 306.7662098131

JULIANA VIEIRA SAMPAIO

VIAJANDO ENTRE SEREIAS: SAÚDE DE TRANSEXUAIS E TRAVESTIS NA CIDADE
DE FORTALEZA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia, da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Psicologia. Linha de pesquisa: Cultura e subjetividade.

Aprovada em: ___/___/_____.

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dr^ª. Idilva Maria Pires Germano (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dr. Ricardo Pimentel Mélo
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dr. Benedito Medrado Dantas
Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)

Às sereias da cidade de Fortaleza.

AGRADECIMENTOS

À Joana, minha mãe, por ser uma mulher guerreira e mostrar o quanto é importante continuar sempre estudando e lutando pelos seus sonhos.

Ao meu pai, Júlio, pelo incentivo constante e por sempre acreditar que tudo ia dar certo, mesmo quando eu duvidava. Obrigada, também, por ensinar o que realmente é importante na vida, respeitar o outro na sua diferença.

Ao Jean, meu irmão, por sempre perguntar o que eu tanto escrevia e rir comigo quando ficava perdida durante a pesquisa/viagem.

Ao Victor, por apoiar e estimular que continuasse pesquisando. Por, mesmo nos momentos de desespero, oferecer um abraço e ter palavras reconfortantes para que não desistisse.

À Idilva Germano, por me orientar e ter topado se aventurar por trilhas tão diferentes. Pela humildade ao falar despretensiosamente das próprias orientações, mesmo que estas tenham sido fundamentais para se continuar a viagem. Agradeço, também, por ter encontrado uma mãe (como diria Rafaella) tão coruja, que deixa todos os filhos cheios de asas com tanto carinho e elogio.

Ao Ricardo Mélo, por acompanhar desde a graduação os percalços de se viajar sem destino, por estimular a curiosidade, o estranhar e o desejo de continuar viajando/pesquisando.

Ao Benedito Medrado, pela generosidade em dividir seu conhecimento e por fornecer contribuições maravilhosas para que mudasse de rota.

Agradecimento especial às sereias que se disponibilizaram a fornecer parte do seu tempo para conversar comigo, compartilhando suas histórias.

Às pessoas que, mesmo de longe, continuam acompanhando e dividindo as pesquisas, a vida, os sorrisos, as angústias, os congressos. Às meninas do gênero: Juliana Alexandre, Anacely Costa, Luísa Escher e Luciene Galvão. Sem vocês, a vida acadêmica não teria o sentido de diversão, energia e amizade.

Aos amigos do mestrado, por dividirem as angustias de se pesquisar, as aulas, os trabalhos, os sorrisos, os debates acalorados, mesmo que com alguns esses momentos tenham sido breves. Obrigada por duvidarem ou acreditarem na existência do elefante branco.

À turma do Cantinho Acadêmico, que se reunia para partilhar muitos risos, dores de cotovelo, a angústia de não conseguir escrever e os traumas da qualificação.

Ao Vinício Brígido, à Lorena Brito e à Diva Barreto, por dividirem apresentação em grupo, os questionamentos e espantos quando se anuncia o tema de pesquisa. Agradeço, também, os passeios iniciais para explorar o centro da cidade com muitos “Uis!” na companhia de Vini e Lori, abrindo e fechando o vidro. Diva, agradecimento especial por abrir as portas da sua casa e partilhar seus dotes culinários sempre com um sorriso no rosto.

À Luara França, por compartilhar os anseios em utilizar metodologias tão fluidas e poder tornar a própria vida menos rígida.

À Rafaella Medeiros, por partilhar a orientação com uma mãe-coruja e passar uma tranquilidade quase transcendental, sempre acompanhado de um “relaxa”. E por ter prometido me levar na mala em sua próxima viagem pelo mundo.

Aos profissionais que trabalham na Coordenadoria de DST/Aids, Consultório de Rua, Coordenadoria LGBT e no Centro de Referência Janaína Dutra. Em especial, Orlaneudo, Filipe, Diego, Fábio, Marcos, Marylucia, Luana e Paula, por me receberem com tanta disponibilidade, apresentando novas pistas para que continuasse a minha viagem.

Aos profissionais, residentes e estagiários dos Serviços de Saúde de Fortaleza, por abrirem as portas e permitirem que conhecesse melhor as instituições e seu funcionamento. Em especial à Iolanda, Mara, Celso, Marcelo e Socorro.

Aos integrantes do Grupo de Resistência Asa Branca (GRAB), em especial à Dediane Souza e ao Robson, por me ajudarem a conhecer melhor os desníveis do território.

Ao Helder Hamilton, por tornar as burocracias da academia menos penosas, oferecendo sempre um sorriso e disponibilidade em ajudar.

Aos professores do mestrado, pelo carinho e disponibilidade em mostrar outros caminhos de pesquisa.

A CAPES, pelo apoio financeiro com a manutenção da bolsa de auxílio sem, a qual não poderia ter dado continuidade à pesquisa.

“Prefira o que é positivo e múltiplo; a diferença à uniformidade; o fluxo às unidades; os agenciamentos móveis aos sistemas. Considere que o que é produtivo, não é sedentário, mas nômade.” (FOUCAULT, 2004, p.06).

RESUMO

O objetivo deste estudo foi investigar, na cidade de Fortaleza, as práticas que travestis e transexuais utilizam para produzir saúde e como elas se relacionam com os saberes institucionalizados nesse campo. A saúde no Brasil é dever do Estado e direito fundamental da população brasileira desde 1990, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Apesar de ser um direito universal, algumas pesquisas assinalam um processo de exclusão da população trans dos serviços de saúde por esta sofrer preconceito nestes espaços. Iniciamos nossa pesquisa realizando e registrando em diário de campo visitas exploratórias a equipamentos de saúde indicados como referência no atendimento de travestis e transexuais na cidade de Fortaleza. Observamos que a norma sexual heteronormativa baseada no binarismo de gênero é o que geralmente organiza as ações do serviço público de saúde quando o foco é essa população. Há uma “re-patologização” das sexualidades não heterossexuais quando os serviços voltados para DST/aids e envolvidos no processo transexualizador tornam-se os principais espaços institucionalizados para a saúde das trans. Após as visitas exploratórias iniciais, começamos a dialogar com travestis e transexuais por entendermos que a saúde não pode ser reduzida a um problema simples de gestão do Estado, uma vez que a saúde atravessa todos os espaços e relações. Realizamos, também, entrevistas semiestruturadas com quatro travestis e transexuais e algumas conversas informais nos ambientes percorridos durante a pesquisa. Esse material foi analisado na perspectiva foucaultiana de práticas discursivas, isto é, um conjunto de regras anônimas e localizadas no tempo e espaço que produzem condições de exercício da função enunciativa. A partir dos relatos das trans, observamos como elas negociam com os espaços institucionalizados de saúde e quais práticas são indicadas como produtoras de saúde por essa população. A falta de respeito ao uso do nome social foi uma das principais queixas das trans sobre o atendimento nos equipamentos de saúde. Elas passam a utilizar como alternativa o atendimento em clínicas particulares ou os serviços de emergência. Observamos que a produção de saúde das trans geralmente está associada à construção de um corpo belo e feminino e para isso são utilizadas diversas tecnologias, que muitas vezes são apontadas pelo discurso oficial da saúde como produtoras de doenças, como o uso de silicone industrial e a automedicação de hormônios. Concluimos que a principal demanda de saúde de travestis e transexuais, a construção de um corpo belo e feminino, se afasta das normas e práticas que regem a atuação do Estado na assistência a essa população. Tal distanciamento é produzido, entre outras questões, pela

adoção do Estado de uma noção heteronormativa e binária de sexo e gênero para construir suas ações, que finda por excluir os corpos que escapam e subvertem a norma sexual.

Palavras-chave: Travestis. Transexuais. Saúde. Gênero.

ABSTRACT

The aim of this study was to investigate practices that transvestites and transsexuals in Fortaleza (Ceará-Brazil) use to produce health and how they relate to institutionalized knowledge in this field. Health in Brazil is duty of the state and fundamental right of the population since 1990, when the Unified Health System (Sistema Único de Saúde SUS) was created. Despite being a universal right some studies indicate a process of exclusion of trans people from health services due to the prejudice they suffer in those places. We began our research by exploratory visits to health facilities indicated as references in the care of transvestites and transsexuals in Fortaleza, which were registered in a field diary. We observed that the heteronormative sexual norm based on binary gender usually organizes the actions of the public health service when the focus is this population. There is re-pathologization of non-heterosexual sexualities when the services directed to STD/aids and involved in transsexuality process become the main institutionalized spaces for the health of trans people. After initial exploratory visits we talked to transvestites and transsexuals because we believe that health cannot be reduced to a simple problem of state management, since health pervades all space and relationships. We conducted semi-structured research interviews with four transvestites and transsexuals and also had informal conversations in the spaces visited during research. This material was analyzed in Foucauldian perspective of discursive practices, that is, a set of anonymous rules located in time and space that produce conditions for exercising the enunciative function. From the reports of our trans interviewees we observe how they deal with the institutionalized spaces of health and which practices are selected as producers of health for this population. The disrespect towards the use of social name was one of the main complaints about the care in health facilities, lending them to alternative care at private clinics or emergency services. We observed that the production of trans health is generally associated with the construction of a beautiful female body and the utilization of several technologies, which are often identified by the official discourse of health as producers of disease, such as the use of silicone industrial and self-medication of hormones. We conclude that the main demand of health transvestites and transsexuals, the construction of a beautiful female body, is far from the way the State has acted to assist this population. Among other reasons this distance is produced as the result of the adoption of a

binary and heteronormative notion of sex and gender by the State, which ends up excluding the bodies that escape and subvert the sexual norm.

Keywords: Travestites. Transsexuals. Health. Gender.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Contra capa – “Ulysses and the sirens” de Herbert James Draper (1864-1920) 1909 – Fehrens Art Gallery, Hull Museums Collections.	2
Figura 2 – Kit preservativo, folheto explicativo e lubrificante	40
Figura 3 – Cartazes do Seminário de “Política da assistência social no combate a homofobia, lesbofobia, transfobia institucional”	40
Figura 4 – Campanha para uso de preservativo.....	43
Figura 5 – Campanha para uso de preservativo.....	43
Figura 6 – Folheto religiões Afro-brasileiras DST/Aids	46
Figura 7 – Portaria de funcionários e estudantes	54
Figura 8 – Portões das alas	54
Figura 9- Recepção do ambulatório	54
Figura 10 – Cartaz da campanha do nome social	64
Figura 11 – Cartão do SUS de Pisinoe	64
Figura 12 – Campanha “Olhe, olhe de novo e veja além do Preconceito	102
Figura 13 – Dicas de Redução de Danos	102
Figura 14 – Caixa de hormônio de Telxieme	111
Figura 15 – Cartela de hormônios de Iara	111

SUMÁRIO

1 ITINERÁRIO DA VIAGEM: DE TERRA FIRME ÀS ÁGUAS	14
2 BIRUTA: CONSTRUINDO UM MÉTODO PARA GUIAR O NOSSO TRAJETO	18
2.1 Modos de viver sereia: problematizando as identidades	24
2.2 Registros da viagem: questões éticas e políticas.	32
3 TRILHAS INICIAIS: ONDE IR?.....	37
3.1 Primeira Parada: vulnerabilidade e SIDAania	39
3.2 Segunda parada: equipamentos de saúde para quem?.....	47
3.3 Terceira parada: Hospital M. – atendimento específico ou universal	51
4. OUVINDO O CANTO DAS SEREIAS: NEGOCIANDO COM A REDE DE SAÚDE.....	60
4.1 Nome social: entre a gambiarra e o direito	62
4.2 Emergência e particular: “quando estou nas últimas”	66
4.3 Profissionais psi: confissão e laudo	69
5 CORPO SAUDÁVEL = CORPO FEMININO	81
5.1 Pedagogia do feminino: o gênero como se fosse natural	84
5.2 Corpos fluidos: produções tecnofarmacológicas	94
5.2.1 <i>Silicone industrial: modelando o corpo</i>	100
5.2.2 <i>Hormônio e automedicação: disputa de saberes</i>	104
6 FIM DA VIAGEM: ACABANDO O FÔLEGO	116
REFERÊNCIAS	119
APÊNDICE A - Guia de perguntas.	129

1 ITINERÁRIO DA VIAGEM: DE TERRA FIRME ÀS ÁGUAS

A imagem da viagem me serve, na medida em que a ela se agregam ideias de deslocamento, desenraizamento, trânsito. Na pós-modernidade, parece necessário pensar não só em processos mais confusos, difusos e plurais, mas, especificamente, supor que o sujeito que viaja é, ele próprio, dividido, fragmentado e cambiante. É possível pensar que esse sujeito também se lança numa viagem, ao longo de sua vida, na qual o que importa é o andar e não o chegar. Não há um lugar de chegar, não há destino pré-fixado, o que interessa é o movimento e as mudanças que se dão ao longo do trajeto. (LOURO, 2008, p. 13).

Muitas foram as mudanças de trajeto ao longo dessa viagem, foi necessário explorar diversos espaços, conversar com vários sujeitos que surgiam ao longo do caminho até o momento em que tivemos que sair da terra firme e mergulhar em águas desconhecidas. Mares e rios povoados por várias sereias que iam nos guiando nas profundezas das águas até que faltasse fôlego e fosse necessário voltar à superfície. As correntezas eram fortes e puxavam em várias direções, mas com o auxílio das rainhas das águas, foi possível realizar esse percurso.

Mas essa viagem começa bem longe das águas caudalosas. Esse percurso é iniciado no meio de papéis, que contavam diversas histórias interessantes sobre os territórios de lésbicas, gays, bissexuais, transexuais e travestis (LGBT), das políticas públicas, da saúde, do movimento *queer*, da sexualidade. Antes mesmo de arrumar a mochila, colocar a máquina fotográfica, o gravador e o diário de campo, já tínhamos começado a viajar, pois conhecíamos diferentes territórios através do relato de outros viajantes. Dessa forma, o nosso percurso foi iniciado desde o momento em que escolhemos e imaginamos os lugares e cenários a serem explorados. Ao ler sobre os espaços a serem visitados, olhar fotos, ler mapas, conversar com pessoas que já estiveram nesses locais ou em terrenos parecidos, estávamos na viagem. Ou no campo-tema, como diz Peter Spink (2003).

Fomos impulsionados a continuar o nosso percurso para além dos mapas traçados nos livros a fim de nos localizarmos “psicossocialmente e territorialmente mais perto das partes e lugares mais densos das múltiplas interseções e interfaces críticas do campo-tema onde as práticas discursivas se confrontem e, ao se confrontar, se tornam mais reconhecíveis”. (LONG, 2001 apud SPINK 2003, p. 36). Depois de ler sobre os confrontos e as disputas contados nos papéis, era necessário ver de perto para também podermos escrever uma nova história, agora a partir da nossa própria rota.

Essas leituras iniciais foram importantes para conhecermos os declives do terreno, a língua utilizada, o clima e, assim, sentirmos mais segurança para começar a caminhada. Com o auxílio desse material, conseguimos começar a desenhar um mapa com as principais

trilhas que poderíamos pegar, quais lugares visitar e com quem conversar. Mas esse planejamento não foi suficiente para impedir os nossos tropeços, medos e surpresas, pois nosso roteiro era flexível e nos permitia construir novos caminhos na medida em que viajávamos.

Escolher o percurso a trilhar durante uma viagem é uma tarefa difícil de realizar, são tantos caminhos interessantes, paisagens bonitas, pessoas diferentes que podemos encontrar. Mesmo que o nosso mapa não seja fixo, inflexível ou rígido, é preciso delinear algumas fronteiras para não se perder ao longo do percurso. Acreditamos que os melhores caminhos são os que trazem novidade, desestabilizam e provocam mudanças no viajante. Elegemos os territórios da saúde e da sexualidade como principais rotas do nosso itinerário, pois esses dois campos são lugares privilegiados no controle e na docilização dos corpos, mas também espaços de resistência e produção de novos modos de subjetivação.

O primeiro recorte foi realizado quando decidimos privilegiar o território da saúde, pois entendemos que nesse espaço alguns discursos sobre o sexo ganham *status* de verdade¹. (MENEGON, 2004; FOUCAULT, 2009a). O conceito de saúde que utilizaremos nessa pesquisa foi pensado a partir da perspectiva de que este é definido no espaço de disputa do saber-poder, pois dependendo de onde o discurso emana – médicos, juristas, políticas públicas, movimento LGBT, pessoas nomeadas ou automeadas como gays, lésbicas, bissexuais, travestis, transexuais e transgêneros, Organização Mundial de Saúde –, a definição de saúde configurar-se-á de um modo diferente. A nossa proposta é ouvir como alguns desses saberes e posicionamentos negociam no cotidiano o que é saúde, pois, como veremos adiante em muitos momentos, esses discursos entram em choque. Esse embate é uma informação importante para o nosso trajeto, por isso não privilegiaremos nenhuma dessas posições como a definição verdadeira, final e universal de saúde.

Porém, o nosso ponto de partida é justamente o discurso do Estado² sobre o que é saúde para, em seguida, trilharmos outros caminhos. A saúde foi institucionalizada no Brasil como dever do Estado e direito fundamental da população brasileira desde 1990, na criação do Sistema Único de Saúde (SUS). A partir da Lei 8.080 (BRASIL, 1990), saúde passa a ser entendida como “condições de bem estar físico, mental e social”. Apesar de ser um direito universal, algumas pesquisas assinalam um processo de exclusão da população de lésbicas,

¹ “Por ‘verdade’, entendemos um conjunto de procedimentos regulados para a produção, a lei, a repartição, a circulação e o funcionamento dos enunciados. A ‘verdade’ está circularmente ligada a sistemas de poder, que produzem e apoiam, e a efeitos de poder que ela induz e que a reproduzem.” (FOUCAULT, 2009a, p.14).

² Entendemos por Estado o conjunto das instituições (governo, forças armadas, funcionalismo público etc.) que controlam e administram uma nação, agrupamento político que ocupa território com limites definidos. (HOUAISS, 2009).

gays, bissexuais e transgêneros (LGBT) dos serviços de saúde. (GONZÁLEZ; LINCONA, 2006; ROMANO, 2007; CAMPO-ARIAS; HERAZO, 2008; CAMPO-ARIAS; HERAZO; COGOLLO, 2010; CERQUEIRA-SANTOS *et al.*, 2010).

As pessoas transgêneros, que abrangem o coletivo de travestis e transexuais são apontadas nesses estudos como a população que mais sofre com a discriminação nas instituições de saúde. Nesse sentido, entre várias rotas comuns nas quais sexualidade e saúde encontram-se decidimos caminhar e contemplar as paisagens da saúde de transexuais e travestis na cidade de Fortaleza. Até chegarmos a esse roteiro caminhamos bastante e nos perdemos também, de modo que apresentaremos inicialmente o nosso itinerário, apontando os nossos trajetos e pontos de parada.

A primeira parte do nosso relato de viagem, de que trata o capítulo dois, apresenta quais os instrumentos utilizados como guias. Entendemos que o método de pesquisa funciona como uma biruta apontando os possíveis caminhos que podemos tomar ao longo da pesquisa e também o posicionamento ético e político do viajante-pesquisador na medida em que o vento sopra. Nesse sentido, também discutimos, nesse tópico, as questões éticas envolvidas nesse estudo e os problemas encontrados em alguns trechos.

O capítulo três mostra as nossas rotas iniciais, as dificuldades de uma viajante inexperiente em sua visita às instituições envolvidas na produção de saúde de transexuais e travestis da cidade de Fortaleza. Problematizamos, nesse espaço, as questões relacionadas ao campo das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e aids³ (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) e a aquisição de SIDA³ da população trans pela patologização da sua sexualidade. Além disso, observamos como o campo da saúde mental, através do processo transexualizador, também está relacionado com a saúde trans, limitando o seu espaço de circulação em outros equipamentos de saúde. Nesse momento, percebemos os limites de entender o processo de produção de saúde apenas pela via do Estado e mudamos o itinerário do percurso.

No capítulo quatro, relatamos as mudanças que ocorreram na nossa trajetória quando saímos do enfoque da saúde como direito instituído, gerido e sob a responsabilidade do Estado, para ouvir e observar como travestis e transexuais constroem de forma singular a sua saúde. Nesse tópico, buscamos descrever quais os principais espaços utilizados pelas trans na produção de saúde e como elas negociam no cotidiano com os espaços já

³ Optamos por escrever aids em minúsculo pois, mesmo sendo uma sigla, aids não possui uma grafia padrão, variando de acordo com a literatura entre Aids ou AIDS. Pelúcio e Miskolci (2009, p. 127) argumentam “que nomes de doenças são substantivos comuns, grafados com minúscula. Além disso, aqui o uso em minúscula se deve a uma perspectiva crítica em relação ao pânico sexual criado em torno da aids”.

institucionalizados como produtores de saúde. Nesse momento, fomos convidados a continuar a viagem ouvindo o canto das sereias e mergulhando em águas desconhecidas.

O capítulo cinco apresenta como a questão da mudança corporal e construção de um corpo feminino atravessa o modo de produção de saúde de transexuais e travestis. Algumas práticas consideradas prejudiciais à saúde pelo saber biomédico, como o uso do silicone industrial e a administração de hormônios sem acompanhamento médico, são compreendidas como a construção de um corpo saudável. A produção de saúde para transexuais e travestis está intimamente ligada às possibilidades de moldar um corpo feminino e, para isso, são utilizadas diferentes tecnologias e artifícios que se chocam com a noção de saúde instituída.

O sexto e último capítulo encerra essa viagem, ou pelo menos o relato dela. Fechamos a nossa história buscando os espaços de resistência produzidos por travestis e transexuais através das suas práticas.

2 BIRUTA: CONSTRUINDO UM MÉTODO PARA O NOSSO TRAJETO

Não tenho um método que se aplicaria, do mesmo modo, a domínios diferentes. Ao contrário, diria que é um mesmo campo de objetos que procuro isolar, utilizando instrumentos encontrados ou forjados por mim, no exato momento em que faço minha pesquisa, mas sem privilegiar de modo algum o problema do método [...] Não tenho teoria geral e tampouco tenho um instrumento certo. Eu tateio, fabrico, como posso, instrumentos que são destinados a fazer aparecer objetos. (FOUCAULT, 2003, p. 229).

A biruta⁴ é um instrumento importante quando viajamos para lugares novos, pois ela nos aponta para onde o vento sopra e os possíveis caminhos a ser trilhado, nos guia entre rotas desconhecidas, nos orienta quando perdemos o rumo. Entendemos que a nossa postura ética e metodológica em pesquisa é o que guia e orienta os nossos olhares quando estamos desbravando novos campos. Peter Spink (2003) afirma que o processo de pesquisa pode ser caracterizado como estranhamentos sucessivos sobre o tema, mas sem um marco final predefinido. Os estranhamentos sucessivos propostos pelos autores que utilizam as práticas discursivas como materialidade de análise (SPINK, 2004; SPINK; MEDRADO, 2004) apresentam um modo singular de se relacionar com a atividade de pesquisar e olhar o mundo. Viajar observando as trilhas a partir dessa perspectiva é ficar sempre aberto ao novo, mesmo que este novo lhe pareça familiar.

Esse referencial de pesquisa defende um posicionamento crítico e ético, a partir do qual é necessário estranhar e questionar categorias naturalizadas socialmente, tornando a pesquisa “um convite a examinar essas convenções e entendê-las como regras socialmente construídas e historicamente localizadas” (SPINK, 2004, p. 32). A análise das práticas discursivas possibilitam observar tanto acontecimentos cristalizados e normalizados, como também, fissuras e resistências que borram fronteiras da regularidade. Essa materialidade ganha destaque nessa pesquisa por permitir analisar os discursos que atravessam a produção de saúde de transexuais e travestis.

O conceito de práticas discursivas foi formulado inicialmente por Foucault (1995, 1996, 1997, 2008a) e vem orientando, no Brasil, pesquisas de Spink (2004) e colaboradores (SPINK; SPINK, 2006; SPINK; FIGUEIREDO; BRASILINO, 2011). As práticas discursivas referem-se às “maneiras a partir das quais as pessoas produzem sentidos e se posicionam em relações sociais cotidianas” (SPINK; MEDRADO, 2004, p. 45). Estas são permeadas por

⁴ Após a observação do professor Benedito Medrado Dantas, sobre o uso da bússola e da biruta durante uma viagem, decidimos modificar a nossa metáfora. A biruta é um instrumento que sinaliza o sentido de deslocamento do vento, mas não guia o viajante para o caminho correto, apenas indica as possibilidades. Biruta também é um termo popular utilizado para fazer referência aos loucos, os desprovidos de razão.

relações de poder e se materializam em falas e textos mediante uma dinâmica (enunciados e vozes sociais), certas formas (gêneros de fala) e conteúdos (repertórios interpretativos), isto é, o conjunto de “termos, descrições, lugares-comuns e figuras de linguagem usados para construir certas versões de ações, fenômenos e eventos” (p. 47).

Os discursos foram os principais elementos observados nessa pesquisa, conversas registradas no diário de campo, entrevistas gravadas, textos de blogs entre outros. Esse material foi escolhido como foco do nosso estudo, pois é o discurso instituído como verdade que gera poder, desse modo, ele “não é simplesmente aquilo que traduz as lutas ou os sistemas de dominação, mas aquilo por que, pelo que se luta” (FOUCAULT, 1996, p. 10). Foucault (1996) aponta que são desenvolvidos três sistemas de exclusão a fim de controlar o discurso: interdição⁵; separação e rejeição⁶; e vontade de verdade. O terceiro sistema de exclusão, a vontade de verdade, ganha destaque em nossa sociedade, pois a vontade de saber, na cultura ocidental, esteve associada à vontade de verdade, com isso o discurso verdadeiro passou a ser valorizado e ao mesmo tempo temido na produção do saber.

A noção de verdade objetiva e verificável está articulada a uma rede histórica de saber e poder que, a partir do século XVI, transformou o discurso científico no único tipo de conhecimento legítimo e, portanto, verdadeiro (ARAÚJO, 2008). A construção dessa relação linear e inquestionável entre ciência e verdade será problematizada ao longo da nossa pesquisa. Nesse modo de pensar a produção de conhecimento, não se pretende chegar à essência ou à verdade última, mas construir uma história sobre determinada prática, que é uma versão possível em meio a inúmeras outras. Compreende-se, então, que o discurso instituído como verdadeiro também possui uma história, é regido por determinadas regras de formação, estratégias, saindo de um momento de dispersão para a regularidade.

Como podemos perceber, a questão da linguagem em Foucault é sobre como as práticas discursivas produzem efeitos e se materializam, seja em documentos, instituições ou mesmo no modo como nos subjetivamos. Mas devemos ficar atentos para não resumir tudo à linguagem. Foucault compreende que as estratégias de relações de forças não são constituídas apenas de práticas discursivas (práticas de saber), mas também de práticas não discursivas (práticas de poder)⁷ (CASTRO, 2009). É nessa relação entre os saberes instituídos como

⁵ A interdição determina que “não se tem o direito de dizer tudo em qualquer circunstância” (FOUCAULT, 1996, p. 9).

⁶ Foucault (1996) compara a separação e rejeição com o duplo razão e loucura, onde “o louco é aquele cujo discurso não pode circular como o dos outros: pode ocorrer que sua palavra seja considerada nula e não acolhida, não tendo verdade nem importância.” (FOUCAULT, 1996, p. 10).

⁷ Utilizo práticas discursivas e não discursivas, tal como proposto por Foucault (1995, 2008a, 2009a), apesar de em alguns momentos ele pontuar “não é muito importante dizer: eis o que é discursivo, eis o que não é... não

verdadeiros e a produção de efeitos de poder que são estabelecidas normas que produzem determinadas formas de viver. Nesse sentido, tentamos, em alguns momentos, observar outros elementos que ajudavam a compor as paisagens da nossa viagem na saúde trans como cartazes, fotografias, panfletos, arquiteturas, políticas públicas, receitas médicas, uso de hormônios etc. Analisando tanto as práticas discursivas como não discursivas, pudemos ampliar o nosso olhar sobre o nosso campo-tema.

A escolha por quais elementos seriam observados ao longo do nosso percurso não foi planejada, eles foram sendo capturados pelas lentes da máquina fotográfica e registrados no gravador à medida que caminhávamos e os corpos trans nos provocava algum estranhamento. A metodologia funcionou mais como uma biruta que orientava nosso olhar do que como um roteiro fechado que só permite que conheçamos espaços previamente eleitos. Compreendemos que o campo-tema oferece pistas que guiam a viagem e o importante é manter o foco na trilha principal, com auxílio da biruta para não se perder.

Com auxílio da nossa biruta, fomos caminhando e mudamos algumas vezes de percursos ao percebermos que aqueles cenários não nos ajudavam a desenhar a produção de saúde de travestis e transexuais. Podemos dividir a nossa viagem em dois momentos: no primeiro, exploramos como as pessoas trans são capturadas pela rede institucionalizada de saúde; em seguida, decidimos mergulhar em outro modo de produção de saúde a partir das práticas de travestis e transexuais, que decidimos chamar de sereias, como explicaremos adiante. Apesar dessa mudança de rota, o modo de viajar foi orientado pelo mesmo olhar, não representacionista e não essencialista, tentando observar como diferentes práticas (discursivas e não discursivas) se relacionam e quais os seus efeitos.

Nas trilhas iniciais da nossa pesquisa, visitamos eventos que tinham como proposta discutir saúde das pessoas trans, como o “Seminário de Saúde Mental e homofobia lesbofobia e transfobia institucional”, “Seminário Regional de gestão estratégica e participativa, políticas de promoção da equidade e controle social”, “III Encontro saúde sem lesbofobia, homofobia e transfobia”. Em seguida, fomos a espaços indicados como referência na produção de saúde dessa população, como a coordenadoria de DST/Aids de Fortaleza, postos de saúde, Consultório de Rua, o Centro de Referência LGBT Janaína Dutra e Coordenadoria da diversidade sexual de Fortaleza.

Nesse período da viagem, conversamos com alguns profissionais da saúde e pessoas ligadas à gestão e às políticas LGBT de Fortaleza, registrando esses diálogos no

creio que seja muito importante fazer esta distinção, a partir do momento em que meu problema não é linguístico.” (FOUCAULT, 2009a, p. 247).

diário de campo. Outras conversas nas quais não éramos interlocutores, mas que presenciávamos, também foram registradas no diário de campo, pois entendemos que esses diálogos informais fazem circular diferentes discursos sobre a saúde das pessoas trans (MENEGON, 2004). Também tiramos fotos dos lugares visitados e dos materiais institucionais, como panfletos e cartazes, que nos eram entregues ou apresentados.

Depois desse percurso inicial em espaços institucionalizados da saúde, decidimos que era importante ouvir as próprias travestis e transexuais sobre como elas produzem saúde, quais as práticas por elas apontadas como relacionadas a esse campo. Essa etapa também foi marcada por uma diversidade de material registrado. Começamos esse itinerário com entrevistas (Apêndice A) gravadas e previamente marcadas com quatro trans em espaços escolhidos por elas. A entrevista foi uma das ferramentas utilizadas nessa pesquisa e nos ajudou principalmente em um momento inicial, quando estávamos com dificuldades de encontrar com as participantes da pesquisa e saber quem estava disponível para participar. Então, a partir de uma primeira participante, conseguimos o contato das outras trans. Essas entrevistas serão compreendidas como práticas discursivas, pois essas interações situadas em determinado espaço e tempo produzem versões da realidade. Não pretendemos fazer análise de conteúdo ou capturar a interioridade das trans por meio das suas falas, mas construir junto com elas, durante esses diálogos, pistas que apontem sobre como elas produzem saúde.

Durante as entrevistas, não ouvíamos apenas as vozes das participantes e da pesquisadora, outras vozes se faziam presentes, pois em seus relatos apareciam histórias das amigas, a opinião dos familiares, o discurso dos médicos, a curiosidade dos profissionais da saúde, a fala da recepcionista da unidade básica de saúde, o saber jurídico que garante ou impede a mudança da identidade, as políticas públicas que garantem o direito ao uso do nome social nos serviços de saúde etc. Diferentes sujeitos, mesmo sem estarem participando das entrevistas, emergiam como interlocutores, seja o discurso médico quando as trans explicavam para a pesquisadora quais os melhores hormônios e a dosagem apropriada, seja a preocupação da família quando se falava sobre a possibilidade de realizar mais intervenções cirúrgicas. “Dessa forma, na cena discursiva muitas vozes se fazem ouvir e não apenas as dos que enunciam perguntas e respostas... o diálogo amplia-se, incluindo interlocutores presentes e ausentes” (PINHEIRO, 2004, p. 188- 194).

Os discursos produzidos pelas travestis e transexuais entrevistadas ajudaram a apontar quais espaços de saúde elas utilizavam e suas estratégias de uso e negociação desses espaços. Mas outras temáticas emergiram ao longo das entrevistas, sinalizando uma produção de saúde para além dos equipamentos formais do Estado. Percebemos que cada pergunta da

entrevista encadeava uma série de questões relacionada a diferentes temáticas. Com isso, optamos por transcrever essas entrevistas com o mínimo de recortes possível para podermos observar o fluxo de argumentos e ideias produzidas na interação da pesquisadora com as entrevistadas.

As informações das entrevistas nos levaram ao Hospital M. de Fortaleza, onde existe um ambulatório para o acompanhamento de transexuais. Esse serviço é recente e apresenta uma equipe composta por ginecologista, endocrinologista, psiquiatra e psicólogo. O espaço do Hospital M. foi a nossa última parada da viagem; lá conhecemos novas participantes, que nos ajudaram a finalizar nosso percurso e apontar outros horizontes. Foram realizadas, no total, cinco visitas a esse ambulatório, onde conversamos com alguns de seus profissionais e pacientes em atendimento. Essas conversas foram registradas no diário de campo e em alguns momentos foram tiradas fotos e gravados vídeos.

Os assuntos dessas conversas informais eram diversos, mas geralmente estavam relacionados à vivência como trans, à escolha do nome feminino, à dificuldade para encontrar emprego fora da prostituição, às dicas sobre o uso de hormônio, aos exames indicados pelos médicos, mas também surgiam temas sobre paquera, se os pacientes dos outros ambulatórios eram bonitos, se os médicos e residentes eram gays ou “pegáveis”, o modo de se vestir das mulheres que trabalhavam no hospital, quem eram os profissionais mais gentis ou mal educados etc. Desse modo, o ambiente no qual a conversa estava inserida influenciava bastante as temáticas que emergiam e como se desenrolavam os diálogos, pois a passagem dos funcionários do Hospital M. não só provocavam comentários como algumas vezes faziam as trans silenciar ou baixar o tom de voz.

A utilização das conversas do cotidiano (MENEGON, 2004) deixa o pesquisador atento a outros tipos de elementos envolvidos na produção dos enunciados, como o contexto, que passa a ser um componente importante da conversa. O fato das conversas não estarem “presas” à pesquisa oferecia maior liberdade não só temática como também uma informalidade e descompromisso dos participantes, o que permite maior flexibilização dos posicionamentos. Menegon (2004, p. 219) elenca algumas particularidades do uso dessa metodologia:

- a) Os participantes podem ter clareza e expressar o seu ponto de vista sobre o tema em pauta, compartilhando, ou não, do mesmo ponto de vista;
- b) a fala dos locutores não é disciplinada em função de uma única narrativa; caso uma expressão não seja compreendida pelo(s) ouvinte(s) é passível de ser substituída imediatamente;
- c) a ordem que porventura exista na conversação não obedece a regras formais, sendo estabelecida no próprio curso da conversa;

- d) as pessoas sabem sobre o que estão falando, mas o assunto sobre o qual se fala vai desenvolvendo-se e é desenvolvido no decorrer das inter-relações;
- e) cada participante sabe, na prática, o como e o que da sua produção frente ao tipo de responsividade obtida dos outros participantes da conversa.

A informalidade das conversas que surgiam no corredor durante a espera das consultas médicas tornava possível posicionamentos e comportamentos que talvez não fossem possíveis na presença de outros interlocutores ou no espaço formal da entrevista. Junto com as outras trans e longe do olhar dos médicos, era admissível fazer “voz de homem”, insinuar que vai “agarrar” outra trans, discutir sobre a obrigatoriedade da heterossexualidade para ser diagnosticada como transexual etc. Temas e posicionamentos que talvez não surgissem nos momentos das consultas médicas ou durante o grupo terapêutico eram compartilhados no corredor do Hospital M.

Frente a essa diversidade das conversas do cotidiano, podemos entender que o único padrão possível desses diálogos é o inesperado, pois há uma flexibilidade temporal, espacial e de interlocutores (MENEGON, 2004). Mesmo as conversas acontecendo sempre no espaço do Hospital M., elas se modificavam se saíssem dos corredores e se aproximassem da recepção ou dos consultórios médico; o recorte temporal também variava, às vezes eram fugazes, como de algumas trans que iam logo embora após a consulta com o médico, enquanto outras apresentavam maior duração em função do encadeamento de enunciados, como para contar as novidades para uma trans que faltou às últimas consultas; o perfil dos interlocutores era diversificado em relação à quantidade, idade, sexo e condição social, pois em todo encontro apareciam pacientes diferentes.

Ao longo da nossa viagem, nos deparamos com alguns problemas metodológicos. O primeiro foi como chamaríamos as nossas participantes, pois a proposta inicial era focar o nosso estudo nas pessoas nomeadas como travestis. Porém, à medida que prosseguíamos, encontrávamos pessoas que se nomeavam como transexuais ou mesmo como mulher, outras como trans. Em meio a essa diversidade, decidimos abrir a nossa categoria travesti para novas possibilidades que surgissem durante a nossa trajetória, sempre respeitando o uso que as participantes faziam dessas categorias. Dessa forma, utilizaremos a metáfora das sereias para nomear as pessoas que foram foco da nossa pesquisa, como apresentaremos e discutiremos no próximo tópico desse capítulo.

Outra questão importante foram os desafios éticos com os quais nos deparamos tanto em relação à autorização para registrar informações e conhecer determinados espaços, como também à formalização da colaboração na pesquisa com o uso do Termo de Conhecimento Livre Esclarecido (TCLE). Esse documento pede que, após a leitura e

compreensão dos termos da pesquisa, o participante declare que concorda com o exposto e isso é formalizado com a assinatura do sujeito. No nosso caso, o simples ato de assinar o próprio nome se transforma em uma questão política e ética, na medida em que todas as trans com quem conversamos não se identificavam com o nome de registro oficial e questionavam qual nome deveriam utilizar naquele documento. Discutiremos no tópico 2.2 como foram os desdobramentos desse acontecimento.

2.1 Modos de viver sereia: problematizando as identidades.

Chego ao Hospital M. e encontro Iara⁸ sentada na sala da recepcionista olhando-se no espelho. Ela tem cabelos longos e lisos, um corpo esguio desenhado pelo uso de hormônios e apresenta sempre uma maquiagem impecável e roupas da moda. Ela tinha me avisado que nesse dia aconteceria novamente um grupo terapêutico com algumas transexuais que estão em atendimento no ambulatório. Um dos médicos que trabalha no Hospital M. avisa que a minha entrada no grupo terapêutico como ouvinte depende da autorização da médica responsável pela coordenação do grupo. No encontro anterior, no dia 29/08/2013, não foi permitida a minha entrada: explicaram que eram poucas pacientes e muitos profissionais, entre residentes de psiquiatria, profissionais do hospital e estagiários de psicologia, assistindo a sessão de terapia de grupo e que isso inviabilizava a minha participação.

No encontro desse dia, 12/09/2013, fui novamente impedida de participar do grupo terapêutico, com a mesma justificativa. Um dos médicos sugere que eu leve na minha próxima visita ao Hospital M. um papel com informações sobre a pesquisa para que o Comitê de ética da instituição autorize a minha entrada em todos os espaços do Hospital M., inclusive no grupo terapêutico. Como tinha oferecido carona para Iara após o grupo, escrevo o diário de campo e converso com alguns funcionários do hospital enquanto aguardo a sessão de terapia terminar. Ao final do atendimento, levo Iara para casa e vamos conversando no caminho. Peço autorização para gravar a nossa conversa, ela pensa um pouco e aceita.

Durante o percurso, conversamos sobre preconceito e um dos episódios do programa Na moral⁹ que discutia a temática da transexualidade, mais especificamente sobre o caso de Letícia apresentado nesse show. Letícia, após anos vivendo como “homem”, tendo casado e tido dois filhos, resolve começar a viver como mulher já na velhice. Iara discute esse

⁸ Na página 34 discutiremos como foram escolhidos os pseudônimos das participantes da pesquisa.

⁹ Programa exibido pela rede Globo, apresentado por Pedro Bial. O programa específico sobre o qual conversamos está disponível em: <<http://www.youtube.com/watch?v=6k7XInfLd7A>>.

tipo de mudança de forma acalorada, pois discorda que as pessoas possam mudar. Ela justifica que o corpo pode ser modificado com diferentes tecnologias, mas a sua “essência”, “interioridade”, “identidade” “feminina” não pode ser alterada, pois ela já nasceu assim. É a suposta estabilidade da sexualidade que Iara utiliza como argumento para justificar a sua escolha pela cirurgia de mudança de sexo, pois através dessa intervenção ela irá concertar o “erro” da natureza e reestabelecer a coerência entre sexo, gênero e desejo (BUTLER, 2010):

[Iara] Eu sou uma mulher, eu nasci uma mulher. Para que diabos eu vou transar com uma mulher? Mas que tipo de benefício isso vai trazer para mim? Um filho, tá um filho, mas aí eu resolvo ser mulher de novo. E no final eu sou o que? Eu sou ser humano, como estavam falando no grupo. Tinha uma mulher dizendo, eu não sou andrógono, não sou bissexual, não sou transexual, não sou homossexual eu sou gente. Sim, você é gente, mas a pessoa deve construir a vida como uma pessoa normal, não como um animal, entendeu? Eu acho isso estranho eu acho isso diferente. Não que eu condene, eu respeito. Mas eu luto desde criança com a minha família. Eu não tive oportunidade, eu era criança, eu sofri. Minha mãe me batia muito, meu pai me batia muito, meus pais me castigavam, quebravam minhas coisas. Eu brincava de boneca eles quebravam, brincava de casinha no quintal, eles quebravam. Eu apanhava ficava presa no quarto a semana todinha sem comer, sem nada, ficava de castigo. E eu passei por cima deles, sabe o que é que eu fiz? Chegou um tempo em que eu não aguentei mais, as coisas que eles quebravam minhas eu quebrava as deles também. Então eu acho que a pessoa não deve ter medo, lógico que eu tinha medo, eu fazia isso com medo sim, mas a gente tem que buscar da mesma forma mudar.

[Pesquisadora] Mas tu não acha que a pessoa muda de ideia? Resolveu experimentar outra coisa?

[Iara] A gente não muda de ideia. A gente não muda uma coisa que é tão importante. Sério tu é mulher, vou te colocar em uma saia justa. Tu se agarraria com outra mulher e deixaria de ser o que tu é?

[Pesquisadora] Hoje não, mas vai ver que amanhã eu me apaixono perdidamente por uma mulher. Sei lá o que eu vou encontrar.

[Iara] Não. Você nasce uma coisa e você não muda. Não muda, o que você é. A gente já nasce assim. A gente já nasce, é a natureza. Eu me considero uma mulher, eu não me considero uma transexual. Lógico que eu tenho que usar esse termo para continuar o meu tratamento, mas eu me considero uma mulher. Por isso que o mundo não vai para frente, porque a pessoa não respeita os limites, os limites da vida. Nós tivemos ensinamentos e não é legal que a gente bote tudo a perder. Eu nasci mulher. Tudo bem eu nasci homem, com pênis, com testículo, mas a minha cabeça é de mulher. Por que é que eu vou querer ter um filho e depois querer mudar, querer botar tudo a perder. O importante para mim é dizer eu sou uma mulher, eu tenho uma vida como mulher, eu nasci um mulher entendeu? Só que eu nasci uma mulher diferente e eu não saio por aí dando satisfações, eu sou muito na minha. Eu sei que eu sou mulher, eu sei que eu vou operar, eu sei que eu vou casar, que eu vou ter uma vida normal. Já como eu não tenho útero, já que eu não posso ter filho eu vou adotar, vou criar essa criança com o mesmo carinho, porque filho é do coração. Parir, qualquer um pare, uma prostituta pare, uma vadia pare, qualquer um pare. Então eu vou pegar um que foi abandonado e vou criar, é a mesma coisa, é o mesmo laço, é o mesmo carinho. Mas o meu sonho era ter um útero, era gerar uma criança em mim, eu ia ficar muito feliz, toda a maternidade, de ter o meu marido ali pertinho, de ter uma vida completa entendeu? Como você vai ser feliz sem construir uma família, sem construir uma nação? Eu acho isso errado. (Entrevista Iara, 12/09/2013).

Iara se autodenomina mulher. O uso do termo transexual se torna importante apenas no atendimento médico, pois sem reconhecer-se pertencente a essa categoria, o seu tratamento seria possível no ambulatório. As identidades são negociadas diariamente; a declaração de pertença à determinada categoria identitária é contingente e está intimamente relacionada com o espaço institucional no qual o discurso é produzido, com os interesses dos envolvidos, como posicionam e são posicionados os profissionais e usuários do sistema.

O posicionamento de Iara gera algumas discussões no espaço do Hospital M. junto a outras transexuais que lá fazem tratamento. Contradizendo a posição de Iara está a de Parténope, uma paciente antiga no serviço. Ela chama atenção por onde passa, pela altura e formas arredondas produzida com o uso de hormônio e uma cirurgia de implante de silicone, é apontada pelas outras trans como a paciente que tem o corpo mais bonito e feminino. Parténope gosta de realizar vídeos, enquanto aguarda a consulta com o médico, para postar na sua conta da rede social explicando o que é transexualidade e debatendo sobre assuntos relacionados a essa questão. Ao interpelar Iara sobre poder filmá-la, ela se recusa, cobre o rosto e vai para o outro lado do corredor. Parténope comenta que Iara não quer ser reconhecida como trans apesar de ser uma, “ela botou na cabeça que é mulher, ela é mulher, mas uma mulher trans”.

Ao negar ser reconhecida como trans e se declarar mulher (mesmo que “uma mulher diferente”), Iara passa a recusar a exibição pública de sua vinculação ao campo da transexualidade. Em outros momentos, afirma que, após a cirurgia, vai apagar tudo que a lembre do seu passado como transexual, fotos, contas em redes sociais etc., “eu não vou fazer a cirurgia e sair por aí gritando que eu sou uma transexual, que eu sou uma transexual operada, porque transexual não é um homem que virou mulher”. Ao mesmo tempo em que esse tipo de discurso de Iara provoca desconforto e discussões com as outras pacientes, também produz na equipe de profissionais do ambulatório um maior “conforto” e “segurança” para afirmar que Iara é realmente transexual e que há indicação para a cirurgia. A falta de dúvidas e questionamentos sobre a sua “natureza feminina” oferece suporte para o laudo médico e psicológico.

Porém, nem todas as pessoas com quem conversei partilham das ideias de Iara e se nomeiam como mulheres. Algumas, inclusive, fazem questão de pontuar que não gostam de serem confundidas com mulheres. Optamos por respeitar o termo utilizado pelas pessoas para se automearem, pois essa escolha está inserida em uma disputa de saber-poder e no posicionamento político que cada uma escolheu. Ser e se dizer travesti, transexual, mulher

transexual, trans ou mulher faz parte de uma constante negociação identitária com médicos, juristas, psicólogos, família, amigos etc.

Dessa forma, em meio a tantas categorias identitárias, resolvemos utilizar os termos transexual e travesti apenas no título do nosso trabalho para situar o leitor sobre a temática da nossa pesquisa, e para isso precisamos recorrer às classificações já em uso no cotidiano. Entendemos que a linguagem¹⁰ não é uma representação da realidade ou um modo de expressarmos algo que se passa em nossa interioridade, mas a compreendemos como ação social, isso é, falar é construir a própria realidade. Percebemos isso ao analisarmos diferentes literaturas que, a partir de determinado saber, classificam e nomeiam os corpos trans de modo diferente. No campo acadêmico há uma marcação territorial e temática que regula o uso do termo travesti ou transexual.

Realizando uma revisão bibliográfica, percebemos que o termo travesti tende a ser utilizado por autores que estudam questões relacionadas à prostituição e à vida noturna dessas populações nas ruas, boates e festas urbanas. (SILVA, 1993; BENEDETTI, 2005; VALE, 2005; CARRARA; VIANNA, 2006; PELÚCIO, 2007; NOGUEIRA, 2009; COELHO, 2009, GADELHA, 2009). Por outro lado, os relatos de pesquisa que tinham como espaço de investigação hospitais ou que discutiam o aspecto patológico das diferentes formas de exercer a sexualidade acabavam recorrendo ao termo transexual (ATHAYDE, 2001; BENTO, 2006; ARÁN; Zaidhaft; Murta, 2008; ARÁN; Murta; Lionço, 2009; Rinaldi, 2011).

Compreendemos os limites do uso desses termos, de modo que, para além das categorias identitárias, entendemos que o foco da nossa pesquisa são pessoas que de algum modo em suas vidas transitam entre as fronteiras dos sexos e dos gêneros e com isso colocam em questão o saber-poder relativo à sexualidade sofrendo compulsoriamente regulações em seus modos de viver. Em outros momentos, empregaremos as nomenclaturas transexual, travesti ou simplesmente trans, mas sempre respeitando o posicionamento e a autonegação das nossas participantes. Dessa forma, buscamos ouvir o que elas têm a dizer e não calar suas vozes, pois compreendemos que cada um desses termos está atravessado por determinado saber que possibilita a entrada ou exclusão dos sujeitos nesses grupos.

Essa regulação identitária pode ser visualizada com maior clareza quando pensamos no modo como a transexualidade foi construída a partir do saber médico. Sabe-se que, em outras culturas e noutros períodos da história, existiram pessoas que divergiam das

¹⁰ Compreendemos a linguagem como performática, isto é, como ação. A partir desse enfoque, o discurso deixa de ser apreendido como uma tradução ou representação da realidade, mas é na linguagem que construímos o que chamamos de real. Esse modo de perceber a linguagem é influenciado pelo chamado “Giro Linguístico”, que ocorreu a partir da segunda metade do século XX (IBÁÑEZ, 2004).

normas estabelecidas para os gêneros, como, por exemplo, os *mollies*, que, ao longo do século XVIII na Europa, formaram um grupo de homens que se vestiam de mulher (WEEKS, 2007). Essas experiências foram compreendidas como dádiva divina ou fraude e por isso reguladas de diferentes formas. Mas não podemos compreender esses casos como exemplos de transexualidade, pois até meados da década de 1950, a fronteira entre as categorias homossexual, transexual e travesti não estava bem definida. Apenas a partir desse período começam a surgir publicações e pesquisas sobre o “fenômeno da transexualidade” (BENTO, 2006).

Cronologicamente, podemos acompanhar as mudanças que ocorreram para chegarmos ao atual modelo de protocolo médico que patologiza a transexualidade. Em 1949, Cauldwell publica um estudo de caso de um transexual e define quais as características que constituem exclusivamente esses sujeitos (BENTO, 2006). Em 1953, o soldado americano George se transforma em Christine e se torna o primeiro transexual acompanhado pela mídia (PRECIADO, 2008). Nesse mesmo ano, o endocrinologista alemão Harry Benjamin afirma que o único tratamento para a transexualidade é a intervenção cirúrgica (BENTO, 2006).

Em 1958, uma jovem de aparência feminina, mas apresentando órgãos sexuais masculinos, é atendida pelo psiquiatra e psicanalista Robert Stoller. A paciente afirma ter nascido mulher num corpo (parcialmente) de homem e convence a equipe médica a fazer uma das primeiras cirurgias de transgenitalização¹¹. A aparência de Agnes levou os médicos a classificarem-na como intersex¹² e não como transexual, mas o que os médicos não sabiam é que Agnes tomava, desde os doze anos, doses de estrogênio receitadas para sua mãe (CORRÊA, 2004).

Ainda em 1958, na Rússia, acontece a primeira faloplastia, isso é, a construção, através de intervenção médico-cirúrgica, de um pênis. Em 1973, a homossexualidade deixa de ser classificada como transtorno mental no DSM (Manual de Diagnóstico e Estatística de Distúrbios Mentais) e, nesse mesmo ano, a transexualidade passa a ser considerada uma

¹¹ Cirurgia de transformação plástico-reconstrutiva da genitália externa, interna e caracteres sexuais secundários, com o propósito terapêutico específico de adequar a genitália ao sexo psíquico (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2010).

¹² Segundo a Sociedade Intersex Norte Americana (ISNA, 2010), intersex é um termo utilizado para nomear corpos cuja anatomia não se adequa aos padrões de sexo masculino ou feminino. Para saber mais informações sobre intersexualidade, consultar Machado (2008), Mélló e Sampaio (2012).

disforia¹³. Em 1983, a transexualidade é classificada como um transtorno da identidade de gênero¹⁴ no DSM III (PRECIADO, 2008).

Podemos observar, a partir desse breve histórico, que a categoria transexual é bastante recente e a sua constituição como patologia também. O “fenômeno da transexualidade” só se tornou possível com a criação de hormônios sintéticos, a realização de estudos sobre endocrinologia, aperfeiçoamento de técnicas cirúrgicas, sistematização pela psiquiatria do que seria um “verdadeiro transexual”, elaboração de um psicodiagnóstico específico para avaliar transexuais etc. São esses diferentes fatores, que não possuem necessariamente uma relação de linearidade e causalidade entre si, que tornaram possível a materialização do sujeito transexual.

Porém, os discursos sobre a transexualidade não ficam restritos aos profissionais “psi”, psiquiatras, psicólogos e psicanalistas, mas circulam noutros espaços. As pessoas trans também se apropriam desses enunciados e constroem outro modo de se relacionar com tais categorias. Sentada próxima a um grupo de trans, no “Seminário regional de gestão estratégica e participativa, políticas de promoção da equidade e controle social”, promovido pelo Ministério da Saúde em Fortaleza, acompanho uma discussão entre elas sobre o modo como cada uma preferia ser chamada:

Não sou travesti, sou transexual. Não existe travesti. Somos todas transexuais, independente de fazer cirurgia. Palhaço é travesti, *drag queen* é travesti, pode ser heterossexual ou homossexual. No resto do mundo são pessoas trans, só no Brasil tem travesti. As que vão para Europa é que levam esse negócio de travesti. (Diário de Campo 24/05/12).

Nesse relato, podemos perceber que as diferentes categorias de classificação da sexualidade não são propriedade exclusiva do campo acadêmico, mas ganham materialidade no modo como os indivíduos se automeiam e se subjetivam a partir de determinado termo. Ser travesti ou transexual não é a mesma coisa para a pessoa do relato, pois, dependendo do rótulo utilizado, o nomeado pode ser relacionado com o deboche, a caricatura, a fantasia, de modo a denegri-lo. Por outro lado, o nome também pode conferir um status de legitimidade, de verdade, autenticidade, celebrando o sujeito assim posicionado. Essas categorias de

¹³ Disforia é um termo médico para nomear mudanças repentinas e transitórias do estado de ânimo. Mais informações disponíveis em: <www.psiqweb.med.br>.

¹⁴ Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), o diagnóstico do transtorno da identidade de gênero é realizado quando há “evidências de uma forte e persistente identificação com o gênero oposto, que consiste do desejo de ser, ou a insistência do indivíduo de que ele é do sexo oposto. Esta identificação com o gênero oposto não deve refletir um mero desejo de quaisquer vantagens culturais percebidas por ser do outro sexo. Também deve haver evidências de um desconforto persistente com o próprio sexo atribuído ou uma sensação de inadequação no papel de gênero deste sexo.” (DSM IV, 1995).

classificação funcionam como reguladores de conduta, pois o indivíduo, para ser classificado como transexual e não como travesti, precisa obedecer a uma série exigências do saber médico e psicológico. São esperados determinados comportamentos, uma biografia específica, um modo particular de se relacionar com o próprio corpo etc. Caso contrário, esse indivíduo não será considerado um verdadeiro transexual, mas “um travesti”.

Esse sujeito transexual, travesti ou mulher é uma ficção socialmente construída, mas nem por isso deixa de produzir efeitos. “Não existe sujeito ou subjetividade fora da história e da linguagem, fora da cultura e das relações de poder” (TADEU, 2009, p. 10). Podemos compreender que as categorias identitárias não são uma manifestação do “eu” interior, mas um produto do poder, um elemento político. Ser homossexual ou heterossexual, homem ou mulher, é uma produção histórica e cultural que é atravessada por uma rede de forças. Isso faz com que nos reconheçamos como possuidores de uma interioridade que determina o modo como devemos agir.

As “classificações” travesti e transexual não são uma problemática que atravessa apenas o saber psi, mas também produzem efeitos sobre a política e os movimentos sociais. Nos últimos anos, podemos observar as constantes mudanças na sigla do movimento LGBT no Brasil, e uma dessas transformações é a substituição do binômio travesti e transexual pelo termo transgênero, a fim de englobar em uma única palavra essas duas categorias. Por outro lado, essa alteração não é algo simples, inclusive tem sido debatida pelos integrantes do movimento, pois alguns argumentam que o uso de um único termo pode tornar invisíveis as diferentes formas de preconceito sofridas especificamente por travestis ou transexuais. Como esse movimento se constrói a partir de categorias identitárias, a escolha dos nomes e a quem estes fazem referência são de extrema importância para as suas lutas sociais e políticas.

Podemos perceber que a constituição das diferentes nomenclaturas é um processo de constante negociação, de trocas nas relações sociais e de tecnologias de governo (SPINK, 2011a). Esse jogo relacional permite a emergência de um “eu” travesti ou transexual, que não é uma entidade interna do sujeito ou puramente social, mas produto dessas forças. O uso de determinada categoria para classificar os sujeitos como travesti, transexual, transgênero ou trans produz diferentes estilos de vida, pois os discursos têm efeito de poder, podendo controlar e instituir quais são as formas possíveis de existência.

É a partir dessas questões que precisamos ser cuidadosos quando nos posicionamos no campo de disputa do saber-poder e classificamos os corpos. Dessa forma, em negociação com o campo e os trajetos feitos ao longo dessa viagem, utilizaremos a metáfora da sereia para nomear e apresentar as pessoas que viajaram conosco. Sereias, pois,

após ficar perdida durante muito tempo em terra firme dos saberes acadêmicos e institucionalizados, fui convidada por essas belas criaturas a mergulhar nas águas caudalosas do modo de vida trans. Mares e rios desconhecidos por elas governados foram-me apresentados com muita gentileza. Sereias, pois elas encantam com suas vozes e aparência sedutoras, também são, em muitos momentos, caladas, levando-as a cantarem cada vez mais alto para se fazerem ouvir, num verdadeiro show, ou, se necessário, num barraco, como dizem algumas.

Se nos permitirem levar a metáfora mais adiante, algumas das sereias desejam trocar suas caudas por pernas e, para isso, negociam constantemente com os feiticeiros-médicos que detêm o poder mágico de realizar tal transformação. Porém, elas precisam descobrir qual música e em que tom devem cantar para que os feiticeiros-médicos lhes concedam tal encanto. Outras, em alguns momentos, se questionam até onde desejam mudar seus corpos, apesar da constante empolgação quando se fala sobre qualquer tipo de procedimento estético.

[Pesquisadora] Como tu fica sabendo sobre esses procedimentos estéticos?

[Pisinoe] Menina, quando se junta três ou quatro a gente só fala de plásticas. Diz que o peito de uma tem mais estria que o peito da outra. E aí eu tenho filhas. O que é filhas? É aquelas que a gente apadrinha. Tem uma filha que ela passa o dia estudando tudo. Ela é a senhora plástica, mas ela não precisa fazer nada, pois ela já tem bunda, quadril, a natureza foi muito boa com ela. Ai ela fica “mãezinha, mãezinha” ai eu digo, “o que foi desgraçada?” “Mãezinha tô descobrindo uma nova fórmula para fazer o quadril da senhora” ai eu pergunto se ela vai pagar também. Ela descobre um monte de coisa e vai me dizendo, eu também pesquiso. Por exemplo, tem a feminilização facial que eu quero também fazer um dia quando estiver milionária, é uma fortuna, fiz o orçamento um dia, e é 23 mil reais. A Ariadna fez, tu lembra dela no Big Brother, o rosto estava mais masculinizado. Por que existe a diferença entre o crânio feminino e o masculino. A ideia agora não é colocar mais, é tirar. Na feminilização facial raspa tudo, raspa, levanta, arruma, faz o desenho do cabelo bonitinho, faz a medida, arruma sobrancelha, arruma nariz. Isso faz em São Paulo é o grupo *TREM*, acho que é assim. É perfeito, você fica toda feminina, toda delicada, é dá delicadeza ao crânio masculino. Quando você coloca as coisas, você fica crescendo e a ideia agora não é crescer, é diminuir. Por isso a minha ideia, se eu fizer abdômen e lipo completa, não sei se eu vou querer quadril mais. A ideia não é colocar, a ideia é tirar. E às vezes eu fico muito confusa, será que eu quero muitas vezes me esconder nessa ideia de uma feminilidade a partir de um feminino das mulheres? Essa é uma pergunta que eu me faço. Por que eu não quero ser confundida com mulher, eu quero ser tratada como travesti, que é como eu me auto-afirmo. Às vezes o que me dói mais é quando as pessoas me perguntam se eu sou mulher, se sou travesti. Eu digo que sou travesti. A gente pode tá até em busca dessa feminilidade constante, mas não é uma busca pela feminilidade pelos padrões femininos de uma mulher, entendeu? Eu tento fugir desses padrões, teve uma época que eu estava de cabelo feito luzes e de megahair, eu tirei porque estava achando insuportável, pois eu ia para festa e parecia que todas as mulheres da festa tinha feito cabelo no mesmo salão, com a mesma maquiagem. Nam, eu tô parecendo com essas *rachas*¹⁵ tudim. Chega! Cheguei em casa e comecei a tirar, não vou fazer mais chapinha, nem textura. Por que eu acho que é um diferencial essas questões todas,

¹⁵ Racha é uma “gíria” utilizada para se referir a mulher.

mas embora muitas vezes esse diferencial ele não é bonito, pois existe todo esse jogo de sedução, que é algo muito forte. Dentro dos padrões de beleza, eu fujo desses padrões, eu tento fugir desses padrões, por conta de ser gêmea de um monte de gente, mas na mesma hora também eu fico pensando o processo da rejeição, por ser tão diferente esteticamente. Por que ou as pessoas gostam do exótico, que eu me considero exótica, ou as pessoas gostam dos padrões. E o padrão de pessoas que eu curto para relacionamento é o comum do comum, e essas pessoas não valorizam o exótico. Por que a construção desse corpo além de ser para você próprio existe o encantamento de outro sujeito. Eu não transformo o meu corpo exclusivamente para mim, embora ele é uma realização de me completar, mas ele não é exclusivamente meu, ele é público. Desde o momento que eu coloco o meu peito na rua para fora, ou desde o momento que as meninas estão na prostituição, vive da venda do corpo, ele é um corpo que tem que ser comercializado, então tem que estar nos padrões esteticamente vendável. (Entrevista Pisinoe, 10/05/2013)

As questões de Pisinoe sobre ser travesti e o padrão de feminilidade são importantes quando questionamos as categorias identitárias, na medida em que optamos por olhar essa problemática por uma perspectiva não essencialista. Os sujeitos, nessa pesquisa, são percebidos como fluidos e instáveis produtos de uma rede de elementos discursivos e não discursivos. Dessa forma, noções como gênero e sexo, que atravessam as identidades sexuais, podem ser problematizadas, pois não são categorias naturais, mas construções. Dizer que um sujeito é masculino ou feminino não é simplesmente um modo de descrever as suas marcas corporais, mas produzi-lo como “generificado”.

Nesse modo de viajar e observar o mundo há uma crítica às categorias identitárias, pois estas são marcadas pela hierarquia na qual alguns são percebidos como superiores, hegemônicos, normais, a maioria (homem, branco, heterossexual), enquanto no outro polo fica o inferior, o excluído, o anormal e a minoria (mulher, negro, homossexual). Essas categorias marcadas pela diferença, como transexual e travesti, são transformadas em “exterior”, em excluído (HALL, 2008). As categorias identitárias buscam um ajustamento, uma aceitação dentro da mesma lógica que as exclui. Nosso posicionamento metodológico e ético busca questionar os rótulos por considera-los restritivos; desejamos produzir, ao longo dessa viagem, modos de vida mais inventivos, que desviem da rota pré-estabelecida, experimentando caminhos incertos e inesperados, que transgridam as normas.

2.2 Registros da viagem: questões éticas e políticas

[Pisinoe] Nome social ainda é um problema. Porque eu não consegui mudar meu nome ainda e a universidade privada é muito diferente de uma universidade pública. A ordem da chamada é pelo número de matrícula, e como mudam os professores ao longo do semestre, eu tenho que avisar, eu tô aqui viu? E eles já mudam, porque se me chamarem pelo meu nome de registro eu não respondo, pois eu não sou essa pessoa. Isso acontece desde quando eu era pequenininho, desde criança, eu tenho um problema seríssimo com meu nome. Meu único problema hoje é meu nome,

problema seríssimo, pois eu nunca fui a pessoa que a minha mãe registrou. Só para tu ter noção quando eu era menininho, criança, eu tinha um apelido Pisi, sempre fui Pisi Meu ensino médio todinho, meu ensino fundamental todinho sempre fui Pisi e quando eu entrei no movimento ainda de menininho eu era Pisi. No processo de transição do Pisi para Pisinoe, foi um processo mesmo. E aí me perguntam porque Pisinoe? Que nome estranho e difícil. É porque eu não queria matar o Pisi, o Pisi já era uma pessoa política e sempre fui eu. Então eu nunca fui tratada pelo meu nome, o nome que a minha mãe me deu. E minha mãe se frustra muito por isso, e quando ela percebe que o que me deixa mais odiosa é o meu nome, ela me chama pelo meu nome, quando ela tá p. da vida ela grita meu nome, eu respondo, “você tá louca? Meu nome é Pisinoe”. Mas a minha mãe é super tranquila com isso, é uma *figuraça*. (Entrevista Pisinoe, 12/05/2013).

As questões sobre identidade não acabaram quando decidimos nomear nossas participantes como sereias, pois as regras burocráticas para realizarmos uma pesquisa ética a partir do modelo proposto pelos Comitês de Ética nos levam a estruturar nosso estudo com base em categorias identitárias fixas estabelecidas. A identidade que problematizamos nesse tópico vai além do reconhecimento como pertencente a determinado grupo identitário, envolvendo questões de garantia dos direitos do assinante do TCLE. Falamos agora do registro civil, da identidade impressa nos documentos oficiais, que referenda a existência do indivíduo perante o Estado. Essa identidade é construída a partir das informações registradas na certidão de nascimento que apontam o sexo do sujeito e o seu nome de registro, isso é, quando esses dados foram documentados, o indivíduo não teve nenhuma oportunidade de opinar. É o nome que consta no documento oficial de identidade (Registro Geral – RG) que é requisitado nos estudos com seres humanos nas normas que os regem.

O registro civil é o que sustenta a legitimidade no exercício da cidadania, é um dos principais instrumentos que garantem a proteção à identidade, direito à vida, à integridade física, ao próprio corpo, à integridade moral, à liberdade, à honra e à imagem, a partir do direito constitucional (PRÓCHNO; ROCHA, 2011). Mas quando peço para Pisinoe assinar o seu nome no TCLE, estou justamente negando todos os direitos que o seu nome deveria garantir. Pisinoe nunca se identificou com o nome da sua identidade civil, ele não lhe garante liberdade, proteção à identidade ou direito ao próprio corpo, portanto, a sua documentação apenas deslegitima a decisão de Pisinoe de ser reconhecida como tal.

Seguimos as orientações do Comitê de Ética ao longo da pesquisa, mas em momentos como esse decidimos privilegiar a ética a partir de uma perspectiva dialógica, respeitando os nossos interlocutores a partir da sua singularidade (SPINK, 2000). O TCLE foi entregue aos participantes a fim de selar a colaboração, apresentar todos os procedimentos envolvidos na pesquisa e a possibilidade de desfazer o acordo em qualquer momento. Porém, no momento de assinar o documento, sempre surgia a mesma indagação “Qual o nome que eu

assino? O social ou o de registro?”. Respondia que elas ficassem à vontade e utilizassem o nome com o qual se sentiam mais confortáveis: todas assinaram o nome social.

A assinatura do nome social foi questionada e alvo de brincadeira para as participantes, que riam dizendo que o TCLE não valia para nada, pois a “fulana” (nome social) não existe e que o documento não possuía nenhum valor legal. Ao oferecer a possibilidade de escolha para as participantes, a minha prioridade deixou de ser a observância rígida das normas legais que prescrevem condutas na pesquisa com seres humanos – cujo simples cumprimento nem sempre assegura uma orientação efetivamente ética – e voltou-se para a demarcação de um novo posicionamento político e ético. A “fulana” pode não existir nos documentos civil, mas tem a possibilidade de ser visibilizada e se materializar como sujeito no momento da assinatura de seu nome social. Sabendo das dificuldades constantes das trans em negociar o seu nome e sexo registrados nos documentos com sua aparência e o nome social escolhido por elas, não poderíamos privá-las mais uma vez de escolher livremente como gostariam de ser reconhecidas. Essa é, inclusive, uma das questões que surgem nos seus discursos sobre as dificuldades enfrentadas no uso dos equipamentos de saúde, como veremos nos próximos capítulos.

O nome social foi utilizado para assinar o TCLE, mas foi omitido no relato da pesquisa, pois entendemos que é necessário preservar o anonimato das participantes a fim de protegê-las de qualquer tipo de identificação. Por mais que oficialmente as trans com quem conversamos não sejam reconhecidas pelo nome social, decidimos resguardá-los, pois não queremos associá-los e confundi-los equivocadamente com um pseudônimo, nome fictício geralmente utilizado em pesquisas acadêmicas (LIMA, 2013). Os pseudônimos que escolhemos para nomear as nossas participantes remetem a sereias conhecidas na mitologia (OLIVEIRA, s/d). O ambiente onde aconteceram as conversas, referências sobre o trabalho, local de estudo ou idade das participantes também foram alterados e/ou omitidos para garantir a não identificação das nossas sereias. Tentamos manter os elementos principais do contexto da conversa para situar o leitor, modificando algumas referências quando necessário.

Todo material - gravações de áudio, vídeo e fotos - apresentado nesse relato de pesquisa foi devidamente autorizado pelos participantes. Algumas informações, como o nome dos serviços de saúde e dos seus funcionários, também foram omitidos a fim de resguardá-los. Em todos os espaços que visitei, expliquei aos interlocutores o que estava pesquisando. Em certos momentos, isso provocou estranheza (“Travesti?!”. E a exclamação geralmente era acompanhada de uma cara de nojo); em outros, gerou perguntas (“mas o que tu quer saber da saúde trans é DST/aids ou cirurgia de mudança de sexo?”), como também interesse (“posso te

ajudar”, “depois quero o relato da pesquisa, pode ajudar para pensar as ações da política de saúde LGBT”). Estive disponível para tirar todas as dúvidas dos meus interlocutores e explicar como seriam utilizadas tais informações.

Algumas sereias entrevistadas já tinham participado de pesquisas anteriormente, outras tinham sido entrevistadas por algum repórter vinculado aos meios de comunicação. Isso às vezes gerava perguntas sobre quando e onde seria publicado o seu depoimento. A minha resposta de vez em quando gerou desapontamento ao saberem que suas identidades não seriam divulgadas e que o trabalho era da universidade, enquanto outras ficavam mais confortáveis para participar ao se explicitar tal informação. As entrevistas gravadas produziram uma relação mais formal com as participantes, pois marcávamos por telefone o local e data do nosso encontro após explicar quem tinha indicado seu nome como possível participante e o motivo da conversa. Essa interação provocava um maior distanciamento, os questionamentos sobre a pesquisa e a pesquisadora eram menos frequentes, o tom de voz e a postura mudavam ao ligar o gravador, tudo era mais contido. Além disso, o contato com elas eram geralmente finalizados com o desligar do gravador, apesar de em alguns momentos continuarmos interagindo por meio das redes sociais.

Nos outros depoimentos obtidos junto às sereias em situações mais informais, como na área de espera para as consultas no Hospital M., as interações eram mais dinâmicas, eu perguntava, mas também tinha que responder para que a conversa continuasse. Utilizava no máximo o diário de campo para fazer registros pontuais e sem a interferência formal do gravador ou câmera, uma diversidade de assuntos emergia, segredos eram confidenciais, reclamações sobre o atendimento, fofocas sobre a vida pessoal das pacientes e profissionais eram expostos. Isso possibilitou algumas interações fora daquele espaço por meio das redes sociais, telefone, mensagens ou em caronas. Estranhei, no começo, ser solicitada a responder questionamentos mais pessoais sobre qual era a minha opinião sobre determinado assunto, a ser convidada para tirar fotos e vê-las postadas depois nas redes sociais, participar dos vídeos pessoais gravados pelas trans, ou ser citada no blog de outra, mas depois entendi que aquilo era uma troca de informações, as sereias me apresentavam as águas que habitavam e, em contrapartida, eu também tinha que dividir algo com elas.

A interação pouco formal com as sereias no Hospital M. provocava desconfiança entre os profissionais da instituição, que indagavam sobre as caronas, por que ficar na área de espera e não aceitar a proposta de realizar entrevistas com as pacientes em uma sala reservada. Mesmo explicando a importância daquele tipo de interação para a pesquisa, os olhares de estranhamento dos profissionais eram constantes. Havia um receio tanto dos

profissionais como das transexuais de que as informações trocadas com eles pudessem chegar aos ouvidos daquele que estava do “outro lado”, isto é, os dados transitarem do corredor para o consultório e do consultório para o corredor. Em nenhum momento foi quebrado o sigilo das informações, mesmo que alguns profissionais e algumas trans indagassem com certa insistência e curiosidade sobre o que estava conversando com “fulano(a)”, como se eu tivesse algum dado privilegiado. A desconfiança das sereias passou rápido, apesar da curiosidade continuar, “Tu conhecer o Dr.? Ele é gay? O que ele falou de mim?”.

Essa interação mais próxima com as pacientes provocou algumas questões éticas sobre o meu possível “sumiço” quando a pesquisa acabasse, se ao obter as informações que precisava iria embora, se poderia trabalhar como voluntaria no Hospital M. etc. Muitas foram as interrogações sobre o fim da pesquisa e o provável fim do vínculo construído, não sabia ao certo o que responder, pois o que nos uniu inicialmente foi a pesquisa e as minhas visitas ao Hospital M. também eram motivadas por esta razão. Informei que provavelmente não voltaria para o Hospital M., mas que poderíamos continuar conversando pelas redes sociais e por telefone. São questões como essa que extrapolam a ética burocrática dos documentos do Comitê de Ética. O contrato da participação na pesquisa não é instituído simplesmente assinando o TCLE, mas é produzido na relação singular com o outro, respeitando as necessidades deste.

3 TRILHAS INICIAIS: ONDE IR?

As primeiras questões que possibilitaram o início dessa viagem estão relacionadas aos documentos que contam a história da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), à história do movimento LGBT no Brasil (GAMSON, 2006; SIMÕES; FACCHINI, 2009), à lei que detalha o funcionamento do SUS (BRASIL, 1990) e as recentes políticas públicas¹⁶ (BRASIL, 2004, 2010a) brasileiras que orientam ações específicas em saúde para a população LGBT. Contarei brevemente um pouco dessas histórias para situar o leitor sobre o que motivou o percurso nessas trilhas iniciais e como mudei a trajetória da viagem após esse período.

A saúde é um direito recente da população brasileira, que só foi garantido na Constituição Federal de 1988, como resultado da luta de diversos grupos sociais. Até então, o sistema público de saúde atendia apenas aqueles que contribuía para a Previdência Social, os que não tinham dinheiro dependiam da caridade e filantropia. Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), oficializado pelo Congresso Nacional através da aprovação da Lei Orgânica da Saúde em 1990, a saúde passou a ser acessível para todos os brasileiros sem discriminação (BRASIL, 2006). O objetivo do SUS é oferecer “a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas” (BRASIL, 1990, art. 5^a).

Para alcançar o seu objetivo, o SUS é orientado por algumas diretrizes e princípios que norteiam as ações e os serviços de saúde em território nacional. Três são os princípios doutrinários do SUS: Universalidade, Equidade e Integralidade. A universalidade garante atenção à saúde a qualquer cidadão; a equidade assegura que todos sejam atendidos de forma igual, sem privilégios ou preconceitos, mas respeitando as diferenças e necessidades de cada um de acordo com a complexidade do caso; por último, o princípio da integralidade é o reconhecimento de que a atenção em saúde deve abranger ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, com acesso a todos os níveis de complexidade do SUS (BRASIL, 2009a).

Mesmo orientado por tais diretrizes, alguns estudos (LIONÇO, 2008; MELLO *et al.*, 2011) apontam que ainda existe desigualdade no atendimento em saúde para determinados grupos que se encontram em situação de vulnerabilidade e desigualdade e, por isso, tornou-se

¹⁶ Utilizo a definição de políticas públicas proposta por Celina Souza (2006, p. 26) “Pode-se, então, resumir política pública como o campo do conhecimento que busca, ao mesmo tempo, ‘colocar o governo em ação’ e/ou analisar essa ação (variável independente) e, quando necessário, propor mudanças no rumo ou curso dessas ações (variável dependente). A formulação de políticas públicas constitui-se no estágio em que os governos democráticos traduzem seus propósitos e plataformas eleitorais em programas e ações que produzirão resultados ou mudanças no mundo real”.

necessário construir novas políticas públicas (BRASIL, 2010a, 2010b, 2011a) para assegurar tal direito. Pude acompanhar o “Seminário Regional de gestão estratégica e participativa, políticas de promoção da equidade e controle social” (Fortaleza, 24/04/2012), que reunia diferentes grupos (negros, povo da floresta, do campo, de santo, quilombolas, ciganos, LGBTs etc.) com a proposta de discutir a equidade na saúde. As falas dos participantes dialogam com os questionamentos de Lionço (2008), apontando que a dificuldade do acesso dessas populações à atenção em saúde é atravessada, principalmente, pelo preconceito sofrido nos serviços do que por demandas específicas e intrínsecas desses sujeitos. Os atendimentos procurados pela população LGBT não se diferenciam radicalmente dos que já são oferecidos pelos serviços de saúde, eles não apresentam patologias que exigem um acompanhamento diferenciado, apenas precisam ser respeitados em sua singularidade como todos os outros pacientes.

O que reunia aqueles grupos tão diferentes entre si nesse Seminário era a diferença, o desvio do padrão de normalidade, produzindo discursos como o de uma integrante de um grupo cigano que se dirigia à plateia falando “Vocês que são como eu...”. Como lembra Miskolci (2011), alguns sujeitos se “descobrem” como pertencentes a determinados grupos a partir da experiência social da vergonha, na qual o sujeito é xingado, violentado e excluído por fugir dos regimes normalizadores. Porém, o que se tem visto nos últimos anos é uma tentativa de assimilação e normalização por parte desses grupos pela via da igualdade política, que tem se confundido com a obtenção de direitos. Esses movimentos têm evitado construir diálogos mais críticos com o Estado que produzam subversões às normas como um todo. O que se observa é uma luta por tutela, apontada como o único meio de garantia à proteção e tolerância a essas populações.

No caso da política de saúde construída pelo governo brasileiro em associação com o movimento LGBT, a “Política nacional de saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais” (BRASIL, 2010a) têm como proposta assegurar o direito à saúde até então “negado” aos sujeitos que resistem de algum modo ao padrão heterossexual. O combate ao preconceito e à discriminação são temáticas constantes nesse documento, podendo ser observadas nos objetivos e nas diretrizes desse material. Um exemplo da centralidade do combate ao preconceito nesse texto pode ser visualizado no objetivo geral dessa Política (BRASIL, 2010a, p. 16), que propõe

[...] promover a saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, eliminando a discriminação e o preconceito institucional, contribuindo para a

redução das desigualdades e para a consolidação do SUS como sistema universal, integral e equânime.

Porém, alguns autores (MELLO *et al.*, 2011) têm observado que mesmo com a implantação de políticas públicas, essas populações historicamente excluídas não têm acessado os serviços públicos de saúde. Transexuais e travestis são apontadas (BRASIL, 2010a) como um dos grupos que mais sofrem com o preconceito por subverterem a heterossexualidade compulsória, como também os padrões de masculinidade e feminilidade vigentes. Estudos apontam que o preconceito dos profissionais da saúde tem prejudicado o atendimento adequado dessa população (GONZÁLEZ; LINCONA, 2006, ROMANO, 2007, CAMPO-ARIAS; HERAZO, 2008, CAMPO-ARIAS; HERAZO, COGOLLO, 2010; CERQUEIRA-SANTOS *et al.*, 2010).

A partir desse panorama das políticas públicas de saúde e do processo de exclusão de travestis e transexuais dos equipamentos de saúde, começamos a nossa viagem. Buscamos, inicialmente, caminhar por espaços instituídos pelo SUS como responsáveis pela produção de saúde para essa população, tais quais postos, hospitais, coordenadorias de saúde etc. Essas trilhas iniciais possibilitaram que conhecêssemos melhor o campo-tema e tateássemos quais lugares poderíamos visitar inicialmente, com quem conversar, onde se dirigir, que rumo seguir após essa primeira exploração.

3.1 Primeira Parada: vulnerabilidade e SIDAania

Os primeiros passos que demos no nosso percurso foram em busca de lugares familiares¹⁷, que tinham alguma semelhança com os espaços que habitávamos com o território de onde vínhamos. O medo provocado pelo desconhecido fez com que nossas paradas iniciais fossem em palestras e congressos, espaços intimamente relacionados com a vida na universidade. Amigos que sabiam da pesquisa informaram que durante a semana aconteceria um seminário sobre “Saúde Mental, homofobia, lesbofobia e transfobia institucional”. Apesar de não estarmos especificamente interessados na saúde mental LGBT, decidimos ir ao evento para obtermos o contato de possíveis informantes da pesquisa. A divulgação feita por e-mail explicava a importância do evento, esclarecendo que:

O objetivo do Seminário é debater a problemática da saúde mental relacionada à população de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT). Segundo

¹⁷ Familiares em todos os sentidos, tanto como lugar que remete ao já conhecido, como também um espaço destinado à circulação de famílias, higienizado, arrumado, seguro.

a Coordenação Municipal DST/Aids e Hepatites Virais da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza (SMS), a ideia é reconhecer que esse público adoece com depressão e outros transtornos mentais, devido à discriminação e ao preconceito. (Diário de campo 18/04/12).

Em um primeiro momento, essa informação não chamou muita atenção, apesar de ser estranho que o responsável por um evento que debateria saúde mental fosse uma instituição relacionada com os trabalhos voltados para DST/aids. Chegando ao evento, em frente à mesa de inscrição havia um espaço maior cheio de gente, com algumas perucas, acessórios e preservativos espalhados pelo chão que funcionavam como cenário para os participantes do Seminário que desejassem tirar uma foto para ser postada no site do evento e receber um kit com preservativo, lubrificante e um folheto explicativo (Figura 2). Esses kits foram elementos constantes nas nossas trilhas iniciais, surgindo em vários trechos da nossa viagem. Com isso, decidimos ficar atentos à pista fornecida pela Teoria-ator-rede (LATOUR, 2009), voltando nossos olhares não só para os actantes humanos, mas também para os não humanos, pois eles também produzem efeitos. Com isso, observamos, também, a presença insistente de cartazes (Figura 3) sobre prevenção, diagnóstico e tratamento de DST/aids em diversos eventos que tinham a proposta de discutir qualquer temática voltada para o público LGBT, como o Seminário sobre “Política da assistência social no combate a homofobia, lesbofobia, transfobia institucional”, que aconteceu no dia 22/05/2012, em Fortaleza.

Figura 2 – kit preservativo, folheto explicativo e lubrificante



Fonte: Coordenadoria de DST/Aids de Fortaleza

Figura 3 – Cartazes do Seminário



Fonte: Coordenadoria de DST/Aids de Fortaleza

Esses actantes não humanos, kits e cartazes, também dialogavam com integrantes das mesas dos eventos, pois em todos os Seminários havia a presença de um representante da coordenadoria de DST/Aids de Fortaleza. Essa repetição da temática DST/aids primeiramente provocou estranhamento, mas depois passou a fazer sentido quando a conectamos com a história do movimento LGBT no Brasil (GAMSON, 2006; SIMÕES; FACCHINI, 2009).

A organização do movimento de lésbicas, gays, bissexuais e transgêneros no Brasil tem uma história recente que se inicia no final da década de 1970, influenciada pelas lutas feministas e étnicas (GAMSON, 2006). Esse movimento passa a ganhar maior visibilidade na década de 1980 com o surto epidêmico da aids e é durante esse período que se constrói uma parceria entre o movimento LGBT e o governo brasileiro a fim de combater a doença, culminando, em 1988, na formulação do “Programa Nacional de doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e AIDS” pelo Ministério da Saúde.

Os gays foram classificados, em um primeiro momento do surto da aids, como um “grupo de risco”, assim como se deu com os profissionais do sexo e usuários de drogas. Isso provocou uma discriminação e estigmatização dessas populações, mas, apesar disso, se produziu em torno da aids uma série de ações voltadas para as pessoas afetadas pelo vírus, como também para possíveis vítimas, entre elas os gays. Foram essas atividades que favoreceram o fortalecimento do movimento homossexual no Brasil. Muitas associações e grupos gays foram fundados nesse período a partir do financiamento de programas governamentais e da associação com instituições internacionais que combatiam a aids (SIMÕES; FACCHINI, 2009).

A meu ver, o vírus da Aids realizou em alguns anos uma proeza que nem o mais bem-intencionado movimento pelos direitos homossexuais teria conseguido, em muitas décadas: deixar evidente à sociedade que homossexual existe e não é outro, no sentido de um continente à parte, mas está muito próximo de qualquer cidadão comum, talvez ao meu lado e – isto é importante! – dentro de cada um de nós, pelo menos enquanto virtualidade. (TREVISAN, 2000 apud SIMÕES; FACCHINI, 2009, p. 135).

A luta contra a epidemia possibilitou que a homossexualidade ganhasse visibilidade favorecendo o debate em diversos espaços da sociedade. A aids produziu uma série de efeitos sobre o movimento gay, que passou a ser nomeado, na década de 1990, de GLBT e depois LGBT, reunindo não apenas homens homossexuais, mas uma diversidade de pessoas que não se encaixavam na norma heterossexual. O crescimento do movimento LGBT e o “sucesso” no combate à aids possibilitou que se formasse uma “aliança” com o governo brasileiro.

Esse espaço de negociação política permitiu que emergissem novas demandas e a proposição de projetos de lei nos níveis federal, estadual e municipal, agora não mais atrelados apenas à área da saúde e ao combate da aids, mas que se ampliaram para os campos da educação, cultura, trabalho, direitos humanos e outros (MISKOLCI, 2011). Dessa forma, podemos perceber que nos últimos dez anos foram elaboradas diversas políticas públicas

(BRASIL, 2004, 2009b, 2010a) no Brasil voltadas especificamente para a população LGBT. Apesar das políticas terem se expandido para áreas diferentes da saúde e da DST/aids, podemos perceber o quanto essas temáticas ainda permanecem fortemente associadas às necessidades da população LGBT quando observamos os cenários dos Seminários que participamos.

Todos os espaços visitados que tinham como proposta discutir questões relacionadas às pessoas LGBT, de algum modo também estavam atravessados pela temática da DST/aids. Decidimos, então, seguir essa pista. Durante o intervalo do Seminário sobre saúde mental, falei com os integrantes da mesa, mais especificamente com uma das pessoas que trabalhava na Coordenadoria de DST/Aids de Fortaleza. Expliquei que estava realizando uma pesquisa sobre saúde e pessoas trans e fui logo informada de que estavam construindo um projeto específico para trabalhar com travestis da regional¹⁸ I de Fortaleza. Com essas informações, seguimos para a Coordenadoria de DST/Aids de Fortaleza (CDA) depois de telefonar marcando uma conversa com um dos profissionais da instituição.

A CDA fica localizada no terceiro andar de um prédio antigo no centro da cidade, junto com outras instituições que formam a Secretaria de Saúde da cidade de Fortaleza. Logo na porta existe um cartaz (Figura 4) informando sobre o uso do preservativo; ao lado, pregado na parede, há um flanelógrafo grande com cartazes falando sobre a testagem rápida de HIV, prevenção de sífilis e outras DSTs. Entrando na sala da Coordenadoria, percebemos que o espaço é bastante pequeno para a quantidade de material presente. Logo na entrada, avistamos uma caixa¹⁹ grande cheia de preservativos, duas mesas onde ficavam computadores antigos, nas paredes mais cartazes sobre DST/aids, só que agora aparecem alguns voltados especificamente para a população LGBT (Figura 5). Informo para um dos funcionários o motivo da minha visita e que ela já estava marcada com um dos profissionais. Pede que aguarde e logo sou chamada para conversar em uma sala reservada, localizada mais adentro: é também uma sala pequena, com uma mesa redonda e várias cadeiras, uma estante grande e várias caixas ocupadas com panfletos, cartazes e preservativos. Recebi vários desses materiais durante a visita, eram panfletos e cartazes de campanhas produzidos tanto pelo Ministério da Saúde como pela própria CDA em parceria com a prefeitura de Fortaleza.

¹⁸ A administração da cidade de Fortaleza é dividida em 6 regionais, mais o centro da cidade. Estas agregam bairros com problemas e necessidades semelhantes a fim de promover ações específicas para cada um desses territórios. (FORTALEZA, 2013) Disponível em: <http://www.fortaleza.ce.gov.br/regionais>.

¹⁹ Sou informada depois que é um banco de preservativos e que existem mais outros 74 distribuídos em pontos estratégicos da cidade, como saunas, ONGs, cinemas pornôs etc. A ideia é que as pessoas possam acessar facilmente os preservativos na quantidade que desejarem e sem serem interrogadas.

Figura 4 - Campanha para uso de preservativo



Fonte: Ministério da Saúde

Figura 5 – Campanha para uso de preservativo



Fonte: Ministério da Saúde

Foram realizadas duas visitas à Coordenadoria de DST/Aids de Fortaleza: uma no dia 20/04/2012 e outra no dia 01/03/2013. Durante esse período, ocorreram as eleições municipais e mudanças na gestão da cidade. Com isso, muitos projetos que estavam sendo desenvolvidos pararam e outros que estavam em construção foram arquivados à espera de um momento mais propício. Um dos projetos arquivados era justamente o trabalho voltado para o atendimento de travestis na regional I. Nesses dois encontros na CDA, tive a oportunidade de conversar com dois profissionais diferentes e que eram responsáveis por ações diferentes na instituição. Essas visitas possibilitaram um conhecimento maior sobre as atividades desenvolvidas pela Coordenadoria e como ela se articula nas ações voltadas para travestis e transexuais na cidade.

Grande parte do trabalho desenvolvido na CDA é realizada em parceria com outras instituições, como o Consultório de Rua²⁰, Organizações não Governamentais (ONGs) espíritas, ONGs LGBT, ONGs que combatem a exploração sexual, Associação de Trabalhadores do Sexo, escolas, hospitais etc. Em parceria com os profissionais do Centro de Referência LGBT Janaína Dutra²¹, técnicos de saúde das regionais, integrantes da Coordenadoria da Diversidade Sexual e ONGs, a Coordenadoria de DST/Aids produziu um Grupo de Trabalho (GT) sobre saúde LGBT, que se reúne mensalmente. Esse GT foi construído em 2009, inicialmente para debater a saúde das mulheres lésbicas, e depois foi ampliado para GT Saúde LGBT. Tentei, algumas vezes, entrar em contato com os integrantes

²⁰ Equipamento de saúde que atende a população em situação de rua, como será explicitado posteriormente.

²¹ O Centro de Referência LGBT fica localizado no centro da cidade de Fortaleza em uma casa rosa. Esse equipamento da prefeitura de Fortaleza foi construído a partir da demanda do orçamento participativo e está ligado à Coordenadoria da Diversidade Sexual e à Secretaria de Direitos Humanos de Fortaleza. O objetivo do CRJD é oferecer acompanhamento jurídico, psicológico e de serviço social para a população LGBT vítima de discriminação, violência e/ou omissão e lesão de direitos.

para saber da possibilidade de participar de algum encontro do Grupo de Trabalho de saúde LGBT, mas não obtive êxito, fui informada que as reuniões eram fechadas.

Além das ONGs que trabalham especificamente com a população LGBT, os profissionais da CDA informaram que o Consultório de Rua é um dos principais equipamentos envolvidos na construção de ações em saúde juntos a travestis e transexuais na cidade. O Consultório de Rua faz parte dos equipamentos componentes da atenção básica da Rede de Atenção Psicossocial, que realiza atividades itinerantes voltadas para a promoção de saúde e redução de danos²² com pessoas em situação de rua (BRASIL, 2011b). Entrei posteriormente em contato com um dos profissionais que trabalha nesse dispositivo (dia 26/02/2013) para conversar sobre o trabalho que eles desenvolviam, mas fui informada que as atividades estavam temporariamente paradas devido ao atraso no pagamento dos salários da equipe por causa da mudança de gestão na prefeitura.

Esperava, nesse período, conseguir acompanhar o trabalho de busca ativa junto a esse equipamento, pois um profissional informou que na área de trabalho onde atua, centro da cidade Fortaleza, parte considerável dos moradores de rua é formada por travestis, que em sua grande maioria são usuárias de drogas e trabalham na prostituição. A rua é um espaço importante de socialização para travestis e transexuais, assim como lugar de trabalho e aquisição de renda (BENEDETTI, 20005; PELÚCIO, 2007). Ao longo do nosso percurso, não tivemos a oportunidade de conversar com nenhuma trans que estivesse em situação de rua, apesar de muitas pesquisas apontarem que a condição de vulnerabilidade dessa população, como ser expulsa de casa, evasão escolar, dificuldade de entrar no mercado de trabalho formal etc., leva muitas trans a viverem na rua e serem vítimas de violência letal nesses espaços (CARRARA; VIANNA, 2006; SILVA; TONELI; BECKER, 2010; BRASIL, 2012).

Muitas são as ações da Coordenadoria de DST/Aids voltadas especificamente para a população LGBT, como promoção de campanhas e palestras, participações em eventos, tal qual a Parada pela Diversidade Sexual de Fortaleza. Todas essas atividades estão articuladas para combater o aumento da prevalência de DST/aids entre a população LGBT, que historicamente tem sido a maior vítima dessas doenças, sendo 11 vezes maior a taxa de incidência de aids nesse grupo se comparado com a população em geral (BRASIL, 2007). Porém, Pelúcio e Miskolci (2009) alertam que o modelo padrão de prevenção da aids tem visibilizado aqueles que são reconhecidos socialmente como possuidores de uma sexualidade

²² A redução de danos é uma estratégia de saúde pública que orienta a execução de ações para prevenção das consequências danosas à saúde que decorrem do uso de drogas, sem interferir na oferta ou no consumo. O princípio fundamental é o respeito à liberdade de escolha.

desviante, prostitutas, michês, travestis, gays, transexuais, mas acabam obscurecendo os outros que participam dessa relação, como os clientes dos profissionais do sexo e os homens que mantêm relações sexuais com travestis, transexuais e gays, mas se identificam e são identificados no cotidiano como heterossexuais.

Travestis e transexuais passam a ter assistência à saúde quando são reconhecidos pelo Estado como sujeitos “sujos” que precisam ter a sua sexualidade higienizada a partir de um padrão heterossexual. A saúde das trans passa a ser resumida ao campo da DST/aids. Não foi raro, após informar que pesquisava saúde de travestis e transexuais, surgir a pergunta “mas é DST/aids?”, inclusive as próprias trans faziam esse tipo de questionamento (SANTOS, 2002; MONTOYA e BECERRA, 2010; VUJOSEVICH; GIMÉNEZ; GODOY e MOREIRA, 2003). Esse fenômeno de visibilidade política e social das trans pela via da aids é chamado por Pelúcio (2007) de SIDAdanização²³. Sai o “c” e entra o “s”, uma cidadania alcançada pela repatologização da sexualidade não heterossexual. Entretanto, para que as travestis e transexuais adquiram a SIDAdania, precisam partilhar os pressupostos do programa de prevenção de DST/aids, compreendendo a responsabilidade que têm sobre si e os cuidados que devem dedicar à saúde, a partir do modelo biomédico.

A Coordenadoria de DST/Aids também promove, regularmente, treinamentos junto aos profissionais da saúde sobre o atendimento de pacientes infectados pelo vírus HIV, pois muitos se negam a atender essa população. Nessas capacitações, em algum momento é inserida a temática da diversidade sexual relacionando ao campo dos direitos humanos. Em outros momentos, as palestras são direcionadas especificamente para debater esse tema, como no “III Encontro saúde sem lesbofobia, homofobia e transfobia 2012”. Essas palestras de treinamento e formação têm como público alvo desde os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), profissionais de nível superior dos postos aos professores das escolas públicas de Fortaleza, já que ações da CDA se propõem a ser intersetoriais, atuando em escolar, postos, centros comunitários, terreiros de umbanda etc.

A maioria das questões relacionadas à sexualidade, desde as campanhas para incentivar o uso de preservativo até as discussões sobre homofobia nos serviços de saúde, fica sob a responsabilidade da equipe da Coordenadoria de DST/Aids. Esses profissionais ficam marcados como um dos poucos capacitados para falar sobre essa temática, como também tratar das populações marcadas pela sexualidade. Devido a essa particularidade, a equipe do CDA tem produzido oficinas, treinamentos, palestras e capacitações entre os profissionais de

²³ Aids (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida), em espanhol, é SIDA.

diversos setores da saúde para que eles sejam agentes multiplicadores. Como a equipe do CDA é pequena, eles não têm como capacitar todos os profissionais da rede de saúde. Dessa forma, iniciaram o processo de capacitação com algumas pessoas que dentro dos equipamentos já são identificadas como referência no trabalho com sexualidade por realizarem oficinas, promoverem discussões sobre o tema nos serviços onde atuam, estando, assim, mais abertas ao diálogo. Mesmo com esse cuidado, eles relatam que não é incomum alguns funcionários convidados saírem da sala durante a palestra por se recusarem a ouvir sobre a temática da diversidade sexual, quando não fazem cara feia ou qualquer sinal de indignação ou nojo.

Para atingir especificamente a população de travestis e transexuais, a Coordenadoria tem desenvolvido ações para mapear as áreas onde elas se concentram, geralmente zonas de prostituição em bairros periféricos de Fortaleza. Depois do mapeamento, há uma orientação para que algumas trans que trabalham nesses locais sejam capacitadas a fim de que elas realizem a atividade de busca ativa, distribuindo preservativos e fazendo o diálogo entre as trans e um posto de saúde de referência. Ocorre, também, distribuição de panfletos e cartazes com campanhas sobre prevenção e tratamento de DST/aids nesses espaços. Outras ações da CDA destinadas às pessoas trans, apesar de não serem especificamente o público alvo, foram atividades intersetoriais produzidas junto aos povos de santo, nos terreiros de religiões de matrizes africanas (Figura 6).

Figura 6 – Folheto religiões Afro-brasileiras DST/Aids



Fonte Coordenadoria de DST/Aids de Fortaleza

As religiões de matriz africana, de modo geral, não estigmatizam as pessoas trans, não sendo incomum que pais e mães de santo sejam travestis e transexuais e, com isso, a

circulação desses sujeitos nesses espaços seja respeitada²⁴. Nenhuma travesti ou transexual com quem conversei mencionou que frequentava terreiros, mas essa informação, durante as minhas trilhas iniciais, indicava que procurasse explorar rotas fora dos serviços institucionalizados. Porém, antes de mudar de rota, visitei um posto de saúde e um hospital identificados como equipamentos de referência para travestis e transexuais por pessoas que trabalham especificamente com essa população nas políticas públicas ou em ONGs.

Sempre que perguntava aos profissionais da saúde, integrantes do movimento LGBT, funcionários das coordenadorias de Fortaleza sobre lugares que são referência no atendimento de travestis e transexuais, me indicavam os mesmos lugares: duas unidades básicas de saúde que são modelos como centro de testagem rápida de HIV, um hospital especializado no tratamento de pacientes soropositivos e um Centro de Especialidades Médicas, que também oferece Serviços de Atenção Especializada em HIV. Porém, os cartazes e panfletos sobre prevenção, diagnóstico e tratamento de DST/aids produzidos especificamente para população LGBT, apesar de frequentes nas ONGs, Coordenadorias de DST/Aids e LGBT ou no Centro de Referência LGBT, sumiram dos equipamentos de saúde, ficando apenas aqueles “assexuados” ou que remetiam à heterossexualidade.

3.2 Segunda parada: Equipamentos de saúde para quem?

Nesse momento da viagem estava um pouco perdida, pois não era o meu objetivo pesquisar sobre DST/aids entre travestis e transexuais, apesar da insistência do campo-tema em apontar essa temática. Estava indecisa e confusa sobre que rumo tomar, então resolvi visitar um dos equipamentos de saúde indicado pelos profissionais com quem conversei para saber se existia atendimento de travestis e transexuais no local, se era uma demanda frequente, como funcionava o serviço e conversar com alguma trans em atendimento caso surgisse a oportunidade. Como queria me afastar um pouco da temática de DST/aids, decidi ir a uma das unidades básicas de saúde (UBS) indicadas como referência no atendimento das trans.

A UBS foi escolhida como local de visita por ser instituída como a porta de entrada do SUS e os pacientes não precisarem ter nenhuma demanda pré-estabelecida para serem atendidos, diferente do ambulatório e hospital especializado no tratamento de aids. As

²⁴ Uma pesquisa sobre o itinerário terapêutico de travestis, realizada em Santa Maria-RS, aponta os terreiros como um dos principais espaços de produção de saúde entre essa população, já que elas sofrem preconceito e violência quando buscam o serviço público de saúde (SOUZA *et al.*, 2013).

unidades básicas de saúde são responsáveis por realizar atendimentos de atenção básica à população de determinado território, de forma programada ou não, nas especialidades básicas, oferecendo assistência de profissionais de nível superior (BRASIL, 2009a). A USB visitada fica no centro da cidade de Fortaleza, território apontado por alguns interlocutores como lugar de moradia de muitas travestis e transexuais.

Em uma quarta-feira pela manhã, entro na USB, olho uns poucos cartazes pregados em um quadro de aviso, entre eles um panfleto informando os horários de testagem rápida de HIV e sífilis (terça e quinta das 15h-17h e quarta de 18h-20h). A farmácia do posto fica logo na entrada, onde dois funcionários trabalham entregando medicamentos e preservativos, à frente ficam os guichês destinados à entrega de senhas para atendimento. Entro pelo corredor à direita, onde um grupo formado por mulheres com crianças pequenas está esperando atendimento, consulta ou vacina. Visualizo outro cartaz informando sobre os horários dos testes de HIV e sífilis. Na porta das salas existem papeis sinalizando que tipo de atendimento é realizado ali: coordenadoria, teste de HIV e sífilis, ginecologia e obstetrícia, vacinação etc. O final do corredor acaba em um pátio onde estão os banheiros e salas restritas apenas aos funcionários.

Passo um tempo sentada no banco de cimento do corredor, junto aos pacientes que aguardam atendimento, enquanto me familiarizo com o local e crio coragem para conversar com algum funcionário. Depois de um tempo, vou para a entrada da UBS e espero a oportunidade para falar com as pessoas que estão na farmácia. Pergunto para a atendente se travestis e transexuais costumam ir naquele posto. Inicialmente, ela parece não entender a minha questão, depois de um tempo ela diz que sim, alguns já foram atendidos lá, tem uns três que às vezes aparecem para buscar preservativos, mas que não é algo muito comum. Pergunto o que geralmente elas buscam quando vão à farmácia, ela diz que varia, “o último²⁵ veio pegar amoxicilina²⁶, pois ia fazer um implante dental”. A atendente orienta que se eu quiser mais informação, é melhor conversar com a enfermeira que realiza o acolhimento dos pacientes e com uma das agentes comunitária de saúde (ACS) que sempre conversa com os travestis.

Vou até as salas de atendimento para conversar com a enfermeira indicada, aguardo alguns pacientes serem atendidos e pergunto se posso entrar na sala para uma conversa rápida. Informo que estou fazendo uma pesquisa sobre saúde de travestis e

²⁵ Respeitarei nos relatos a flexão de gênero utilizada pelos meus interlocutores, apesar de entender que travestis e transexuais se identificam com o gênero feminino.

²⁶ Antibiótico utilizado no tratamento de infecções bacterianas.

transexuais na cidade de Fortaleza. A enfermeira informa que há apenas um mês está naquela unidade de saúde, é a responsável pelo acolhimento dos pacientes, encaminhando-os para os médicos que estão disponíveis e também é treinada para realizar o teste rápido de HIV. Nesse mês, foram atendidos três travestis e apenas os reconheceu por estarem vestidos de mulher.

Nesse momento, a enfermeira se dirige para um médico que também está na sala e pergunta se alguma vez ele atendeu algum travesti. O médico fica pensativo e diz que acha que consultou apenas dois, em três anos de trabalho nessa UBS, apesar de acreditar que foram mais, já que “a maioria deles vem descaracterizado para o posto”. Fico curiosa com isso e ele me explica que “alguns vêm para o posto e dão o nome de José, mas de noite devem ser Rebeca”. Duas funcionárias, provavelmente enfermeiras ou técnicas de enfermagem, que também estão nessa mesma sala, entram na conversa:

[...] uma vez a gente atendeu um travesti que precisou tomar uma injeção de benzetacil²⁷ no braço, porque ele tinha silicone no bumbum e na coxa. Tivemos medo de furar alguma coisa. Acho que ele tinha sífilis em um estado bem grave, pois a pele estava bem comprometida. (Diário de Campo, 15/05/2013).

Após cada um relatar a sua experiência de atendimento com alguma travesti, eles orientam que eu fosse à outra UBS, pois nessa eu encontraria poucos casos já que não eram referência em teste de HIV. Mesmo existindo esse serviço, “é raro as pessoas procurarem teste de HIV aqui, às vezes eles acabam se estragando por falta de procura. Só na época da campanha nacional do Ministério da Saúde ‘Fique Sabendo’²⁸, é que surge demanda”. Os profissionais passam a me indicar UBS que são referência na testagem de HIV e/ou que estão na periferia da cidade e em zonas de prostituição. Também informam que a assistente social do posto poderia me ajudar, mas que voltasse outro dia, pois aquele não era o turno dela.

Para esses profissionais com quem conversei, não fazia sentido realizar a minha pesquisa naquele posto, pois a maior parte dos pacientes é formada por mulheres e crianças, um ambiente “de família”. Portanto, não apareceriam travestis e transexuais com tanta frequência, apesar do centro da cidade ser um lugar conhecido pela circulação e prostituição de travestis. É importante salientar que um dos principais acessos ao sistema de saúde, na Atenção Básica, é a Estratégia de Saúde da Família (ESF), que está associada à constituição de família pelo padrão heterossexual (LIONÇO, 2008). Travesti e transexual são vistos justamente como o oposto de família, são aqueles que foram expulsos dos seus lares e que

²⁷ Antibiótico à base de penicilina utilizado para tratar infecções. Essa medicação é injetável e popularmente conhecida por ter uma aplicação bastante dolorida.

²⁸ Fique Sabendo é uma mobilização de incentivo ao teste de aids que tem o objetivo de conscientizar a população sobre a importância do exame. Para mais informações: <sistemas.aids.gov.br/fiquesabendo>.

mesmo construindo novos laços, não são reconhecidos e legitimados como família (BUTLER, 2003).

Cartazes de campanha como o da Figura 5 não são usualmente expostos nos postos de saúde. Segundo o profissional da Coordenadoria de DST/Aids, é porque eles são produzidos em menor quantidade e preferencialmente distribuídos em áreas onde há maior circulação da população LGBT, como ONGs. Por outro lado, os integrantes das ONGs dizem que não encontram esse material fixado em outros espaços, pois costuma escandalizar e algumas pessoas podem achá-lo ofensivo²⁹. Se existe uma demarcação prévia dos locais onde serão expostos tais cartazes, de acordo com o trânsito das pessoas LGBTs, isso sinaliza que elas não estão presentes em todos os espaços do serviço de saúde. Há uma exclusão dessa população nas UBS, desde o momento em que se pressupõe a sua ausência nesses lugares.

Volto na semana seguinte à UBS para conversar com a assistente social, que está em uma sala reservada para os funcionários junto com duas agentes comunitárias de saúde e duas psicólogas. Explico para as pessoas presentes que estou fazendo uma pesquisa e que tinham me indicado falar com a assistente social sobre o acompanhamento das trans no posto. A assistente social me convida para sentar e parece bastante interessada em ajudar: apresenta-se informando que está no posto há apenas quatro meses, mas que trabalhou durante muitos anos na Coordenadoria de DST/Aids. Quando a profissional se identificou como uma outrora participante da equipe da CDA, a sua fala passou a fazer sentido, pois até o momento estranhava o fato de a assistente social fazer referência às travestis e transexuais usando o gênero feminino e não apresentar qualquer desconforto ao conversar sobre o assunto, postura muito diferente dos outros profissionais com quem tinha conversado até o momento.

Uma das ACS também participa da conversa afirmando que os profissionais sempre estranham quando aparece alguma trans na UBS e que a chamam para ajudar no atendimento, pois ela, diferente dos outros ACS, gosta de trabalhar com esse público, distribuindo preservativos e lubrificantes, apesar de no seu território de atuação não ter nenhuma.

O registro dos pacientes no sistema do posto é pelo nome da identidade, deixando as travestis constrangidas. Quando vejo, coloco o nome social do lado e aviso para o médico que na ficha tem um nome de homem, mas que vai entrar uma mulher. Acho falta de respeito, a pessoa toda vestida de mulher e ficarem chamando por nome de homem. (Diário de Campo, 28/05/2013).

²⁹ A campanha de prevenção da aids no carnaval de 2012 foi proibida de ser transmitida em rede nacional justamente sob a alegação de ofender a população e por não ser familiar, já que os protagonistas do vídeo eram dois rapazes paquerando em uma boate. Disponível em: <http://www.youtube.com/watch?feature=player_embedded&v=dhUv9_80V8>.

Mesmo assim, a ACS diz ser rara a presença de trans na UBS, que conversa mais com as meninas quando as encontra na rua. Elas sempre lhe pedem preservativo, pois no posto muitas vezes é solicitada a identidade, além de alguns profissionais quererem restringir a quantidade de preservativo a ser entregue para as trans, que geralmente precisam de várias por causa do trabalho na prostituição. “Muitas preferem ir aos bancos de preservativo que ao posto de saúde, pois lá não questionam a quantidade”. A outra ACS presente na sala fica o tempo todo calada, parece um pouco desconfortável com a conversa e logo sai.

A assistente social informa que durante esse período de trabalho na UBS não acompanhou o atendimento de nenhuma travesti ou transexual: “o problema começa desde a recepção, quando não se respeitam o uso do nome social, muitos acham que o tratamento de saúde já é suficiente”. A psicóloga fala que só acompanhou uma trans, a qual foi fazer o teste rápido de HIV, que inclusive deu positivo, mas depois disso não viu mais nenhuma. A outra psicóloga informa que só viu dois na sala de espera para atendimento médico, complementa, afirmando que já trabalhou em seis postos de saúde anteriormente e nesse tempo nunca viu travesti.

As ações do Estado têm o seu limite, pois as necessidades da população são heterogêneas e não podem ser atendidas como um todo, seja por questões financeiras, seja por dificuldades estratégicas. Com diz Foucault (2010, p. 138), seria impossível “satisfazer todas as carências de saúde na linha interminável em que ela se desenvolve”. Daí, “o problema levantado é, portanto, o de relacionar uma demanda infinita com um sistema finito” (p. 140). Mesmo compreendendo as limitações da política e do direito, é importante entendermos como são eleitas as prioridades do sistema de saúde e quais são as forças envolvidas na sua regulação. Apesar da finitude da produção de saúde pelo Estado, esta deve ser sempre flexível e provisória, não pode ser estabelecida “de uma vez por todas por uma definição médica da saúde nem pela noção de ‘necessidade de saúde’ enunciada como um absoluto” (p. 137).

3.3 Terceira parada: Hospital M. – atendimento específico ou universal

A primeira vez que ouvi falar sobre o serviço oferecido às transexuais no ambulatório do Hospital M. de Fortaleza foi durante o Seminário “Saúde Mental, homofobia, lesbofobia e transfobia institucional”. Uma das palestrantes do evento participava, na época, da equipe desse ambulatório e afirmava que “a formação médica não abordava a sexualidade humana e privilegiava o uso de técnicas”. Ao mesmo tempo, essa profissional fazia uso do

termo transexualismo para fazer referência ao público que atendia no hospital. Esse discurso foi alvo de várias críticas do público presente, que questionava a patologização da experiência trans pelo saber médico. Na época do Seminário, apenas anotei o contato do serviço, caso precisasse futuramente conhecer os atendimentos que lá eram desenvolvidos, mas não dei tanta importância nesse primeiro momento por não estar interessada especificamente na saúde mental das trans.

O Hospital M. surge novamente quando começo a entrevistar as sereias. Pisinoe diz que existe um serviço em um hospital de Fortaleza que acompanha transexuais, mas que, segundo ela, só atende quem deseja realizar todos os procedimentos, inclusive a cirurgia de redesignação sexual e, por isso, não pretende ir para lá. Estranho ela só tinha tomado conhecimento desse espaço poucos dias antes daquela conversa, que aconteceu no dia 07/05/2013, já que Pisinoe participa ativamente do movimento LGBT e está informada de diversas ações voltadas para as trans na cidade de Fortaleza. Quando entrevisto Liban, ela também menciona o ambulatório e diz que já entrou em contato com uma atendente de lá para iniciar o seu tratamento para transexualidade:

[Pesquisadora] Tu já ouviu falar do Hospital M.?

[Liban] Tô mudando para lá agora. Entrei em contato com eles ... quem conversa com a gente é a S., se eu não me engano ela é enfermeira e marca a terapia e tal. Eles lá na verdade são um centro que cuida de doentes mentais, isso e aquilo outro e que dentro tem um núcleo que cuida da transexualidade, do transtorno sexual. Eles têm tudo isso, tem o psicólogo, tem o psiquiatra, tem o clínico geral, tem enfermeira, tem não sei o que, eles só não possuem endocrinologista. Eles não têm o endocrinologista lá, ou seja, eles indicam para um profissional da área para fazer particular ou pelo SUS, dependendo do caso. É muito escasso isso. Aqui ninguém está nem aí. Somos uma capital tão grande, tão expansiva, tão populosa, mas ao mesmo tempo somos tão retardatários nessa questão de prestar assistência para alguma coisa.

[Pesquisadora] Como tu ficou sabendo do Hospital M.?

[Liban] Fiquei sabendo do Hospital M. por um blog de uma menina que se chama G. Ela é de Porto Alegre, ela é transexual pré-operada, que a transexualidade não tem a ver com a cirurgia. Nesse blog ela diz em todo Brasil onde estão os ambulatórios que cuidam disso, quais são os hormônios e para quê os hormônios servem, qual a quantidade de hormônio feminino que você tem no corpo, ela dá todo um esclarecimento sobre isso. Ela também tem um grupo no Facebook só para transexuais dando dicas, tipo, você é uma transexual, você posta lá no grupo uma foto do seu seio, em quanto tempo que cresceu, quais foram os comprimidos que você tomou, quais foram as suas experiências e aí a gente vai trocando experiências de transexuais para transexuais. É bacana por isso, alguém te dá a dica “eu tô tomando isso assim, assim, assim tá fazendo efeito, será que pode fazer bem para vocês também?”. É um risco que a gente corre muito grande.

[Pesquisadora] Tu já tentou marcar no hospital?

[Liban] Se eu não me engano o problema lá é que é muita gente. Já tem muita gente fazendo. Aí o meu... para tu ter noção, eu fui lá em abril, ela só tinha vaga em junho, ou seja, quase dois meses depois. Eu acho que marcaram com uma psicóloga, mas lá eu vou ter uma psicóloga e um psiquiatra, eu vou ter os dois. Lá só não tem o endócrino, se tivesse o endócrino, seria tudo de bom. Se eu não me engano em São Paulo já tem isso, o endocrinologista passa um medicamento e você recebe o

medicamento, porque o governo já paga para você. Aqui a gente não tem isso, mas parece que o Governo vai implementar um aqui, que cuide disso. Só que eu acho que vai ser que nem esse metrô: vai demorar anos. (Entrevista Liban 28/05/2013).

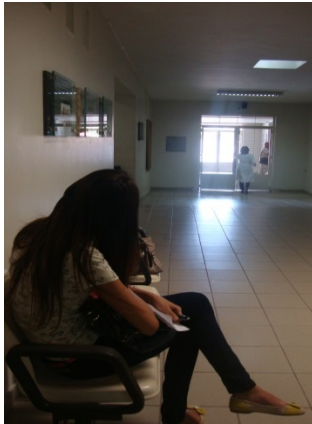
O ambulatório é divulgado como referência no atendimento de transexuais em Fortaleza por blogs que discutem o tema, mas é pouco conhecido pelas trans da cidade. Esse discurso se repete entre as trans que já estão em atendimento nesse ambulatório. Elas relatam que souberam da existência do Hospital M. por sites ou foram encaminhadas para aquele espaço por outro serviço público de saúde, mas não por causa da sua sexualidade e sim por ter depressão, bipolaridade, isso é, algum transtorno psiquiátrico. Como as sereias apontavam poucos espaços no serviço público de saúde que são frequentados por elas, decido entrar em contato com o ambulatório, já que ele destoava das outras referências, que estavam sempre associadas à DST/aids.

Ligo durante duas semanas para tentar marcar alguma data em que possa conversar com os profissionais do serviço para conhecer o que funciona naquele espaço, porém não consigo nenhuma resposta. Falando sobre a minha pesquisa com uma estudante do curso de psicologia que faz estágio no Hospital M., sou informada que são realizados quinzenalmente encontros nesse ambulatório às quintas-feiras, dessa forma, me dirijo ao serviço sem marcar nada previamente. O Hospital M. integra a rede hospitalar do SUS e é referência no Estado do Ceará no atendimento em psiquiatria e no programa de residência nessa especialidade médica. São diversos os serviços oferecidos nessa instituição: existem nove ambulatórios, sendo um geral e oito especializados, entre estes está o de sexualidade, que também atende as transexuais. Além disso, existe o serviço de urgência, emergência e internação psiquiátrica.

O Hospital M. fica em uma área afastada de difícil acesso, existindo poucas construções nas proximidades. A entrada no local é controlada, existindo uma portaria para funcionários e estudantes e outra para pacientes - descubro isso ao tentar sair do Hospital com Iara e ela me alertar que não podemos sair por aquela portaria (Figura 7), pois a de pacientes é outra. Entrando na instituição, podemos observar que cada setor é separado por grandes portões de ferro e a entrada e a saída dos espaços é vigiada e controlada por um guarda (Figura 8).

Figura 7 – Portaria de funcionários e estudantes

Figura 8 – Portões das alas



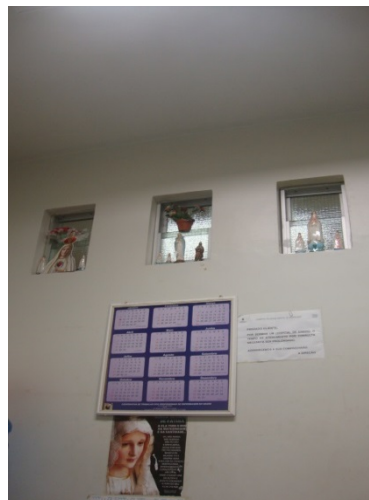
Fonte: pesquisadora



Fonte: pesquisadora

O ambulatório de sexualidade fica próximo à ala de internação psiquiátrica feminina; é possível ver essas pacientes do outro lado de um portão fechado e em alguns momentos ouvir seus gritos. Entrando no corredor do ambulatório, existem algumas salas: a primeira é da recepção, outras são para consultas individuais e a última sala, no fim do corredor, é a sala de grupo onde ocorrem as discussões dos casos clínicos pelos residentes. As paredes do corredor são brancas e despidas de qualquer adorno ou quadro informativo. Dentro dos consultórios, é possível ver cartazes informando que é ilegal pedir diagnóstico falso e medicação, além de campanhas sobre o diagnóstico de demência³⁰. Na sala da recepção, estão expostas várias imagens de santas (Figura 9); ao lado, um informativo que alerta sobre a possível demora nas consultas por aquele ser um Hospital de ensino. Nesse espaço, também existe um pequeno rádio relógio que geralmente transmite canções religiosas.

Figura 9 - recepção do ambulatório



Fonte: pesquisadora

³⁰ Depois sou informada que nas terças-feiras, naquele mesmo espaço, há atendimento de geriatria.

Como nos outros equipamentos de saúde que visitei, sou muito bem recebida e os profissionais se interessam pela pesquisa que estou realizando, sendo bastante solícitos para conversar. O responsável, no momento, pelo ambulatório é um psiquiatra que me conta um pouco da história e do funcionamento do serviço. O ambulatório de sexualidade foi organizado há aproximadamente cinco anos por uma médica que trabalhava no hospital como ginecologista e sexóloga. No início, a equipe era formada por ela, um médico psiquiatra e uma psicóloga, que trabalhava como voluntária. Muitas mudanças ocorreram no Hospital M. com o rompimento com cooperativas de médicos e psicólogos; uma foi que a equipe se desfez. Porém, a ginecologista e a psicóloga permanecem trabalhando no serviço como voluntárias facilitando um grupo terapêutico voltado para as transexuais³¹. Hoje, o grupo de profissionais do ambulatório é formado por voluntários, com a exceção de um psiquiatra contratado pelo Hospital M. Atualmente, estão trabalhando nesse serviço uma psicóloga, dois estagiários de psicologia, duas ginecologistas (ambas especializadas em sexologia), um psiquiatra, os residentes do segundo ano da psiquiatria e um endocrinologista. Esse quadro foi recentemente estruturado; o endocrinologista estava no serviço há apenas um mês quando fiz a minha primeira visita ao Hospital, no dia 13/06/2013.

O ambulatório funciona nas quintas-feiras realizando atendimentos voltados especificamente para transtornos relacionados à sexualidade (anorgasmia, parafilias, pedofilia, sadismo, transtorno de identidade de gênero, problemas de ejaculação etc.), casos que correspondem aos Transtornos Sexuais e Identidade de Gênero - no DSM IV, os códigos 302.71 em diante ou, no CID 10, ao F64, F65 e F66³². As consultas são realizadas pelos residentes de psiquiatria que, depois de obterem todas as informações importantes sobre os pacientes, se dirigem para a sala de grupo com a finalidade de discutir o caso com os outros profissionais que orientam como conduzir o atendimento, quais exames passar, a medicação, a dosagem etc. O psiquiatra responsável pelo serviço diz que é importante uma equipe multiprofissional para acompanhar as pacientes transexuais, pois muitas, além de apresentarem comorbidade (como depressão, ansiedade etc.), que faz parte do atendimento psiquiátrico, também precisam de psicoterapia, orientação sobre o uso de hormônios e exames

³¹ O grupo terapêutico é organizado por duas ginecologistas e uma psicóloga, porém, como o atendimento acontece em um auditório, há a participação de residentes de psiquiatria, estagiários de psicologia e outros profissionais como observadores. Foram selecionadas seis transexuais para participar do grupo. O critério utilizado para escolher esses pacientes foi não apresentar comorbidade grave ou agressividade, estarem estáveis, tomarem hormônio e terem o diagnóstico de transexualidade.

³² O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) IV e a Classificação Internacional de Doenças (CID) 10 são, hoje, alguns dos principais instrumentos utilizados pela equipe de psiquiatria para realizar diagnósticos. Nesse material, são apresentadas classificações específicas para sexualidade que são identificadas por códigos. Entre diversos transtornos, está o transexualismo.

ginecológicos, principalmente para diagnosticar casos de intersexualidade³³ que surgem no serviço.

Existe um projeto para a construção de um Centro de Referências para Transexualidade nesse Hospital e, com isso, seria possível obter financiamento para contratar uma equipe com mais profissionais, como otorrinos, para fazer cirurgias nas cordas vocais, terapeutas ocupacionais etc. As cirurgias envolvidas no processo transexualizador seriam realizadas em parceria com o Hospital G.F., que também integra a rede Estadual de hospitais do Ceará. O psiquiatra informa que existem cirurgiões plásticos especializados em urologia que têm formação para realizar a cirurgia de transgenitalização no Estado e que eles já fazem procedimentos parecidos com pacientes que tiveram câncer de pênis ou que sofreram algum trauma na região genital, por exemplo. Porém, como não existe um serviço específico que dê suporte para as transexuais, eles não oferecem esse tipo de atendimento.

O processo transexualizador no Brasil foi organizado, inicialmente, após a publicação da Resolução nº 1.482/97 do Conselho Federal de Medicina, que autorizava a cirurgia de transgenitalização como experimental. Em 2002, com a Resolução CFM nº 1.652/2002, se amplia o processo transexualizador instituindo algumas diretrizes para esse tipo de atendimento, tal qual o prazo mínimo de dois anos de acompanhamento terapêutico como condição para a realização da cirurgia de transgenitalização, bem como a maioridade e o diagnóstico de transexualismo. Os procedimentos complementares sobre gônadas e caracteres sexuais secundários deixaram de ser classificados como experimentais a partir da Resolução CFM nº 1.955/2010. Além disso, esse documento autoriza a realização de tais cirurgias em qualquer hospital, público ou privado, desde que siga os pré-requisitos da Resolução.

O SUS só definirá as diretrizes nacionais para o processo transexualizador em 18 de agosto 2008, através da Portaria GM nº 1.707 que, junto à Portaria nº 457, de 19 de agosto de 2008, apresenta as características da unidade especializada no processo transexualizador, no que tange à sua estrutura física, condições técnicas, equipamentos e recursos humanos. Apenas quatro serviços em toda a rede pública brasileira possuem credenciamento como centro de referência para o atendimento interdisciplinar a usuários transexuais no SUS, cumprindo as exigências descritas nessas Portarias. Os programas credenciados são o Programa de Transtorno de Identidade de Gênero do Hospital das Clínicas de Porto Alegre, a

³³ Segundo a Sociedade Intersex Norte Americana (ISNA, 2010), intersex é um termo utilizado para nomear corpos cuja anatomia não se adequa aos padrões de sexo masculino ou feminino. Para saber mais informações sobre intersexualidade, consultar Machado (2008), Mélló e Sampaio (2012).

Unidade de Urologia Reconstructora de Genital do Hospital Universitário Pedro Ernesto do Rio de Janeiro, o Projeto de Sexualidade (PROSEX) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e o Projeto Transexualismo do Hospital das Clínicas de Goiânia.

O SUS vai estabelecer esse serviço de assistência para a transexualidade a partir do modelo biomédico, entendendo que

[...] transexualismo trata-se de um desejo de viver e ser aceito na condição de enquanto pessoa (sic) do sexo oposto, que em geral vem acompanhado de um mal-estar ou de sentimento de inadaptação por referência a (sic) seu próprio sexo anatômico (BRASIL, 2008a).

Em 30 de julho de 2013, foi publicada a Portaria nº 859 (BRASIL, 2013), que redefinia e ampliava o processo transexualizador no SUS, oferecendo o serviço não só para transexuais como também para travestis, separando a modalidade de atendimento em ambulatorial e hospitalar, além de permitir o início da hormonioterapia a partir dos 16 anos e 18 anos para a cirurgia de transgenitalização. Porém, no dia seguinte à sua publicação, o Ministério da Saúde anunciou a suspensão dessa Portaria.

A Portaria nº 859, a qual foi suspensa, indicava que os serviços para travestis e transexuais deveriam ser iniciados na atenção básica e, somente quando necessário, esses pacientes seriam encaminhados para a atenção especializada. O que se coloca em discussão é a separação de travestis e transexuais em serviços específicos que extrapolam a complexidade tecnológica requerida por essa população. Algumas pacientes em atendimento no Hospital M. relatavam que não tinham urgência para realizar a cirurgia de transgenitalização e que buscavam o serviço por causa do atendimento com o endocrinologista e psiquiatra. Parte dos atendimentos instituídos como etapas do processo transexualizador poderiam ser desenvolvidos em outros equipamentos de saúde que não trabalham especificamente com transexuais.

O psiquiatra responsável pelo ambulatório explica que o SUS oferece todos os medicamentos receitados pelo endocrinologista, porém eles não são liberados para as transexuais, pois as farmácias dos postos de saúde e hospitais destinam os hormônios femininos apenas para reposição hormonal de mulheres na menopausa e os inibidores de testosterona para homens com câncer de próstata. A alternativa criada pela equipe do Hospital M. foi orientar as pacientes em atendimento que recorressem junto ao Ministério Público para que fosse oferecida gratuitamente essa medicação e com isso se construísse uma demanda

para que posteriormente o governo estadual fornecesse esse material na própria farmácia do Hospital.

Os profissionais do Hospital M. pontuam que algumas pacientes não apresentam qualquer comorbidade que implique na indicação de atendimento psiquiátrico, por isso deixam mais espaçados os retornos, que funcionam apenas para oferecer algum acompanhamento a esses pacientes; alguns casos são encaminhados para as clínicas-escola de psicologia ou para o centro de atendimento psicossocial (CAPS). Como o ambulatório não oferece os procedimentos cirúrgicos, alguns pacientes buscam atendimento particular ou conseguem encaminhamento para um dos Programas credenciados pelo SUS. Um dos casos acompanhados pela equipe que estava realizando a transição de mulher para homem³⁴ (FTM) conseguiu, através de contatos, realizar a cirurgia de mastectomia no Rio de Janeiro, pedindo apenas o diagnóstico de transexualismo e a documentação que comprovasse que estava realizando atendimento psiquiátrico e psicológico no Hospital M. Esse paciente não retornou ao serviço após a cirurgia.

Existem, hoje, cerca de 20 pacientes especificamente com transtorno de identidade de gênero em atendimento no ambulatório. Os pacientes que chegam ao serviço por demanda espontânea geralmente já passaram por muitos outros equipamentos de saúde, pesquisaram sobre a sua condição na internet e desejam realizar a cirurgia de transgenitalização. Outros pacientes chegam encaminhados pela rede pública de saúde apresentando algum transtorno psiquiátrico e isso é o que mantém muitas delas no ambulatório. Nos últimos meses em que estive visitando o Hospital M., algumas sereias chegaram ao serviço por indicação do Centro de Referência LGBT, porém a equipe diz que não pretende fazer maior divulgação do ambulatório, pois apresentam poucos profissionais e a quantidade de residentes de psiquiatria também é restrita.

A equipe informa que, apesar de não haver previsão de quando irão realizar a cirurgia, as sereias continuam realizando um acompanhamento periódico devido ao vínculo que elas constroem com os profissionais e porque lá elas são respeitadas, diferente de outros espaços onde nem mesmo utilizam o nome social. Além disso, algumas têm esperança de realizar a cirurgia com a ajuda do ambulatório. Em alguns momentos, surgem reclamações sobre o Hospital quando elas precisam realizar algum atendimento em outro setor, como fazer exame de sangue, que funciona em outra ala. A captura das sereias pela psiquiatria restringe novamente as suas demandas de saúde, em um processo que também torna patológica a

³⁴ Durante a pesquisa, não tive a oportunidade de acompanhar nenhum caso de transexualidade masculina (FTM).

sexualidade trans, assim como no caso do campo da DST/aids. Em outros espaços, há uma maior dificuldade de atendimento, pois elas não são respeitadas. Mesmo dentro do Hospital M., é difícil a circulação dos corpos das sereias, pois sua presença provoca olhares, piadas, levando-as a se concentrem nas proximidades do corredor do ambulatório de sexualidade.

Essas trilhas iniciais que percorri no início da viagem ajudaram a observar como o Estado tem capturado, pela via da DST/aids e psiquiatrização, travestis e transexuais, como também as tem excluído dos outros campos do cuidado em saúde. Porém, decidimos ampliar nossa perspectiva sobre os espaços de produção de saúde com a ajuda do conceito de governamentalidade proposto por Foucault (2009a). Segundo Castro (2009, p. 191),

[...] a governamentalidade é o encontro entre as técnicas de dominação exercidas sobre os outros e as técnicas de si, não podendo deixar de lado a relação do sujeito consigo mesmo, que permite a articulação das estratégias de resistência.

Essa noção é útil para entendermos as estratégias de governo na saúde sem reduzi-las a um problema simples de gestão do Estado, uma vez que a saúde atravessa “todos os lugares e relações cotidianas” (MENEGON, 2010, p. 224).

A saúde não depende simplesmente do direito e de políticas públicas. Travestis e transexuais produzem saúde e doença a partir das suas relações cotidianas, negociando não só com os equipamentos oficiais do Estado, mas também construindo de modo singular uma forma própria de compreender o que é saúde. Não é o direito à saúde que vai impedir que o sujeito adoença, como também não é o saber biomédico que sempre irá definir e classificar o que são práticas produtoras de saúde e de doença. Foram esses questionamentos que nos permitiram uma mudança de rota na nossa viagem. Depois de ouvir os profissionais da saúde, as políticas públicas, a estruturação dos equipamentos de saúde, era preciso ouvir o canto das sereias que nos convidavam a sair da terra firme e mergulhar em águas desconhecidas.

4 OUVINDO O CANTO DAS SEREIAS: NEGOCIANDO COM A REDE DE SAÚDE

Mesmo que existam regras, que se tracem planos e sejam criadas estratégias e técnicas, haverá aqueles e aquelas que rompem as regras e transgridem os arranjos. A imprevisibilidade é inerente ao percurso. Tal como numa viagem, pode ser instigante sair da rota fixada e experimentar as surpresas do incerto e do inesperado. Arriscar-se por caminhos não traçados. Viver perigosamente. Ainda que sejam tomadas todas as precauções, não há como impedir que alguns se atrevam a subverter as normas. Esses se tornarão, então, alvos preferenciais das pedagogias corretivas e das ações de recuperação ou punição. Para eles e para elas a sociedade reservará penalidades, sanções, reformas e exclusões. (LOURO, 2008, p. 16).

Estava um pouco perdida nesse período, não sabia se continuava pela mesma rota, visitando equipamentos de saúde e conversando com os profissionais que lá trabalham ou mudava o percurso, arriscando-me por caminhos não traçados. Decidi que, assim como as transexuais e travestis que são foco desta pesquisa experimentaram rotas incertas ao subverterem as normas da sexualidade, eu também poderia fazer o mesmo alterando o roteiro da investigação. Nesse momento, abandonei as trilhas determinadas anteriormente para mergulhar em águas desconhecidas acompanhando o nado das sereias. Essa mudança não foi tranquila, pois tinha medo das penalidades e sanções que poderiam me aguardar por não seguir à risca uma metodologia de pesquisa mais rígida e normativa.

Tinha visto, até o momento, como o sistema de saúde tenta fisgar as sereias, mas não conhecia ainda como as sereias escapavam dessa rede ou como negociavam a forma de captura. Para poder observar essa relação, precisava ouvir o canto das sereias e acompanhá-las nadando até que perdesse o fôlego. A primeira sereia com quem tive contato, Pisinoe, tinha sido indicada como uma importante participante por pessoas que trabalham com política LGBT na cidade de Fortaleza. Marquei por telefone minha primeira conversa com Pisinoe na Faculdade onde ela estuda e apresentei a proposta da pesquisa. Ela participa do movimento LGBT há muitos anos e possui uma grande rede de relações com travestis e transexuais na cidade. Foi a partir do seu contato que consegui entrevistar outras trans.

As entrevistas foram o modo como comecei a me aproximar das sereias, pois, ao final da conversa, pedia o contato de uma amiga que poderia colaborar com a pesquisa. No final, entrevistei, no total, quatro sereias: Pisinoe, Ligeia, Líbian e Aglaope. Através de Líbian, conheci um ambulatório que funciona em um Hospital M. de Fortaleza, oferecendo atendimento multidisciplinar para transexuais. Nesse Hospital M., tive a oportunidade de entrar em contato com algumas trans, mas pude conversar por mais tempo com Iara e Parténope, que frequentavam com maior regularidade o serviço. Todas as sereias citadas terminaram o Ensino Médio, e apenas Iara e Ligéia não cursaram ou estão cursando o Ensino

Superior. A idade das participantes variou entre 20 e 37 anos, sendo que apenas Aglaope e Parténope têm mais de 30 anos. Todas relataram possuir fonte de renda trabalhando no mercado formal, predominantemente no campo da moda e beleza. A maioria continua morando com a família³⁵, apenas Lígeia e Pisinoe moram sós.

O perfil das nossas participantes, como vimos, destoa do modelo vinculado na sociedade. Travestis e transexuais geralmente são apresentadas com uma única história em comum que começa com a expulsão de casa pela família, evasão escolar, busca de renda na prostituição e termina com a morte violenta (BENEDETTI, 2005; BENTO, 2006; PELÚCIO, 2007). As nossas sereias não correspondem a essa biografia padrão: elas apresentam um perfil econômico e social diferente da maioria das travestis e transexuais, são jovens, estudam e/ou estão inseridas no mercado de trabalho formal. Quando decidi conversar com Pisinoe, uma trans jovem que faz faculdade e participa do movimento LGBT, me aproximei de um grupo muito específico de contatos, pois, ao pedir indicação de outra sereia para entrevistar, elas acabavam indicando as amigas que também apresentavam boas condições de moradia, trabalho e educação.

As sereias que eram atendidas no Hospital M. tinham o perfil bastante variado: enquanto umas tinham terminado o Ensino Superior, outras estudaram até o Ensino Fundamental, algumas trabalhavam ou trabalharam se prostituindo, outras ficaram desempregadas depois que começaram a se apresentar publicamente como mulher, enquanto algumas só se “vestiam de mulher” para ir ao Hospital M. por medo de perder o emprego. A idade também variava: enquanto umas tinham acabado de completar 18 anos, outras apresentavam mais de 50 anos. O perfil econômico também era diversificado: na medida em que algumas tinham dificuldade para comprar os hormônios prescritos pelos médicos, precisando da ajuda de familiares e amigos para conseguir o dinheiro, outras faziam atendimento paralelo com um médico particular. Só tive a oportunidade de conversar com a maioria das sereias do Hospital M. uma ou duas vezes por elas não apresentarem uma frequência regular no serviço, umas por morarem no interior do Estado do Ceará e precisarem do transporte da prefeitura para chegar ao serviço, outras por fazerem faculdade ou trabalharem no horário das consultas. Dessa forma, me aproximei mais de Iara e Parténope, pacientes mais assíduas.

A caracterização do perfil das nossas participantes é importante por entendermos que seus aspectos etários, econômicos e educacionais influenciam no modo como elas

³⁵ Utilizamos o termo família para fazer referência à família de “origem” da trans, que se constitui pelo modelo tradicional mãe, pai e filhos.

acessam os serviços públicos de saúde e as alternativas que constroem a esse sistema. Talvez travestis e transexuais de baixa renda e mais velhas não tenham tantas possibilidades como as apresentadas por nossas interlocutoras. As entrevistas e conversas foram organizadas em blocos temáticos: o primeiro, que compõe esse capítulo, apresenta como as travestis e transexuais se relacionam com o SUS, o que as aproxima ou afasta, além das outras redes que constroem para terem suas necessidades de saúde atendidas; o outro bloco temático discute como as sereias associam à produção de um corpo feminino a produção de um corpo saudável e quais as técnicas utilizam para isso. Essa separação é didática, pois todos esses enunciados estão relacionados entre si e são elementos constituintes de uma teia maior que integra o que chamamos de saúde trans. Dessa forma, entendemos que os assuntos eleitos como foco poderiam ser outros e a nossa separação não esgota as possibilidades de análise.

4.1 Nome social: entre a gambiarra e o direito

[Pesquisadora] Como é o atendimento no posto J³⁶? Qual o nome que te chamam?

[Ligeia] O atendimento é bom. As meninas sempre colocam entre parêntese o nosso nome depois do nome da identidade. E elas chamam a gente pelo nome que a gente quer. Os médicos geralmente tratam a gente muito bem, o maior problema é na recepção. Os médicos perguntam o nome, como eu quero ser chamada. A recepção é que às vezes (*faz uma careta*). Elas ainda gritam o nosso nome da identidade quando vão chamar para o atendimento, ou mesmo quando estão copiando o nome no prontuário, aí vão lendo o nome da identidade bem alto. Aí eu falo “mulher cala boca!” (risos)

[Pesquisadora] Onde isso aconteceu? Foi no posto do J.?

[Ligeia] Não, no J. nunca aconteceu. Isso foi em outros lugares. Até no particular às vezes acontece. Essa coisa do nome é muito chata, porque é uma coisa tão fácil... Com a Pisinoe aconteceu um problema por isso no hospital aí teve discussão. Não custa nada abrir um parentezinho e coloca o nome da gente. Só que elas querem tudo muito rigoroso, tudo muito cheio de regras. Por isso que a gente não gosta de ir a um local e ser logo a primeira. Porque a gente nem pode culpar eles, pois nunca chegou uma antes, a ordem é aquela, é ordem da direção. Pois ninguém vai preparar o hospital para chegar uma transexual e algumas pessoas não estão nem preparadas. (Entrevista Ligeia 27/05/2013).

O respeito ao uso do nome social é um queixa constante entre travestis e transexuais com quem conversei. Elas falam que o problema começa na recepção dos serviços de saúde, quando as recepcionistas se negam a escrever o nome social na ficha e quando as chamam para o atendimento utilizando o nome da identidade. A reação de cada uma a essa situação é diferente. Assim como Ligeia, Parténope diz que sempre briga e pede para que

³⁶ O posto J. foi um dos indicados como referência no atendimento de travestis e transexuais de Fortaleza. Esse equipamento é especializado no diagnóstico e tratamento de DST/aids, como explica Ligeia: “Lá o atendimento é bom, mas só tem atendimento para DST. Teve uma vez que eu tive um problema no ânus, a doutora conseguiu um encaminhamento para o infectologista, o tratamento foi rápido, ele me tratou bem, passou meia hora conversando, mas é só nesses casos. Mas um acompanhamento preventivo não tem, só quando tá com algum problema mais grave ou com HIV, aí tem atendimento”.

coloque o seu nome social entre parênteses; já Iara diz que tem horas que não liga para isso e prefere não criar confusão. Iara relata que a tratam como mulher nos serviços de saúde até o momento em que entrega a identidade, quando começam a questionar: “O que tu é? É homem?”. Ela responde que não, “Eu sou mulher”, nisso as recepcionistas interrogam “Mas teu nome na identidade tá ‘Iure’, o que tu era quando nasceu?”. As perguntas continuam até que Iara afirme ter nascido como um homem.

O uso do nome social nos serviços de saúde hoje é um direito garantido inicialmente pela Portaria 1.820 (BRASIL, 2009d), que dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários de SUS. Esse documento assegura a:

[...] identificação pelo nome e sobrenome civil, devendo existir em todo documento do usuário e usuária um campo para se registrar o nome social, independente do registro civil, sendo assegurado o uso do nome de preferência, não podendo ser identificado por número, nome ou código da doença ou outras formas desrespeitosas ou preconceituosas. (BRASIL, 2009d).

Porém, o que percebemos é que esse direito raramente é assegurado, que os profissionais que trabalham nos serviços de saúde têm pouco conhecimento sobre o tema e questionam o posicionamento das travestis e transexuais quando elas indicam o uso do nome social. Ligeia indica que vai aos serviços recomendados por outras amigas que já os frequentaram e informaram terem sido bem atendidas, pois não quer se submeter a esse constrangimento desde o momento em que se dirige à recepção. No dia 29 de janeiro (dia da visibilidade trans) de 2013, foi lançada uma campanha do Ministério da Saúde anunciando que travestis e transexuais poderão usar o nome social no cartão do SUS (Figura 7). O objetivo é justamente promover o maior acesso desses grupos à rede pública de saúde.

Pisinoe afirma que participou do lançamento dessa campanha mostrando, orgulhosa, o cartão do SUS com seu nome social (Figura 8) e pergunta se quero fotografar. No cartão de Pisinoe está escrito na primeira linha, com uma letra maior, o seu nome de registro e, logo abaixo, do lado direito, o nome social seguido da sua data de nascimento e do sexo registrado como M (masculino). Ela explica que a primeira campanha do nome social aconteceu em 2004 e que desde então aconteceram alguns avanços no acesso das trans à saúde, dizendo que só pôde participar de modo mais ativo dessa última campanha em 2013. O cartão de Pisinoe foi feito em Brasília durante o lançamento da campanha, mas, apesar de se orgulhar do documento, ele nunca foi usado em Fortaleza. Enquanto fotografo o cartão, ela conta as dificuldades das trans em acessar o serviço público de saúde e que só utiliza essa via quando “está nas últimas”, preferindo o atendimento particular, como discutiremos mais adiante.

Figura 10 – Cartaz da campanha do nome social Figura 11 – Cartão do SUS de Pisinoe



Fonte: Ministério da Saúde



Fonte: Pisinoe

A estratégia de inclusão de travestis e transexuais utilizando o nome social é uma medida paliativa, uma “gambiarra legal”, como pontua Berenice Bento (2012), pois não altera de modo efetivo a situação dessa população. O uso do nome social não acaba com o constrangimento das travestis e transexuais, já que oficialmente ele não é reconhecido como “verdadeiro” e “legítimo”. Liban e Pisinoe contam que já começaram o processo para mudar o prenome do registro civil e o sexo, pois, mesmo sendo reconhecidas em vários espaços pelo nome social, quando chegam a um lugar novo, como a Faculdade, precisam requisitar que lhes chamem pelo nome social. Liban, na data da entrevista, 28/05/2013, relatou que nunca tinha sofrido qualquer constrangimento para ser reconhecida como mulher e pelo seu nome social, porém, alguns dias depois dessa conversa, ela divulgou na rede social que estava processando um estabelecimento de Fortaleza que lhe impediu de usar o banheiro feminino. O gerente do estabelecimento argumentava que Liban não estaria autorizada a usar o banheiro feminino, pois o seu documento de identidade registrava que ela é um homem.

O sistema judiciário autoriza a mudança do prenome de qualquer pessoa assim que ela atingir a maioridade civil, 18 anos, mas é preciso evidenciar que este lhe provoca constrangimentos e problemas, além de provar que essa alteração não será usada para evitar compromissos jurídicos, financeiros, entre outros (BRASIL, 1973). Porém, o que se tem observado é que para travestis e transexuais a mudança de nome não é um procedimento simples, apesar do constrangimento notório de ter um nome masculino e uma aparência feminina. A alteração do nome e, principalmente, do sexo no registro civil no Brasil está geralmente associada à realização da cirurgia de transgenitalização, que é baseada em uma perspectiva biologicista do que é o sexo. Liban iniciou o processo de mudança de nome e sexo com ajuda da advogada do Centro de Referência LGBT Janaina Dutra (CRJD), mas, mesmo

com o auxílio desse serviço, ela assinala que o processo de mudança de nome e sexo é muito complicado:

[Pesquisadora] Tu já fez algum atendimento lá no Centro de Referência LGBT?

[Liban] Fiz com a advogada para fazer a retificação de nome e sexo. E isso aqui no Ceará é complicado, porque para fazer a retificação de nome e de sexo você precisa ter um laudo da psicóloga, atestando a sua transexualidade e você precisa ter um laudo de um endocrinologista que precisa dizer que você está fazendo a reposição hormonal para um dia você vir a fazer a cirurgia de redesignação sexual. E aqui em Fortaleza a gente não tem esse processo transexualizador, ou seja, é quase impossível você mudar o seu nome e o seu sexo aqui na nossa cidade. Não digo que é impossível, porque talvez você pegue um juiz muito bom, que pegue o seu caso e diga, “eu vejo você como uma mulher mesmo” e mude tanto o nome como o sexo. Como você também pode pegar um juiz que diga não vai mudar nem nome, nem sexo.

[Pesquisadora] Tu já deu entrada para mudar os documentos?

[Liban] Eu ainda não dei entrada, mas estou juntando os documentos. Eu preciso de todos os documentos que comprovem que eu sou Liban 24 horas, desde provas da faculdade que eu assine como Liban, chamada que o professor me chame de Liban, declaração da faculdade com o meu nome Liban, se eu vou no médico e ele coloca lá Liban. Tudo, tudo que comprove que socialmente eu sou Liban 24 horas. E aí juntando tudo eu posso entrar com o pedido de retificação de nome. Você pode mudar o seu nome quando ele traz algum constrangimento e ter uma figura feminina e um nome masculino é total constrangimento. Agora para eles mudarem o sexo, para tirar lá masculino e colocar lá feminino você precisa ter o laudo de uma psicóloga e você precisa ter um laudo do endocrinologista, porém aqui é difícil. Eu ainda não vi nenhuma transexual cearense conseguir mudar o nome e o sexo aqui. É uma luta muito grande. Essa retificação de nome facilitaria muito a questão de aceitação e de arranjar um emprego. Nunca iam questionar se tu é homem ou mulher, se tu tem a forma feminina não iam questionar. Será que ela é mulher? Mas quando eles vissem no documento, não, ela é mulher, então pronto, seria mais fácil. A gente não tem nenhuma política que instrua transexuais e travestis. (Entrevista Liban 28/05/2012).

A retificação do nome e do sexo pelo sistema judiciário brasileiro está intimamente associada a uma noção de corpo binário instituído pelo saber biomédico. A cidadania das travestis e transexuais depende de uma série de laudos e relatórios médicos que comprovem que elas são mulheres de verdade. Dessa forma, a possibilidade de mudança de nome e sexo para travestis e transexuais, sem a necessidade de uma tutela médica e jurídica, é uma forma de produção de saúde, pois o não reconhecimento como sujeito provoca uma série de problemas e constrangimentos na vida delas. Recentemente, na Argentina, foi aprovada a lei de Identidade de Gênero, na qual “qualquer pessoa poderá solicitar a retificação do sexo no registro civil, incluindo o nome de batismo e a foto de identidade” e para isso não é necessário o aval da Justiça (BENTO, 2012). Na lei da Argentina, o que prevalece não é o saber médico ou jurídico, mas como a pessoa se reconhece. Isso, de alguma forma, já acontece no Brasil com o nome social, pois ele não precisa de qualquer legitimação exterior para ser escolhido, porém ele não é reconhecido como “oficial”.

4.2 Emergência e particular: “quando estou nas últimas”

[Pesquisadora] Tu costuma ir ao médico particular, mas alguma vez já precisou usar o serviço público de saúde?

[Pisinoe] Sim. Teve uma época que meu guarda roupa caiu em cima do meu pé, por exemplo. Aí o espelho do meu guarda roupa caiu em cima do meu pé aí eu tive que ir lá no Hospital G.

[Pesquisadora] E como foi o atendimento?

[Pisinoe] O atendimento é frio, quase congelando, um monte de gente na fila. O médico nem olha para você, nem pega no seu pé. O médico olhou e disse que tinha que tomar injeção e mais nada. Tomei a injeção e pronto.

[Pesquisadora] E como era o procedimento de atendimento? Tinha que mostrar identidade, preencher formulário?

[Pisinoe] Tinha. Mas nessa época eu queria resolver o meu problema, não estava preocupada com isso não. Disse lá que era Pisinoe, mas lá eles te tratam por número. Chamaram meu número e eu fui. Por que lá era emergência. (Entrevista Pisinoe 10/05/2013)

Perguntei a todas as trans com quem conversei se elas costumavam utilizar o serviço público de saúde. Mesmo com respostas negativas, insisti um pouco nessa pergunta e o que surgia eram casos de visitas à emergência, como Pisinoe relata, ou ainda idas aos serviços especializados no atendimento de DST/aids, como Ligeia descreve:

[Ligeia] Eu vou às vezes ao posto J., porque lá eles são especializados em DST/aids. Ai quando eu preciso eu faço o teste lá, ou quando aparece algum probleminha. Eu sempre gosto de falar com a assistente social de lá, porque eu já conheço. Só que você precisa ter algum problema da área.

[Pesquisadora] E se tu tiver dor de barriga, ou dor de cabeça?

[Ligeia] Aí lá já não tem. Aí você tem que pedir a Deus para que não dê nenhum problema. Se não, tem que ir para a emergência. Ou então o que eu puder fazer no particular eu faço. (Entrevista Ligeia 25/05/2013).

As sereias explicam que apenas quando as trans estão “nas últimas” é que buscam algum atendimento no serviço público de saúde, pois nesses momentos não importa o nome social ou a qualidade do serviço, apenas querem ser consultadas e voltar para casa. Se na emergência utilizarem senha e número para chamar os pacientes, é melhor, pois assim não são constrangidas, nem precisam brigar para utilizarem o nome social. A primeira vez que conversei com Pisinoe foi na faculdade onde ela estuda e, ao explicar que estava interessada em pesquisar sobre a saúde das trans, ela logo interpelou “é DST/aids ou processo transexualizador?”. Ao saber que não era nenhuma dessas temáticas especificamente, Pisinoe disse que ia ser um trabalho muito difícil, “não existe quase nada fora isso, os lugares que atendem as trans são aqueles que possuem algum trabalho específico para DST/aids, como o posto J.”. Ela explica que, uma vez que as trans acabam sendo mal atendidas quando chegam ao serviço, elas desistem de voltar.

O serviço público só se torna opção para as sereias quando elas estão com alguma doença muito grave e, mesmo com a automedicação, não obtiveram qualquer melhora, sendo a emergência a solução para esses casos. Nenhuma das trans com quem conversei precisou ser internada em hospitais públicos, mas relatam que algumas amigas mais velhas e com menor poder aquisitivo já passaram por essa situação, sendo internadas e atendidas de qualquer forma e tendo de ficar na ala masculina do hospital.

As consultas particulares são uma das alternativas apontadas pelas trans com quem conversei e que têm receio de serem mal atendidas no serviço público de saúde. Elas fazem empréstimo, utilizam o plano de saúde da empresa onde trabalham ou buscam médicos que fazem consultas através de financiamento consignado³⁷ para conseguirem atendimento no serviço de saúde. Elas utilizam o serviço particular para realizar uma diversidade de procedimentos, desde ir ao dentista para fazer obturação a procedimentos estéticos, como implante de silicone e depilação a laser. Mesmo no serviço particular, onde elas dizem ser mais bem atendidas, as trans não se arriscam a ir em qualquer um; existe uma rede de profissionais da saúde que são indicados pelas amigas mais experientes como referência. Dessa forma, elas constroem uma teia de relações para se protegerem dos constrangimentos nos serviços de saúde. As sereias, ao compartilharem suas experiências, apontam quais espaços devem ser visitados e quais devem ser evitados.

Porém, mesmo utilizando diversas ferramentas para evitar problemas ao serem atendidas, frequentando apenas os profissionais indicados por amigas, nunca indo pela primeira vez a um serviço de saúde, como Ligeia pontuou várias vezes na entrevista, isso não impede que ocorram situações de mal atendimento. Pisinoe relata que fez um escândalo no hospital particular onde foi internada para fazer o implante de silicone nos seios, pois não queriam colocar o seu nome social no prontuário, nem lhe instalar em um quarto individual, nem lhe entregar a bata utilizada por mulheres na cirurgia; os profissionais insistiam em oferecer o short usado por homens: “Entrei fazendo escândalo e saí fazendo escândalo”.

Pisinoe, Ligeia e Aglaope contam que sempre pedem para ficar internadas em um quarto individual quando realizam alguma cirurgia, no caso delas, o implante de silicone nos seios, isso para evitar serem instaladas na ala masculina do hospital. Ligeia relata que mesmo tendo ficado em um quarto particular após a cirurgia da mama, a sua presença provocava curiosidade entre os funcionários do hospital:

³⁷ Empréstimo que faz o desconto das parcelas diretamente na folha de pagamento.

[Pesquisadora] E o peito tu também colocou?

[Ligeia] Peito eu coloquei só faz um ano e foi com médico. Eu conheci ele por uma amiga minha, uma que já tinha tido problema no peito e foi esse médico que consertou. Como todo mundo tá no mesmo paralelo, uma vai indicando para outra. Como a gente não tem muito apoio, já por medo, a gente só vai a um conhecido, onde a gente já sabe que vai ser bem atendida, tem todo esse cuidado. Eu saí do hospital no mesmo dia e fiquei em um quarto individual.

[Pesquisadora] Tu teve algum problema no hospital?

[Ligeia] Assim tinha gente que... Por isso que eu te falei que a gente não gosta muito de ir em lugar novo, a gente sempre vai quando alguém diz que no hospital tal tem um médico que gosta de ajudar as trans, pois desse jeito você sabe que naquele hospital todo dia tem trans, então já tá todo mundo meio que acostumado. Quando eu estava no hospital, todo mundo ficou meio curioso sabe? Vai lá olhar para ver quem é a paciente, eu me acordei querendo fazer xixi e todo mundo foi no quarto para ver. A enfermeira do médico que viu e tirou todo mundo da sala para eu poder fazer xixi, porque todo mundo queria-me ver fazendo xixi. (Entrevista Ligeia 27/05/2013).

Mesmo indo apenas a hospitais e médicos que costumam atender trans, Ligeia não conseguiu evitar constrangimentos. Travestis e transexuais ainda são vistas como “atração”, provocam estranhamento e curiosidade. Iara conta que no período em que trabalhava tinha plano de saúde, mas sempre tinha problemas nos atendimentos, principalmente com médicos mais idosos, que segundo ela são mais preconceituosos. Ela diz que antes de começar a tomar hormônios por conta própria, tinha tentado em vão ir a alguns endocrinologistas do seu plano de saúde. Uma das médicas teria informado que não tinha conhecimento para realizar esse tipo de terapêutica.

O uso dos hormônios sem qualquer acompanhamento provocou uma série de alterações hormonais em Iara, como a produção em excesso de prolactina³⁸, que a fez secretar leite pelos seios. Por esse problema de saúde, ela busca novamente um atendimento com um endocrinologista. Um a atendeu bem até o momento em que acreditava que ela era mulher. Ao se deparar com seu nome de registro, Iara relata: “o pobre do ancião pirou. Disse que eu tomava hormônios, que ele não fazia isso, que ia me denunciar à polícia, que isso era errado, que eu ia morrer e que eu procurasse um hospital público”. Quando o médico constatou que Iara não era mulher, mas que tomava hormônio feminino, recusou-se a olhar os seus exames. “Meu sangue subiu a cabeça e eu mandei ele logo para aquele lugar. Fiz um escândalo, saí gritando dizendo que ele era louco, que não tinha condições de atender ninguém”. Iara, ao final do relato, constata que “Não existem péssimos profissionais só na rede pública, em todo canto tem gente nojentá”.

Parténope conta que, para não ficar aborrecida, nas vezes que vai ao serviço de saúde usa do riso e deboche. Relata que uma vez foi tirar sangue e a enfermeira que lhe

³⁸ A prolactina é o hormônio responsável pela produção de leite pelas glândulas mamárias, presente em homens e mulheres.

atendeu começou a fazer um sermão religioso e a cantar músicas religiosas enquanto realizava o procedimento. Para não brigar, ela ria, dizia que conhecia a música e cantava junto com a profissional. Todas essas histórias são contadas acompanhadas de muito riso - o uso do humor funciona como um modo resistência, reduzindo a figura de poder dos profissionais da saúde à condição de simples mortal. O deboche e a ironia são constantes nas conversas com as travestis e transexuais; os tormentos do cotidiano são transformados, a ilusão das hierarquias instituídas é derrubada. Através do riso, as trans ridicularizam aqueles que são considerados os detentores do poder, destinando-os ao lugar da vergonha e exercendo também um lugar de poder. O humor tem potência para promover rupturas, oferecendo às sereias um lugar de poder e subversão.

4.3 Profissionais psi: confissão e laudo

[...] como se explica que em uma sociedade como a nossa, a sexualidade não seja simplesmente aquilo que permita a reprodução da espécie, da família, dos indivíduos? Não seja simplesmente alguma coisa que dê prazer e gozo? Como é possível que ela tenha sido considerada como um lugar privilegiado em que nossa 'verdade' profunda é lida, é dita? (FOUCAULT, 2009a, p.229).

A captura das sereias pelo saber psi (psiquiatria, psicologia e psicanálise) nos remete à história de como a sexualidade passa a se construir como elemento central na nossa constituição como sujeito (FOUCAULT, 2009b). No caso das experiências trans, esse processo de subjetivação pelo dispositivo³⁹ da sexualidade é atravessado paralelamente por uma patologização desses modos de existir. Para serem atendidas no Hospital M., as sereias precisam ser diagnosticadas por psiquiatras como transtornadas, mesmo que algumas busquem apenas o atendimento com o endocrinologista, pois este geralmente só iniciar a hormonioterapia em casos de transexualismo. O Ministério da Saúde (BRASIL, 2010a) assegurar a hormônio-terapia tanto para transexuais como para travestis, o que se observa na maioria dos equipamentos de saúde é a restrição desse serviço apenas aos casos de diagnóstico de transexualismo.

Esse processo de governo da vida através da sexualidade é iniciado no século XVI, quando os discursos sobre o sexo passam a ser incitados e ao mesmo tempo regulados na medida em que são definidas novas “regras de decência” que indicam como, quando e

³⁹ Dispositivos são “estratégias de relações de força sustentando tipos de saber e sendo sustentadas por ele” (FOUCAULT, 2009a, p. 246), que englobam instituições, leis, arquiteturas, enunciados científicos e filosóficos etc., cuja função estratégica é o exercício do poder em um determinado momento histórico (FOUCAULT, 2009a, 2009b).

onde determinados sujeitos autorizados podem falar sobre sexo. Nesse período, os enunciados sobre a sexualidade se multiplicaram, assim como as técnicas para registrar, interrogar, ouvir, fiscalizar, teorizar e confessar esse segredo. Os manuais de confissão orientavam que os padres, ao longo do exame de consciência, produzissem constantemente uma autobiografia dos penitentes. Inúmeras interrogações a respeito das condutas sexuais eram realizadas de modo detalhado: gestos, sentidos, prazeres, pensamentos, desejos tornaram-se foco de tal análise (FOUCAULT, 2001). Isso provocou uma mudança no modo dos sujeitos se relacionarem com o próprio corpo, construindo uma “espécie de cartografia pecaminosa do corpo” (p. 237).

Não são apenas os atos (fornicação, adultério, estupro, rapto, sdomia, incesto, bestialidade) que são alvo de julgamento e punição, mas também as intenções e o que se pensa. O pecador não é apenas aquele que age e se comporta de modo inapropriado, o indivíduo que pensa sobre tais assuntos é igualmente infrator das regras religiosas. Ocorre o “aprisionamento da carne no corpo” (FOUCAULT, 2001, p. 238). O corpo e seus prazeres são o lugar do pecado: busca-se examinar a interioridade do sujeito, com suas sensações e pensamentos. Essas técnicas minuciosas de confissão não surgem apenas com a finalidade de controlar os penitentes ou para reprimir a sexualidade, mas passam a ser apropriadas por outros saberes produzindo não só a história de determinado indivíduo, como também um modo de se relacionar consigo e com os outros.

Diferentes campos do saber, como a psicologia, biologia, medicina, psicanálise, demografia, pedagogia, sexologia e psiquiatria, começam a desenvolver estudos sobre a sexualidade. Essa diversidade de vozes constrói um discurso polimorfo sobre o sexo, a *scientia sexualis*, que, mediante diferentes técnicas, como a observação e a confissão, busca produzir a verdade do sexo (FOUCAULT, 2009b). É essa mesma técnica de confissão que continua sendo utilizada pela equipe do Hospital M. e pelos profissionais psi em seus consultórios para realizar o diagnóstico de transexualismo. O sexo na sociedade ocidental não se limita à produção de prazer ou à reprodução, mas se insere em um regime de saber-poder que possibilita o acesso à verdade do sujeito, verdade essa que nem mesmo o próprio indivíduo conhece. É através da verdade do sexo que os desejos, os segredos, a intimidade e as fantasias do sujeito são desvelados.

Durante uma das discussões de caso apresentadas pelos residentes de psiquiatria do Hospital M., um deles fala: “a paciente confessou que ...”. Um dos profissionais interpela “confessou?!” e todos riem. Apesar de o uso do termo confissão pelo residente neste caso ser motivo de riso, observamos que a dinâmica envolvida no atendimento do ambulatório é a

mesma descrita por Foucault (2009b) ao falar sobre as técnicas de confissão. A verdade de cada paciente é construída na medida em que este revela a sua sexualidade durante os atendimentos. Uma das profissionais mais antigas do serviço alerta os residentes que “não podemos fazer o diagnóstico de transexualismo só com o fato de o paciente dizer que é transexual, temos que investigar a sua história”. Nesse jogo, a sexualidade torna-se um lugar desconhecido para o sujeito e, ao mesmo tempo, no plano social, há uma hiperprodução de conhecimento teórico e científico a respeito do sexo (FOUCAULT, 2010).

Essa produção de conhecimento teórico e científico é o que permite à equipe de saúde questionar se a paciente é travesti ou uma transexual “de verdade”. “Qual seria a principal característica para definir um transexual?”, pergunta uma das profissionais mais antigas no ambulatório, ao que uma ginecologista responde prontamente: “é a rejeição precoce ao corpo biológico”. O transexualismo, como falamos anteriormente, é compreendido como um transtorno no qual a pessoa tem um corpo (sexo/genitália) que não corresponde à sua interioridade, ao gênero. A afirmação da ginecologista é atravessada pela cisão entre a noção de corpo biológico, onde estaria localizado o sexo, e uma interioridade psíquica, que seria o gênero. O sexo é compreendido como atributo anatômico e fisiológico, isto é, um elemento biológico, conseqüentemente, um atributo universal e a-histórico, uma verdade corporal inquestionável. O gênero, por outro lado, seria um sexo cultural onde os papéis de gênero, masculino e feminino, seriam a expressão de uma entidade psicológica formada nos primeiros anos de vida.

Essa separação entre sexo e gênero tem sido utilizada como justificativa para realizar o diagnóstico de transexualismo e para a crescente indicação das cirurgias de transgenitalização. Não foi apenas uma melhoria tecnológica que influenciou o aparecimento de tais cirurgias, mas a criação de um “eu interno” masculino ou feminino “independente” das marcas corporais. Para identificar se o eu interno das pacientes é masculino ou feminino, a médica do ambulatório orienta: “é importante montar a história desses pacientes desde a infância, pois é perigoso transexualizar travestis”. Para não cometer esse erro de diagnóstico, é necessário fazer os pacientes falarem. O indivíduo precisa se conhecer, saber de suas fraquezas. Assim, por meio da confissão, esse sujeito pode descobrir o seu eu verdadeiro, seja ele normal ou anormal. Essas relações de poder-saber sobre a sexualidade permitem a produção de um sujeito com interioridade, identidade e subjetividade.

Esse ser psicológico interior construído pela sociedade moderna ocidental, apesar do seu aspecto “ficcional”, possui uma eficácia discursiva e poder de materialização (SPINK, 2011a). Podemos perceber o seu efeito nos documentos de identidade, laudos psicológicos,

diagnósticos de transexualismo, livros biográficos, direitos constitucionais etc. A construção de uma interioridade, identidade, essência, personalidade, de comportamentos e desejos coerentes ao longo do tempo possibilita o governo dos indivíduos e, conseqüentemente, da população. É exigido das pessoas trans que elas também obedeçam a essa expectativa de um “eu” linear e constante ao longo da vida. A estabilidade proporcionada pelo recurso da “memória” do que se é permite uma inteligibilidade desse sujeito. Esse autoconhecimento destina os corpos a determinados modos de existência.

Porém, a memória biográfica não é um conjunto de fatos “guardados” na cabeça, mas um ritual de contar história que é apoiado em artefatos como fotografias, vídeos, documentos, diários etc. (SPINK, 2011a). As pessoas trans, ao contarem suas histórias, precisam buscar na infância a explicação de que sempre foram assim, que seu “eu” é feminino, pois gostavam de brincar de boneca com as meninas, não gostavam de futebol e vestiam escondidas as roupas das mães e das irmãs (BENTO, 2006; PELÚCIO, 2007). Essa é uma tentativa de organizar o “eu”, uma busca por coerência. Pisinoe relata brevemente como decidiu iniciar o seu processo de transformação corporal e como sempre foi muito afeminado, oferecendo uma linearidade entre o “gayzinho” do passado e a “travesti” do presente:

[Pesquisadora] Tu começou a mudar teu corpo com quantos anos?

[Pisinoe] Essa minha auto afirmação começou quando eu tinha 18 anos, eu era menino ainda, mas era muito, muito afeminado, e sempre dizia que era transexual. Mas eu não tinha a oportunidade dessa mudança, dessa transformação. Tinha o preconceito, essas questões todas... E fazia essa avaliação, será que vale a pena abrir mão de tudo para me auto afirmar travesti? Aí vinha alguns estigmas muito fortes, essa da prostituição que é algo muito difícil. Tinha esse pensamento muito forte. Meu Deus, como é que vai ser? Nessa época eu já não morava com a minha mãe, eu morava só. Aí eu ficava faço ou não faço... Chegou um dia que estava cansado mesmo. Sempre tive cabelo grande... Me olhei no espelho “Não sou mais eu!”. Joguei tudo no lixo, fiquei com uma calça jeans e três blusinhas. Foi aí que comecei, comecei com hormônio... (Entrevista Pisinoe, 10/05/2013).

Pisinoe relata que, apesar de ter sido um menino antes de transformar o modo como se vestia e utilizar hormônio, sempre teve cabelo grande e enfatiza que era muito afeminado. Esse passado de menino afeminado faz conexão com a cena do espelho no qual Pisinoe não se reconhece - o reflexo da sua aparência externa era incoerente com seu “eu” interno. Quando os profissionais “psi” registram tais histórias, a sua função não é de descrever a interioridade de determinado indivíduo, mas de construir esses sujeitos como dotados de desejos, de uma vida psicológica interior e portadores de um transtorno psíquico.

As tecnologias do eu tomam a forma da elaboração de certas técnicas para a conduta da relação da pessoa consigo mesma, por exemplo, ao exigir que a pessoa se relacione consigo mesma epistemologicamente (conheça a si mesmo),

despoticamente (controle a si mesmo) ou de outras formas (cuide de si mesmo). Elas são corporificadas em práticas técnicas particulares (confissão, escrever diários, discussões de grupo, o programa de doze passos dos Alcoólicos Anônimos). E elas são sempre praticadas sob autoridade real ou imaginada de algum sistema de verdade e de algum indivíduo considerado autorizado, seja esse teológico e clerical, psicológico e terapêutico ou disciplinar e tutelar. (ROSE, 2001, p. 40).

O “eu” produzido nessa rede funciona como um ideal regulatório, que controla e dociliza os corpos. Esse jogo relacional permite a emergência do “eu” feminino ou masculino, que não é uma entidade interna do ser humano ou puramente social, mas produto dessas forças. Podemos compreender o “eu” como algo fluido e mutante, não como uma entidade interna caracterizada por uma essência. A “descoberta” ou a “confirmação” de uma interioridade transexual pelas sereias é construída, geralmente, quando elas encontram psicólogos, psiquiatras e psicanalistas. Não é incomum, ao conversar com as sereias, elas contarem que antes achavam que eram homossexuais, mas isso mudou ao serem consultadas por um psicólogo ou psiquiatra que explicava que, na verdade, elas eram transexuais. O saber “psi” produz uma série de efeitos no modo como as trans passam a se subjetivar. É na sessão de psicoterapia que Liban “descobre” o seu verdadeiro “eu” e isso possibilita, inclusive, uma série de mudanças na forma como ela se relaciona com o próprio corpo:

[Pesquisadora] Tu tem pensado faz tempo nessa cirurgia?

[Liban] Tenho! Eu acho que desde criança eu tenho vontade de não ter. Nunca pensei que tivesse uma cirurgia pra poder fazer... Eu não sabia o que é que era o termo transexualidade, eu só vim conhecer aos meus 21 anos, o que era transexual de verdade.

[Pesquisadora] E tu ficou sabendo como?

[Liban] Eu fiquei sabendo porque eu fui a uma psicóloga para conversar com ela como eu me sentia. Como é que eu me sentia por dentro, o que eu pensava, como eu agia, *tudo*! E aí ela atestou Liban, que na verdade não era Liban, você é transexual, uma transexual. Aí ela foi explicar o que é que era, e eu fui atrás de saber o que é que era e posteriormente eu comecei a tomar hormônio. Depois que ela atestou eu comecei a tomar hormônio. Com dois meses tomando hormônio meus seios cresceram muito e aí eu assumi 24 horas Liban. Eu venho de uma família toda evangélica, ou seja, não é fácil. Assumir ser transex não é fácil. Dizer eu nasci assim, mas eu sou assim, mas a sociedade não está preparada para isso. E quando eu digo que a sociedade não tá preparada não é no sentido de aceitação, pois a gente não precisa ser aceita, porque não é produto. Eu digo de não ter conhecimento sobre o assunto. Porque todo mundo pensa que só porque nasceu com o sexo biológico masculino e tem uma identidade de gênero feminino é travesti e aí liga isso a prostituição, a tudo que é de ruim. E não é assim. É como ser heterossexual, existem heterossexuais que são ruins e existem heterossexuais que são bons, isso vai depender de cada pessoa. Assim como existem transexuais, gays e lésbicas que são bons e são ruins. Mas a gente é taxada de ruim. Enquanto a sociedade diz que nós somos doentes, enquanto as pessoas dizem que nós somos pessoas doentes a gente vai ser tratada como doentes. (Entrevista Liban 28/05/2013, grifo nosso).

Foi confessando *tudo* à psicóloga que Liban recebeu o seu diagnóstico e começou a modificar o seu corpo com o uso de hormônios. Ao falar de si, confessar os seus desejos, Liban constrói um discurso sobre a sua sexualidade e passa a se constituir como sujeito,

sujeito de desejo, sujeito sexual. A confissão à psicóloga permite que Liban conheça os seus segredos mais íntimos e, ao mesmo tempo, possibilita que ela passe a se vigiar constantemente, ficando atenta aos próprios comportamentos e pensamentos, pois os seus desejos e a sua sexualidade devem ser coerentes com seu verdadeiro “eu”. É preciso forjar uma identidade feminina, que se materializa no modo como Liban fala suavemente, nas formas arredondadas que seu corpo apresenta após o uso de hormônios, nas roupas decotadas etc. É preciso controlar o seu corpo e o seu sexo. Verdade e subjetividade tornam-se efeitos da confissão.

Parténope diz que o seu diagnóstico foi realizado há muitos anos. “Nessa época, ainda não sabiam direito diferenciar gay de travesti, de transexual, não existia isso”, mas foi nessa avaliação que ela se descobriu: “sou 95% mulher, esses 5% que faltaram é porque eu sou alfa, gosto de mandar e dominar, meus namorados sofrem. Mas todas as mulheres da minha família são desse jeito, elas que sustentam a casa, trabalham, fazem tudo”. Iara, que está ouvindo a conversa, interrompe: “eu sou beta, a psicóloga que me falou quando fez meu diagnóstico”. Parténope discorda e diz que Iara é alfa. Elas me perguntam se sou alfa ou beta, digo que não sei. Parténope me olha atenta e chega à conclusão “pelo teu jeito tu é beta” e logo ri: “olha eu fazendo a avaliação da doutora⁴⁰”.

O diagnóstico, segundo relato das sereias, está associado a um regime normativo que determina um padrão único de feminilidade, no qual mulheres são submissas e frágeis, gostam de realizar atividades domésticas, desejam casar e sentem atração sexual por homens. Não há uma discussão sobre como as características físicas e morais atribuídas aos sexos variam nas mais diversas sociedades e períodos históricos, pois ser emotivo ou violento não faz parte da natureza feminina ou masculina. Esses atributos são apenas naturalizados compulsoriamente quando determinamos que isso é coisa de menino e aquilo é de menina. Inúmeras práticas discursivas e não discursivas contribuem para que tais normas identitárias sejam reiteradas, como a divisão dos banheiros, o modo como nos vestimos, diários, testes psicológicos, fotografias, todos esses dispositivos produzem a noção de continuidade e coerência.

[...] no Ocidente, os homens, as pessoas se individualizaram graças a um certo número de procedimentos, e creio que a sexualidade, muito mais que um elemento do indivíduo que seria excluído dele, é constitutiva dessa ligação que obriga as

⁴⁰ Nas primeiras visitas ao Hospital M., as sereias me identificavam como doutora, psicóloga, como alguém da equipe de saúde. Com o tempo e após certa insistência da minha parte, passaram a me chamar pelo nome, sem o “doutora” antes, e já me apresentavam para as pacientes recém-chegadas como pesquisadora das trans.

peças a se associar com sua identidade na forma de subjetividade. (FOUCAULT, 2010, p. 76).

O sexo se transforma na inteligibilidade do sujeito, na sua identidade, sua história. Desse modo, a sexualidade permite o poder sobre a vida, não apenas interditando os corpos, mas construindo técnicas de si. Essas técnicas permitem que os próprios sujeitos intervenham em seus corpos, em seus desejos, sua alma, seus pensamentos e condutas a fim de produzir mudanças até que se atinja um estado de perfeição e, conseqüentemente, de felicidade (FOUCAULT, 2010). A felicidade, para algumas trans com quem conversei, estava associada à cirurgia de transgenitalização. Esse procedimento é imaginado como um modo de obter inteligibilidade, de ser reconhecida socialmente como mulher, conseguir um emprego. “Minha mãe disse que mesmo usando hormônio, me vestindo e parecendo uma mulher, sou apenas uma travesti, pois ainda não fiz a cirurgia”, relata Iara.

A cirurgia, como foi comentado anteriormente, só é realizada após dois anos de acompanhamento terapêutico e um laudo. O laudo, mais que a terapia, é algo muito procurado pelas sereias. Quando elas descobriram que eu era formada em psicologia, imediatamente interpelavam “Tu faz laudo?”, “Me arranja um laudo”. Muitas ficavam decepcionadas com a minha resposta negativa, mas logo se animavam com meu posicionamento sobre a possibilidade das trans realizarem qualquer procedimento sem a necessidade de um laudo ou da tutela médica e psicológica. Nisso, elas respondiam aos risos: “pois aí é que tu devia fazer laudo, a gente fazia um negócio lucrativo eu levava as trans e tu dava os laudos”.

Iara e Liban relatam que iniciaram o processo de psicoterapia, mas abandonaram quando descobriam que a psicóloga não fazia laudo. Iara iniciou o acompanhamento psicológico no Centro J., um equipamento que realiza uma assistência especializada em casos de violência e preconceito. Ela tinha a expectativa de conseguir um laudo nesse espaço, mas desistiu. Continua o tratamento apenas no Hospital M. com um estagiário de psicologia e um residente de psiquiatria. Já Liban diz que começou o atendimento no Centro J., pois, diferente da sua antiga psicóloga, lá eles oferecem o laudo:

[Pesquisadora] Tu pretende tomar o *Androcur*⁴¹?

[Liban] Eu pretendo, pois eu pretendo fazer a cirurgia de redesignação sexual. Estou fazendo uma terapia com uma psicóloga, já direitinho. Tem um mês que eu não vou e eu preciso até retornar, ela é do Centro J. Eu estou lá há três meses fazendo atendimento. Eu comecei a fazer com outra psicóloga, uma psicóloga do meu plano de saúde, porém essa psicóloga do meu plano de saúde não é especializada nisso, ou seja, ela vai só me atender, fazer terapia normal, porém ela não vai me dar o aval,

⁴¹ Androcur é um antiandrógeno, medicação que inibe a ação da testosterona, provocando, muitas vezes, perda da ereção.

um diagnóstico para que eu possa vir a fazer a cirurgia, ou seja, não adiantava eu fazer com ela. Eu interrompi e a do Centro J. já pode me indicar. O bom do Centro J. é que lá não tem só o atendimento de psicóloga, a gente tem atendimento de assistente social, a gente tem atendimento de advocacia, tudo direitinho. (Entrevista Liban 28/05/2013).

As informações das sereias sobre o processo transexualizador são múltiplas e muitas vezes divergentes. Algumas dizem que, após o atendimento no Hospital M., serão encaminhadas para o Hospital U. para realizar a cirurgia, outras relatam que o diagnóstico já é suficiente para conseguir indicação para a transgenitalização, mesmo sem realizar a psicoterapia, enquanto outras aguardam apenas o diagnóstico e laudo para fazer a cirurgia com um médico particular. Nesse processo para conseguir um laudo e realizar a cirurgia de transgenitalização, as sereias negociam com os profissionais psi quais discursos podem ser ditos ou não e qual o padrão de feminilidade utilizado como referência. As sereias precisam perder a voz, momentaneamente, para conseguir trocar suas caudas por pernas humanas.

A patologização da transexualidade é um dos modos de tentar novamente regular as sexualidades não procriativas, como ocorreu com a homossexualidade quando, a partir do século XVIII, a sexualidade na sociedade ocidental tornou-se progressivamente objeto de suspeita, devendo ser regulada e vigiada. O sexo deveria ficar restrito ao quarto do casal heterossexual, tendo como sua única finalidade a reprodução da espécie. Para isso acontecer, diversas recomendações e regras deveriam ser seguidas. Cabia ao poder pastoral e ao sistema jurídico regular o que era lícito e ilícito, determinando as punições para os prazeres estranhos e “contra a natureza” (FOUCAULT, 2009b). A sexualidade ilegítima era silenciada e interdita. O dispositivo da sexualidade possibilitou a emergência de novos modos de subjetivação e não apenas o controle da sexualidade.

O saber médico passa a classificar e patologizar as condutas sexuais, principalmente em relação aos prazeres considerados perversos, como a sodomia, zoofilia, necrofilia, entre outros. Até antes do século XIX, a sodomia era percebida como uma prática pecaminosa entre muitas outras por ser uma atividade sexual sem fim procriativo. Em algumas sociedades, o “modelo grego”, no qual um homem adulto se relacionava sexualmente de modo “ativo⁴²” com um jovem, continuava sendo uma prática comum. A sodomia entre um adulto e um jovem, até então, não era alvo de maiores recriminações. Essa dinâmica era considerada inclusive um sinal de virilidade. Mas, para isso, na vida adulta, este mesmo

⁴² Utilizamos o termo ativo tal como é empregado na linguagem cotidiana, que faz referência a quem penetra na relação sexual. Contudo, estamos cientes de que essa terminologia naturaliza o lugar “masculino” como ativo, viril e dominador nas relações sexuais assim como nas demais interações sociais. Consequentemente, isso destina o lugar de passividade e receptividade às “mulheres”.

jovem deveria assumir o papel ativo em suas relações sexuais, caso contrário sofreria estigmatizações. O importante nessa situação era como se dava a prática sexual e não com quem: o sexo não poderia violar a estrutura política dominada por homens livres, os únicos considerados cidadãos. Mulheres, escravos e crianças estavam subordinados aos homens livres tanto socialmente como nas práticas sexuais, de modo que os sujeitos considerados cidadãos deveriam assumir sempre o lugar de ativo na relação. O ato sexual era uma entre várias formas de declarar a posição política e social do indivíduo (WEEKS, 2007).

Gradualmente, a homossexualidade masculina ativa ou passiva passa a ser alvo de controle por borrar as fronteiras estabelecidas entre os gêneros. A partir do século XIX, diversos textos foram escritos sobre o “terceiro gênero”, “gênero intermediário”, “pessoas com sentimento sexual contrário”, indivíduos cuja “essência” sexual era diferente dos heterossexuais. Muitos autores falavam em seus textos sobre as suas experiências pessoais, ou de amigos, como também de indivíduos que eram alvo do sistema jurídico e médico. Em uma tentativa de regular e controlar as ditas sexualidades periféricas, ocorrem mudanças legais que determinam penalidades contra os indivíduos que ousarem praticar a sodomia. Paralelamente, tais comportamentos passam a ser estudados e classificados pelos médicos.

“Antes do século XIX a ‘homossexualidade’ existia, mas a/o ‘homossexual’ não” (WEEKS 2007, p. 65); a sodomia deixa de ser uma prática sexual e torna-se uma das características de uma nova espécie, o homossexual. Seu sexo torna-se perigoso e temido, sua infância, seus comportamentos, seu passado e seu corpo são analisados, pois sua sexualidade é a sua verdade. “Nada daquilo que ele é, no fim das contas, escapa à sua sexualidade” (FOUCAULT, 2009b, p. 50). A sodomia, que anteriormente tinha sido condenada por razões religiosas, passa a configurar o campo da loucura com a apropriação do sujeito perverso pela psiquiatria. As práticas sexuais consideradas perversas continuam sendo condenáveis, mas agora por razões morais e a partir de uma lógica científica e biológica.

A homossexualidade torna-se uma das faces da loucura, sendo classificada como o amor da desrazão, uma doença dos instintos sexuais. A psiquiatrização do prazer perverso se dá através de uma organização das zonas erógenas, da desqualificação do prazer sexual e da restrição das práticas sexuais apenas para fins reprodutivos. O que era conhecido até então como órgãos reprodutivos, passa a ser classificado como órgãos sexuais. O prazer do corpo é mapeado de acordo com as premissas da reprodução da espécie. Com isso, a genitália torna-se a única zona erógena do corpo. O gozo torna-se objeto de uma pedagogia e de uma arquitetura. Umhas áreas são visibilizadas e outras excluídas.

O modelo científico que se propunha a explicar o estranho fenômeno da homossexualidade em razão de fatores psicológicos, biológicos, hormonais e ambientais era aplicado tanto para homens como mulheres. Mas as ações voltadas para o controle da homossexualidade feminina era diferente, pois as mulheres eram vistas como subordinadas social e sexualmente (WEEKS, 2007). O perigo das relações íntimas entre mulheres era pouco visibilizado (FAUSTO-STERLING, 2002). Os homens eram percebidos como sexualmente viris e agressivos, e as mulheres passivas e indiferentes em relação às questões relacionadas à sexualidade. Nesse caso, a homossexualidade feminina só seria possível se a mulher fosse invertida. Isto é, se possuísse atributos considerados socialmente como masculinos, devendo se vestir como homem, agir de modo grosseiro e assumir trabalhos masculinos. A identidade lésbica só “surge” no século XX.

A sexualidade das pessoas passa a ser controlada por diferentes mecanismos do saber-poder, pois o perigo do sexo está sempre presente. É necessário ficar sempre vigilante à “tentação da carne”. Nesse sentido, a confissão se transforma em uma das mais importantes técnicas para fazer o sujeito falar sobre o seu sexo. Esse artifício, como vimos, originário do cristianismo, permitiu que o poder pastoral conhecesse o seu rebanho e, ao mesmo tempo, o controlasse. O dispositivo da sexualidade se apropria desse procedimento e amplia os espaços de confissão, que não estão mais limitados às relações religiosas. Agora, todos precisam confessar: os filhos aos pais, os alunos aos pedagogos, os enfermos aos médicos, as histéricas aos psicanalistas, os delinquentes aos juízes, os loucos aos psiquiatras.

A homossexualidade deixou recentemente, em 1973, de ser classificada como patologia, porém, a transexualidade permanece sendo categorizada como transtorno pela psiquiatria. As trans continuam confessando sua “loucura” para ter acesso aos hormônios e cirurgias, há uma tutela dos profissionais psi que autorizam ou não esses procedimentos de acordo com a patologia apresentada pelo paciente. A questão sobre o atravessamento da “loucura” no diagnóstico de transexualismo surge nas interações das sereias com os outros pacientes que estão sendo atendidos no Hospital M. Um paciente passa no corredor enquanto converso com Parténope, que observa o rapaz e insinua que vai falar com ele. Pergunto por que ela não vai: “Eu não! Ele é doido! Tem uns até bonitinhos, mas os pacientes daqui são todos doidos, não dá para paquerar”. Uma das pacientes do ambulatório é apontada por Iara como estranha: “ela não é como as outras trans, ela só tem consulta com o psiquiatra, anda toda mal arrumada e ainda fica dizendo que tem medo de alguém pegar ela, uma vez eu brinquei perguntando quem era o doido que ia querer pegar ela”.

A inserção das sereias em um espaço fortemente ligado à loucura, à desrazão, traz questionamentos sobre o processo de despatologização da transexualidade. Algumas trans com quem conversei discutem o fato do seu modo de existência ainda ser classificado como doença e que não desejam qualquer tutela psi; outras questionam, mas têm o receio de perder o atendimento pelo serviço público de saúde caso a sua condição deixe de ser considerada uma doença:

[Pesquisadora] Como tu começou a tomar hormônio?

[Aglaope] Eu foi em um endocrinologista, essa pessoa me ajudou muito. Ele já tinha o costume de atender transexuais.

[Pesquisadora] Tu pode dizer o nome do médico?

[Aglaope] Acho melhor não. Por que a hormônio-terapia meio que não é legalizada, porque você tá usando hormônios femininos em um corpo masculino. E como a transexualidade ainda é patologia, então é complicado. Tu tem que se definir primeiro como sendo uma patologia para então haver o processo de hormonização. Primeiro a patologia depois o processo. E eu não fiz isso, pois para definir que é patologia, o que eu não acho, claro, tu precisa passar um ano em terapia, por aí, né.

[Pesquisadora] Mas tu já procurou isso?

[Aglaope] Não, não. Eu sou bem resolvida, eu não vejo porque ter uma aprovação de um parecer médico que já é defasado para a opinião pública atual. Não se pensa mais transexualidade como doença. Tá lá no papel ainda, mas não é.

[Pesquisadora] Mas tu pensa na cirurgia?

[Aglaope] Não, não. Nunca pensei, nunca. Acho que a feminilidade tá na cabeça. E eu acho que viriam complicações depois difíceis, sabe? E eu não queria passar por elas. (Entrevista Aglaope, 07/06/2013).

Em 2012, mais de 29 países se envolveram na campanha “Pare a Patologização Trans⁴³”, na qual um dos objetivos era a retirada da transexualidade da lista de doenças nas novas versões do DSM e CID, o que não aconteceu (BENTO; PELÚCIO, 2012). Essa campanha colocava em questão o processo pelo qual as pessoas diagnosticadas com transexualismo precisam passar, evidenciando que esta é uma tentativa “desesperada” de normalização desses corpos a fim de que eles se conduzam a partir do padrão binário de sexo e gênero e da lógica heterossexual. A patologização da transexualidade não é a garantia de acesso das trans à saúde pelo SUS, mas a imposição de um modelo único de sexualidade. O transexualismo transforma as sereias em doentes incapazes de decidir sobre as mudanças que desejam realizar sobre o próprio corpo e que necessitam dos saberes psi para orientar e autorizar as suas escolhas.

Mesmo no campo da patologia, observamos que as sereias não são passivas nessa dinâmica, pois elas negociam incessantemente com os saberes psi e biomédico. Muitas já

⁴³ A campanha “Stop Trans Pathologization”, além da despatologização da transexualidade, se organizou em torno de outros quatro pontos: a retirada da menção de sexo dos documentos oficiais; abolição dos tratamentos de normalização binária para pessoas intersexo; livre acesso aos tratamentos hormonais e às cirurgias (sem a tutela psiquiátrica); e a luta contra a transfobia, propiciando a educação e a inserção social e laboral das pessoas transexuais (BENTO; PELÚCIO, 2012).

conhecem os protocolos da transexualidade, se informam com amigas e pela internet sobre o que podem ou não falar na frente da equipe de saúde, que é bem diferente daquilo que circula na sala de espera do serviço de saúde. Buscam atendimento psicológico, mas faltam com frequência ou mesmo abandonam o atendimento quando percebem que não irão receber o laudo que desejam. Vão as consultas com o psiquiatra, mas falam apenas superficialmente sobre as suas vidas, pontuando de modo enfático somente os aspectos envolvidos para o diagnóstico de transexualidade. Mesmo após a sujeição desses corpos a uma série de técnicas para a sua regulação, eles não são passivos, eles se reinventam a partir desse lugar e continuam a passear entre as fronteiras do feminino e masculino, pois estas linhas são fluidas e não rígidas, como veremos a seguir.

5 CORPO SAUDÁVEL = CORPO FEMININO

[Pisinoe] Eu acho que falta a gente primeiramente se sentir parte desse sistema. E esse sistema respeitar a singularidade do sujeito. Precisa garantir o processo de hormônio-terapia, de garantir todo o processo de mudança desse corpo, que é algo fundamental na construção dessa identidade travesti e transexual. Se o sistema garante verdadeiramente o que tá pautado no SUS esse processo de feminilização, esse processo todinho, esse é o ponto inicial para esse acesso das travestis e transexuais nesse sistema. Aqui a gente tem um exemplo que é o Posto J., que é onde as meninas se sentem muito mais a vontade, mas é muito rotulado essa história de prevenção de DST, diagnóstico. Tem que ter outros espaços para além desse, que trabalha coisas rotineiras, processo de prevenção, dor de dente, furúnculo, que nasce, a questão da hormônio-terapia, a gente precisa disso. Esse direito a saúde integral eu acho que vai passar pela garantia de transformação desse corpo. Porque se a gente chega no sistema e de alguma forma é invisibilizada, a gente não vai voltar nesse sistema não. É a mesma coisa se eu for a uma casa de show e for discriminada, eu vou falar mal daquela casa de show, e nunca mais vou lá. Então a mesma coisa é o serviço de saúde. Se eu chegar lá e perceber esses olhares, perceber essas pessoas olhando para mim de uma forma estranha eu não vou voltar naquele sistema. (Entrevista Pisinoe, 12/05/2013).

Quando comecei a conversar com as sereias sobre saúde, fazia perguntas sobre os locais que elas frequentavam quando estavam doentes, como era o atendimento, mas geralmente obtinha respostas vagas, dispersas, evasivas e algumas queixas sobre os atendimentos, mas casos pontuais. Isso fez com que questionasse se o meu problema de pesquisa era realmente um problema para as trans, se as questões relacionadas ao atendimento em saúde eram importantes para elas. Observava que a dinâmica das conversas mudava quando começava a realizar perguntas do segundo tópico do roteiro (Apêndice A), que discutia sobre os procedimentos que elas tinham realizado no corpo para a feminilização. O tom da conversa se transformava, elas ficavam relaxadas e mais empolgadas para continuar a entrevista, que tomava outro rumo, entre risos e descrições detalhadas sobre como é a aplicação de silicone, quais os hormônios que utilizam e seus efeitos, a indicação de clínicas estéticas da cidade etc.

Inicialmente, entendia esse fenômeno como uma fuga da minha temática de pesquisa, um desvio das rotas da minha viagem, mas só depois, ouvindo novamente as gravações, percebi que o processo de construção de um corpo “feminino” era o modo de produzir saúde para as trans com quem conversei. A garantia de mudança desses corpos é o que está em pauta para as trans, mesmo que alguns saberes ditos científicos determinem que a aplicação de silicone industrial e o uso de hormônios sem o acompanhamento médico sejam um modo de produzir doença. Para as sereias é justamente o contrário, é um modo de se produzir como sujeito, sujeito saudável. É a transformação desse corpo que as trans almejam quando se discute saúde e o que buscam quando vão a esses serviços:

[Pesquisadora] O que tu sente falta no serviço de saúde?

[Liban] Começa pelo tratamento desde a hora que você entra, eles te aceitam, eles te tratam pelo nome social, usando o gênero feminino, já começa por aí. Segundo passo, ter um ambulatório especializado, oferecendo tratamento específico para transexualidade tanto feminino como masculino [...] não precisa ser vários, a gente precisa de um núcleo que atenda o Ceará inteiro. Vai ser meio burocrático, mas já é uma conquista, porque é uma realidade que existem transexuais e é preciso atendê-las. A saúde em si precisa agregar a gente, nós temos direito à saúde. É preciso ter um ambulatório para te informar sobre o uso de hormônio, se tá fazendo efeito, se não tá. Porque tem isso, muitas com o sonho de ficar com o corpo mais feminino rápido acabam super dosando, acabam tendo um excesso de hormônio feminino no corpo. A gente precisa de um médico que acompanhe, que passe exames, que faça consultas periodicamente. (Entrevista Liban, 28/05/2013).

A mudança corporal que as sereias buscam não é qualquer uma, elas estão constantemente à procura de técnicas que as tornem mais femininas e, conseqüentemente, mais belas e saudáveis. Como esse processo não é facilmente realizado pelo SUS, necessitando a entrada delas no processo transexualizador, muitas buscam clínicas particulares para fazer implante de silicone ou a indicação de amigas sobre o uso de hormônios. Além disso, existem procedimentos estéticos que não são contemplados no processo transexualizador e que são apontados como fundamentais para as trans, como a depilação a laser para retirada dos pêlos que continuam crescendo mesmo com o uso de hormônio. “A barba era o que mais me incomodava. Se olhar no espelho e se ver mulher, aí a barba era algo que incomodava demais. Que não permitia que a gente olhasse para além do gênero”, relata Aglaope.

A lista de procedimentos feminilizantes relatada pelas sereias é enorme. A cada conversa com elas, surgia uma técnica nova que era explicada com enorme paciência para a pesquisadora que desconhecia tantos avanços no campo da medicina estética. Muitos gastos financeiros são feitos para moldar esse corpo e deixá-lo feminino. Liban brinca: “É muita coisa, ser trans é caro. Devia ter uma bolsa-trans!”. Essas transformações não têm fim, é um processo que nunca se encerra, o corpo trans está sempre inacabado (PELÚCIO, 2007). Todas as sereias com quem conversei já tinham realizado várias intervenções corporais, porém, a resposta sempre era positiva quando perguntava sobre o desejo de realizar novos procedimentos estéticos.

A produção de um corpo feminino é a tentativa de adquirir inteligibilidade na nossa sociedade baseada no padrão binário masculino/feminino, no qual o ambíguo apresentado pelas sereias é impossível. A norma sexual prescreve como devemos nos comportar, quem desejar e em quais lugares devemos sentir prazer a fim de controlar e docilizar os corpos, impedindo que novas práticas surjam. Obedecendo de modo coerente a tais regras sexuais é que conseguimos alcançar inteligibilidade social como verdadeiros

sujeitos. O gênero possibilita que sejamos reconhecidos como humanos em nossa sociedade. Precisamos, para isso, responder a determinada linearidade instituída e naturalizada entre sexo, gênero, práticas sexuais e desejos (BUTLER, 2010).

O gênero humaniza, é a partir dele que ganhamos o status de humanos, mas aqueles que não correspondem à lógica da normalidade de gênero ficam no domínio do desumanizado, do abjeto (BUTLER, 2010). É o caso de travestis e transexuais que têm o seu modo de existência negado por subverterem a norma. O sistema compulsório de gênero é punitivo na medida em que coage e violenta aqueles que não desempenham corretamente o seu gênero. A forma lógica e correta de seguir a norma de gênero é agindo a partir da matriz heterossexual e correspondendo ao que é esperado do binarismo homem/mulher. Os gêneros incoerentes, que escapam à matriz heteronormativa, são interditados e proibidos. Os que falham tornam-se alvo de constantes regulações, como a patologização desses indivíduos. A heterossexualidade compulsória não afeta apenas indivíduos classificados como heterossexuais, mas marca principalmente os que estão fora da norma, os sujeitos ininteligíveis.

Vamos discutir, nesse capítulo, as práticas envolvidas na tentativa de produção de corpos saudáveis, femininos e inteligíveis pelas sereias. Essa problematização será desenvolvida a partir de uma perspectiva *queer*⁴⁴. Mas o que seria *queer*? A sua tradução literal para o português pode ser “estranho”, “raro”, “esquisito”, “ridículo”, aquilo que não está na norma. Guacira Louro (2008), na apresentação do seu livro *Corpo Estranho*, tenta definir o que seria ou não *queer*, mas não consegue chegar a uma conclusão fechada, apontando, ao final do texto, que “tudo pode ser *queer*. E tudo pode deixar de sê-lo. É tudo uma questão de jeito. Um passo certo demais atrapalha. Mas um passo em falso também”.

Podemos pensar, a partir desse jogo, que o elemento central para nomear algo como *queer* é a subversão, o deslocamento e a desconstrução. Mas, como diria Louro (2008), a própria tentativa de definir e classificar o que seria *queer* “não parece nada *queer*”. O *queer* não é totalizante. O termo *queer* pode funcionar não só como um adjetivo, mas também como substantivo ou até mesmo verbo, seria o equivalente a estranho e estranhar. “Originalmente”, a palavra *queer* tem sido utilizada como xingamento na língua inglesa. É uma gíria empregada para desqualificar as sexualidades tidas como desviantes. Seria análogo a “bicha”, “sapatão”,

⁴⁴ O movimento *queer* tem como base as discussões acadêmicas que surgiram nos Estados Unidos no final da década de 1980. O uso do termo *queer* pelos teóricos visava demarcar uma crítica e diferença em relação aos estudos de gênero e das minorias sexuais, pois essas correntes teóricas mantinham a lógica binária e a heterossexual naturalizadas. Tereza de Lauretis cunha a denominação “*Queer Theory*” em uma conferência em fevereiro de 1990 (SPARGO, 2009). Os estudiosos *queer* buscavam realizar uma análise que questionasse a instituição de processos normalizadores da sexualidade.

“veado”, “macho-fêmea”, “baitola” etc. Subvertendo esse sentido “original”, degradante e vergonhoso, o movimento *queer* se apropria do termo e o ressignifica. *Queer* deixa de ser compreendido como um adjetivo pejorativo e ofensivo para dar lugar à potência e à criatividade nesse espaço inicialmente forjado para a exclusão e abjeção. Então, *queer* passa a ser utilizado como forma de marcar aqueles que não “obedecem” ao padrão heteronormativo, sujeitos que borram as fronteiras de sexo e gênero e colocam em discussão os padrões que determinam o modo normal de se viver a sexualidade, a naturalização do binarismo de sexo/gênero e a heterossexualidade compulsória (BUTLER, 2002, 2010; PRECIADO, 2008). O movimento *queer* busca transgredir as normas sexuais, fazendo um contraponto à noção de normalidade.

5.1 Pedagogia do feminino: o gênero como se fosse natural

Marquei a entrevista com Liban, filha⁴⁵ de Pisinoe, no local sugerido por ela, na Faculdade onde estuda. Aguardo até 18:40h, como combinado, e ligo avisando que estou na recepção. Espero sentada em um sofá que fica na entrada da faculdade. Pouco depois, escuto assovios, avisto uma pessoa muito alta desfilando em direção à entrada, ela passa por mim, entendo que aquela é Liban, chamo o nome meio que perguntando e ela se vira, quase como numa cena de cinema, jogando os cabelos para trás. Ela parece surpresa ao me ver e eu também sinto o mesmo. Liban parece muito com uma modelo, me sinto muito baixa ao seu lado, os passos são de quem está em uma passarela esperando os flashes, ainda estou admirada com a figura. Ela está vestida com uma calça colada, camiseta regata que torna visível o seu sutiã, o tênis é o da última moda, agora acho que ela esperava mais glamour da entrevistadora. Sinto-me observada ao andar com ela nos corredores da faculdade, parece que estão filmando cada passo. Sentamos em uma mesa da cantina, explico o tema da pesquisa e pergunto se posso gravar, ela concorda. Liban é muito comunicativa, consegue se expressar com facilidade e faz a conversa fluir naturalmente, como se estivesse acostumada com o close. Não consigo parar de olhar o seu rosto sem sinal de barba, afinado e desenhado pela maquiagem, os cabelos estão prontamente escovados e jogados de lado, os movimentos são contidos, a voz é expressiva e delicada. Olho para Liban como se fosse uma pintura, parece que ela produz arte com seu corpo, todas as modificações realizadas descritas por ela parecem

⁴⁵ As trans mais novas geralmente possuem uma mãe ou madrinha que é responsável por ensinar à filha a tornar-se mais feminina.

mais uma pincelada. Saio da entrevista hipnotizada com a figura esguia que anda desfilando em uma eterna passarela.

Toda a produção de Liban é resultado de inúmeras intervenções, muitas vezes realizadas com o auxílio de trans mais experientes, mães e madrinhas. Essas figuras são apontadas pelas sereias como fundamentais na sua construção como trans, pois é com elas que são trocadas fórmulas de hormônio-terapia, contatos dos cirurgiões plásticos, indicação de clínicas de depilação. Além disso, são elas quem ensinam como andar, olhar, posar para a foto, impostar a voz, arrumar o cabelo, fazer maquiagem etc. Pisinoe conta que conheceu a sua filha Liban na faculdade, “quando ela chegou ainda era um menininho, gayzinho safado”. Foi com a ajuda e instruções dela que Liban se construiu como trans/mulher, como ela mesma narra:

[Liban] A Pisinoe me ensinou muitas coisas. Ela dizia, Liban, trans mulher não faz depilação em braço, mulher só toma banho de lua⁴⁶ para clarear os pêlos. Mulher não depila perna e coxa, depila só a perna e a coxa a gente só toma banho de lua. Mulher não age assim, mulher age assim! A gente tem que agir assim. Elas vão me dando dicas, me dando toques para a gente poder seguir um caminho, ter um norte, alguém que te transmita conhecimento. (Entrevista Liban, 28/05/2013).

Cabe às sereias mais velhas esclarecer a arte de se construir como trans e às suas pupilas ficarem atentas a cada dica. Foi Pisinoe quem instruiu Liban em cada minúcia sobre como “ser mulher”, corrigindo os passos errados e explicando novas práticas. Não é apenas a retirada dos pelos ou o aumento dos seios e quadril que são transformados pelas sereias; tão importante como essas marcas corporais é o treino para conseguir uma voz mais fina e delicada, os gestos contidos e o andar acompanhado de um rebolado. Essas últimas características citadas seria a revelação de uma verdadeira interioridade/alma feminina, pois muitas colocam silicone, usam hormônio, mas estão constantemente justificando que a voz está mais grave por causa de uma inflamação na garganta, que é constante, pois em todo novo encontro é apresentada igualmente essa mesma explicação. Essa separação entre os comportamentos e os traços corporais só foi possível com a construção da categoria gênero.

Alguns autores apontam que os trabalhos produzidos na década de 1970 pelo sexólogo Jonh Money⁴⁷ foram um dos principais marcos para a formulação da teoria que separa sexo e gênero (FAUSTO-STERLING, 2002; PRECIADO, 2008; MÉLLO; SAMPAIO, 2012). Money e sua equipe trabalhavam atendendo crianças que apresentavam genitália ambígua, intersexualidade. Money defendia que até os 18 meses era possível moldar o gênero

⁴⁶ Banho de lua é um processo de clareamento dos pêlos que utiliza, geralmente, uma mistura à base de água oxigenada.

⁴⁷ Para mais detalhes sobre os casos atendidos por Jonh Money, consultar Corrêa (2004) e Machado(2008).

de uma criança, independente da genitália que esta apresentava no nascimento. Algumas feministas também foram influenciadas durante a década de 1970 por essa noção de que o sexo é algo diferente do gênero. Elas compreendiam que, do mesmo modo como o gênero era construído a partir das relações sociais, este também poderia ser modificado com o intuito de acabar com as desigualdades entre homens e mulheres. O gênero seria o grande responsável pela diferença entre os papéis masculinos e femininos, como a divisão do trabalho e a disparidade entre os salários.

Nesse período, as feministas buscavam desnaturalizar a noção de gênero, apontando que esta era culturalmente construída, isso possibilitou o questionamento sobre os papéis fixos de masculinidade e feminilidade. Muitos avanços foram obtidos a partir das lutas feministas da década de 1970, como a emancipação política e social das mulheres. Porém, Butler (2010) aponta que essas manifestações pela igualdade de direitos pautavam-se em uma identidade essencializada sobre quem seriam essas mulheres. Essa estratégia identitária se tornava necessária, pois o sistema jurídico impunha que, para exigir e obter os seus direitos, as mulheres precisavam construir um “perfil” de mulher universal. Dessa forma, para que fossem representadas política e juridicamente, uma ficção identitária do indivíduo mulher foi estabelecida (BUTLER, 2010).

Diversos aparatos sustentaram e continuam sustentando a naturalização da noção de gênero quando, por exemplo, as políticas públicas se organizam a partir do modelo binário homem/mulher. No Brasil, diversas políticas públicas foram construídas a partir desse modelo identitário, como o “Plano Nacional de enfrentamento da epidemia de Aids e das DST”, que possui dois modelos, o masculino (BRASIL, 2007) e o feminino (BRASIL, 2009c). Esses documentos se pautam na noção de que o gênero seria apenas uma expressão do sexo. Dessa forma, essas duas categorias permanecem coladas como se fossem uma só. Na medida em que o modelo político identitário determina que o sujeito jurídico mulher, por ele representado, precisa apresentar em sua natureza características que sejam comuns a todas as mulheres, o movimento feminista vai em busca de algo que una e represente o coletivo “mulher”. A estratégia utilizada como ponto de coesão foi o processo de vitimização das mulheres pelo “patriarcado”, como se apenas os indivíduos do sexo feminino fossem afetados por esse modelo de sexualidade.

Existia uma contradição problemática na luta das feministas nesse período, pois, ao mesmo tempo em que estas questionavam os papéis de gênero, também precisavam delimitar fronteiras apontando as características das vítimas desse sistema que institui a superioridade masculina. Essa dinâmica impossibilitava que outros modos de “ser mulher”

pudessem emergir. A ficção mulher precisava ser continuamente contada e recontada para se tornar real, não só na política como também em todos os outros espaços do cotidiano. O que estava em jogo na crítica feminista não era a diferença anatômica entre pênis e vagina; esta continuaria como uma verdade/realidade inquestionável por ser um dado da natureza. Por outro lado, as diferenças relativas aos direitos políticos e trabalhistas poderiam ser problematizadas já que eram uma questão social e cultural. O problema que essa teoria provocou foi que muitos estudiosos começaram a utilizar argumentos biológicos para justificar as diferenças entre homens e mulheres, já que estes não poderiam ser discutidos.

Se a realidade do corpo e as diferenças dos sexos são uma verdade instituída, poderiam explicar o fato de as mulheres receberem menores salários, “comprovando” que seus cérebros não são cognitivamente tão desenvolvidos quanto o dos homens. Assim, as mulheres devem se dedicar ao lar, já que as mudanças hormonais das quais elas são “vítimas” atrapalhariam suas atividades na vida política. Esses estudos podem esclarecer que os homens são mais agressivos, competitivos, sexualmente ativos e propensos à infidelidade por causa dos hormônios. Portanto, é possível justificar uma série de desigualdades presentes na vida diária de homens e mulheres recorrendo-se à sua natureza sexual. As explicações biológicas transformam as diferenças entre homens e mulheres em algo atemporal, que existe desde a origem da espécie humana, fazendo parte da sua evolução. Isso implica que as desigualdades de gênero são fixas, universais e imutáveis, não adianta lutar para transformá-las. O dimorfismo de sexo é algo natural e se apresenta através de diferentes marcas corporais: as mulheres são as únicas capazes de ficar grávidas, portanto, devem ser as responsáveis pela criação dos filhos, por exemplo. Os casos em que a regra geral não se aplica, como o fato de algumas mulheres serem inférteis, são classificados como exceção à regra, não sendo motivo para modificar a premissa geral.

Nesse embate, as explicações biológicas vão sempre vencer, pois estão pautadas em um modelo de ciência que estaria mais próximo da verdade e objetividade se comparado com as ciências humanas/sociais. Há, dessa forma, uma naturalização da cultura através de estratégias políticas, jurídicas e médicas. Ocorre uma essencialização e universalização das identidades de gênero, que acabam determinando o modo como a sociedade se organiza. A partir da imposição e naturalização do dimorfismo sexual, os questionamentos sobre o gênero se enfraquecem. Nesse momento, as formas de entender não só a “feminilidade” como também a “masculinidade” começam a ser problematizadas e repensadas, entendendo que os papéis de gênero não são uma entidade fixa e universal. Os modos de “ser homem” e “ser mulher” são experiências singulares, que não podem ser compreendidas como homogêneas.

Dessa forma, começam a despontar estudos relativos à masculinidade que buscavam criticar a visão hegemônica de homem forte, viril e violento (MEDRADO; LYRA, 2008; BEIRAS; NUERNBERG; ADRIÃO, 2012). Essas produções elaboradas a respeito da masculinidade têm sido importantes para entender que a noção de gênero também produz efeitos nas vidas dos homens. A construção da sexualidade masculina e feminina ocorre de modo simultâneo nas relações cotidianas. É o mesmo sistema de poder que controla a instituição de um padrão único de ser mulher e ser homem. Esses modelos que regem a vida de meninos e meninas desde a infância não são radicalmente opostos ou divergentes, mas são estabelecidos de modo contínuo nas relações sociais:

Nós só podemos escrever a história desse processo se reconhecermos que ‘homem’ e ‘mulher’ são, ao mesmo tempo, categorias vazias e transbordantes. Vazias, porque não têm nenhum significado último, transcendente. Transbordante, porque mesmo quando parecem estar fixadas, ainda contêm dentro delas definições alternativas, negadas ou suprimidas. (SCOTT, 1995, p. 93).

Tais experiências negadas ou suprimidas nos modos de ser mulher ou homem podem ser observadas na identidade do sujeito jurídico proposto pela primeira corrente feminista. Nesse primeiro momento, as mulheres representadas pelo feminismo eram brancas, de classe média, cristãs, escolarizadas e heterossexuais. Ocorre, nesse período, uma invisibilização de outras experiências do feminino, como a de mulheres pobres, negras e/ou lésbicas. O problema é que não há esse ser transcendente mulher, que seria o reflexo de todas as mulheres. A impossibilidade de fazer referências a todas as mulheres a partir de um único padrão estabelecido começa a ser alvo de críticas. As questões de classe social, etnia, nacionalidade, religião e orientação sexual tiveram que ser integradas aos estudos sobre gênero, pois não há uma forma única de se viver o feminino. Os preconceitos e violências sofridos por mulheres negras e pobres provavelmente são diferentes daqueles vividos por mulheres brancas e de classe média. Essas experiências mostram que existe uma rede maior de desigualdades que atravessa as lutas de gênero. A disparidade não está presente apenas nas relações entre homens e mulheres, mas também entre brancos e negros, homossexuais e heterossexuais, ricos e pobres, estando todos esses elementos entrelaçados.

Nesse sentido, muitos grupos foram formados paralelamente ao movimento feminista a fim de visibilizar as experiências de mulheres que não se encaixavam no padrão identitário de mulher imposto. Consequentemente, isso possibilita a problematização da instituição de uma identidade “mulher” homogeneizante, pois esta se mostra insuficiente para pautar demandas, inclusive politicamente. Visibilizar esses problemas possibilita que outras reivindicações emergjam, pois, ampliando a experiência do que significa ser mulher e homem e

de como essas categorias estão conectadas com outras, abre-se espaço para historicizar e contextualizar culturalmente tais experiências. O gênero é “(1) um elemento constitutivo das relações sociais baseadas nas diferenças percebidas entre os sexos e (2) o gênero é uma forma primária de dar significado às relações de poder” (SCOTT, 1995, p. 86). Essa definição de gênero proposta por Scott marca esse momento de transição dos estudos feministas que põe em discussão os efeitos dessa categoria na sociedade e nas instituições.

Por outro lado, o sentido de gênero indicado por Scott (1995) não problematiza o binarismo de gênero, a heterossexualidade instituída como norma ou a naturalização do sexo (BENTO, 2006). Apenas homens e mulheres heterossexuais são compreendidos como sujeitos, essas são as duas únicas formas possíveis de existência. Os corpos que transitam ou não encontram no modelo homem/mulher a “compreensão” da sua experiência são excluídos e deslegitimados. O sexo continua como elemento central que marca e determina o gênero. O corpo permanece sendo compreendido como um dado da natureza que se organiza a partir da dicotomia macho-fêmea. No final da década de 1980, algumas teóricas feministas ou pós-feministas, como Judith Butler e Teresa de Lauretis, propõem que a noção de gênero adotada tanto em estudos acadêmicos como nos movimentos políticos fosse debatida (PRECIADO, 2008). Esses novos estudos buscavam desconstruir a ideia de uma identidade feminina, que tinha sido empregada, até então, como estratégia política. Essas autoras perceberam que não bastava apenas problematizar a categoria gênero, como aconteceu no início do movimento feminista. A naturalização da noção de sexo também precisava ser repensada e criticada.

O livro *Problemas de gênero: Feminismo e subversão da identidade*, de Judith Butler (1980/2010), é um dos principais marcos nessa mudança dos estudos de feministas. São discutidos nessa obra o problema e o perigo de usar categorias identitárias para unificar e lutar politicamente pelos direitos de um segmento da população. O sujeito mulher, do qual tem se valido o movimento feminista, é uma ficção que geralmente torna invisível a heterogeneidade presente em tal grupo. Quando a diversidade que compõe o movimento feminista se apresenta, ela é expressa através do artifício linguístico “etc.”. Ao enumerar uma série de “adjetivos” que caracteriza a multiplicidade de vivências existentes no “coletivo mulheres”, tal lista finaliza com um etecetera. Afirmar que o feminismo agrega mulheres de diferentes cores, etnias, religiões, classes sociais e orientação sexual não é suficiente para dar conta da singularidade dos sujeitos que se identificam com a categoria mulher. O “etc.” visibiliza a limitação do artifício de buscar uma identidade plural, globalizante e não excludente (BUTLER, 2010).

A identidade, o sexo e o gênero não são mais categorias emancipatórias que funcionaram como meio para produção de políticas e um modo de agregar um grupo que se identificava pela opressão sofrida. Essas estruturas são coercitivas e regulatórias, mesmo que em sua proposta inicial se vislumbrasse a emancipação. A busca de uma unidade jurídica e política que representasse a mulher termina por rejeitar a pluralidade e os entrelaçamentos entre o gênero e outros processos sociais. Essa estratégia identitária é colocada em questão por Butler (2010) a partir da desconstrução não só da noção de gênero como também de sexo. O sexo é uma categoria que possui história e, assim como o gênero, só faz sentido em determinada cultura, conforme discutiremos no próximo tópico. Se nem sexo nem gênero fazem parte de uma suposta “natureza humana”, então podemos pensar nas classificações macho/fêmea e masculino/feminino como produções estruturadas em uma rede complexa de forças que pressupõe determinadas práticas de saber, poder e de si.

Os corpos são classificados desde o nascimento a partir de uma matriz binária, na qual só é possível reconhecer a existência de sujeitos homem ou mulher. Porém, ao adentrar o espaço do Hospital M., meu lugar como mulher passa a ser colocado em questão. Leucósia é uma paciente do ambulatório, que frequenta o serviço esporadicamente (só a encontrei uma vez em minhas visitas). Assim que chega próximo ao grupo de trans que aguarda o atendimento no corredor, ela se dirige a mim com uma expressão de espanto: “mas tu é trans?”. Antes que eu possa responder, Parténope diz “não, ela é a doutora” aos risos, pois já sabe que não gosto de ser chamada de doutora. Digo a Leucósia: “não sou, mas poderia ser”, que me responde “gostei da resposta” e começa a apontar entre as pacientes quem parece ou não com mulher, chegando à conclusão que Iara e Parténope são as mais femininas do grupo. A mesma questão de Leucósia surgiu outras vezes, principalmente com a chegada de novas pacientes.

Aquilo que Leucósia reconhece como pertencente ao feminino não é natural, mas se materializa quando ela começa a apontar para as sereias. Eu, que desde o nascimento fui reconhecida socialmente como mulher, tive que produzir novamente esse lugar no campo do feminino com a pergunta de Leucósia. A construção do gênero não é “privilegio” de travestis e transexuais, pois mesmo aqueles que são reconhecidos desde o nascimento como homem e mulher precisam compulsoriamente reiterar a norma sexual vigente para assim ser reconhecido como sujeito. Dizer que o gênero é produzido não é negar a força da sua materialidade. O sexo/gênero são categorias que produzem continuamente uma sociedade falocêntrica e heteronormativa. É o fato de ter ou não o falo/pênis que determinará qual lugar um corpo irá ocupar no sistema binário de sexualidade. A matriz heterossexual estabelece que

homens e mulheres devam ser marcados pela oposição e complementariedade. Tanto o sexo macho/fêmea como o gênero feminino/masculino são marcados pela diferença: pênis/vagina, virilidade/submissão, público/privado, força/fragilidade. Esse suposto antagonismo é o que produz equilíbrio, na medida em que, unidos, tornam-se um inteiro. É a lógica da reprodução que institui a heteronormatividade. A sexualidade, o prazer e o gênero devem obedecer a tal coerência, pois o objetivo do sexo é a perpetuação da espécie.

O sexo e o gênero não são a origem dos prazeres, das divisões do trabalho, do comportamento das pessoas, mas são produtos das relações de poder. Múltiplas práticas e instituições re-naturalizam o binarismo de sexo e de gênero. As cores, as roupas, as profissões tornaram-se generificadas em nossa sociedade: o mundo é dividido em coisas de homem e de mulher. Dessa forma, o feminino e o masculino passam a ter um caráter real/natural e os que fogem à norma de gênero são percebidos como exceções e perversões que findam por confirmar a regularidade da regra (PRECIADO, 2002). A produção dos estereótipos de masculinidade e feminilidade ocorre desde a infância com a cor do material escolar, os brinquedos, os jogos, as propagandas, os filmes. Tudo isso institui modelos ideais de gênero. Essas práticas são efeitos das normas sexuais e não expressão natural da interioridade de pessoas com pênis e vagina.

O corpo não é naturalmente sexuado, mas a sexualidade socialmente construída amplia relações de poder específicas. A naturalização dessa dinâmica indica o sucesso e a concretização da norma. Isso busca impedir e suprimir a complexidade e diversidade nos modos de existência. O dispositivo da sexualidade possui grande instrumentalidade servindo de apoio para diferentes articulações, controlando e regulando os sujeitos em sua individualidade e ao mesmo tempo possibilitando a administração da população. O poder se ramifica em diferentes espaços através do dispositivo da sexualidade em sua busca compulsória para acessar a totalidade do corpo-individual e do corpo-social. No século XVIII, a regulação e a produção do saber-poder relativas à sexualidade começam a ser associadas à problemática da “população” e as práticas sexuais passam a ser compreendidas a partir de uma dimensão econômica e política. É necessário quantificar, analisar o número de casamentos, de celibatários, de nascimentos legítimos e ilegítimos, isto é, saber como as pessoas vivenciam sua sexualidade a fim de construir uma sociedade saudável e numerosa (FOUCAULT, 2009b).

Desde então, a vida de cada indivíduo é vigiada e regulada desde a infância, o seu corpo é adestrado, examinado, medicado para a economia dos prazeres e eficácia de produção e rendimento. O corpo social, através dos mecanismos do poder-saber do sexo, também é

regulado pela vigilância da saúde infantil, higienização das condutas sexuais, institucionalização dos sujeitos perversos, controle demográfico e outras medidas. A sexualidade se constitui como um objeto central na regulação da vida, ela “está exatamente na encruzilhada do corpo e da população” (FOUCAULT, 1999, p. 300). A estruturação do poder sobre a vida, o biopoder, deu-se através de dois eixos: a biopolítica e a disciplina. O eixo da biopolítica está responsável pelo controle da população, do corpo-espécie, e isso se dá através da análise de dados estatísticos, estimativas demográficas, previsões globais etc. A finalidade da biopolítica é atingir um equilíbrio social e, para isso, é necessário ficar atento aos fenômenos das massas. O poder disciplinar é responsável pela normatização do corpo individual, corpo-máquina que deve ser adestrado e docilizado mediante diferentes técnicas, como os exames, exercícios, diagnósticos, vigilância hierárquica, sanções normalizadoras, entre outras. A anatomo-política do corpo humano tem como finalidade a produção de corpos economicamente úteis e politicamente dóceis (CASTRO, 2009).

O sexo funcionou como elo desses dois eixos do poder. A biopolítica pôde se fazer presente ao controlar a população através do registro das taxas de natalidade e mortalidade, de dados sobre descendência, saúde pública etc. Esses procedimentos só se tornaram possíveis por estarem associados a técnicas disciplinares, como a sexualização da infância, a histerização da mulher, a medicalização e patologização dos sujeitos perversos, entre outras. Todas essas técnicas continuam a agir sobre os corpos, regulando, principalmente, aqueles que escapam da norma sexual instituída.

A tentativa de controle das pessoas trans mostra como essa categoria identitária é “impossível”, pois expõe o contrassenso de definir o seu gênero. Como vimos, o gênero é o que nos humaniza e a confusão de múltiplas possibilidades sexuais na qual as trans se encontram imersas provoca desconforto e produz exclusão. As sereias são destinadas ao domínio do abjeto, não ganhando o status de sujeito por não obedecerem à matriz heterossexual. A experiência trans provoca uma quebra do regime heterossexual e um deslocamento do poder. Na medida em que se embaralha a noção de uma heterossexualidade obrigatória e presumida, esta passa a ser volitiva e optativa. A coerência linear esperada entre sexo, gênero e desejo é subvertida.

O discurso comumente pronunciado pelas pessoas trans de que há um gênero feminino preso em um corpo masculino, ou um gênero masculino encarcerado em um corpo feminino, aponta uma falha na matriz heteronormativa (BENTO, 2006). Ao romper com a suposta lógica de que o gênero corresponde naturalmente ao sexo, isto é, que o feminino faz par com vagina e o masculino com pênis, ocorre um deslocamento no sistema total da

heterossexualidade. “O travesti subverte inteiramente a distinção entre o espaço psíquico interno e o externo, e zomba efetivamente do modelo expressivo do gênero e da ideia de uma verdadeira identidade de gênero” (BUTLER, 2010, p. 195). A aparência externa é feminina (maquiagem e roupas), mas o corpo, internamente (cromossomos, testosterona), é masculino. Essa dupla incoerência entre o interno e externo também pode se configurar como o externo (pênis e pelos) é masculino, mas o eu, interno (identidade de gênero e personalidade), é feminino (BUTLER, 2010).

Nesse jogo, não há um juízo de valor que afirma e sentencia que as pessoas trans são um modo de vida mais político e sempre subversivo se comparadas com as pessoas que estão em concordância com o padrão de gênero instituído. As trans, em seu movimento de fuga da regra, podem ser capturadas pelo dispositivo da sexualidade, que atravessa o saber médico e psicológico. Nessa apreensão, seus corpos são disciplinados, controlados e readequados à norma. A busca por um retorno à regularidade nos corpos trans pode ser observada na heterossexualização dos seus desejos. Esse gênero interno aprisionado em um corpo errado tem, inquestionavelmente, como objeto de amor o seu oposto. Afinal, para se sentir como uma mulher de verdade, está implícito que se deve desejar sexualmente um homem como parceiro sexual. Esse desejo heterossexual se materializa de modo violento quando se torna um dos principais pré-requisitos para ser diagnosticado como um transexual verdadeiro e, conseqüentemente, conseguir realizar a cirurgia de redesignação sexual (BENTO, 2006). O sujeito, para ser reconhecido como tal, precisa ser portador de uma identidade coerente e contínua que corresponda à heteronormatividade e ao sistema binário de sexo/gênero.

A vivência das sereias é diversa, a coerência e a continuidade são rompidas constantemente. Leucósia aparenta ter mais de 50 anos, tem o cabelo curto, está de vestido e bastante maquiada, com brinco e colar. Conta que é a primeira vez que vai de mulher para a consulta no Hospital, relata que foi criada como homem, mas que na adolescência o corpo ficou todo arredondado e que tem seios até hoje, mesmo sem tomar hormônio. Ela diz que se relacionava com outro homem e este sempre dizia que ela era mulher e Leucósia rebatia que era homem. Trabalhou em uma casa de massagem até pouco tempo, mas foi demitida por ser lésbica, segundo os gays com quem trabalhava. Agora, Leucósia decidiu que será mulher e por isso está em tratamento no ambulatório. O binarismo de gênero não é suficiente para apreender a existência de Leucósia, que já foi homem, homem com seios, gay, lésbica, mulher, tudo isso e nada disso também. A experiência de Leucósia (e de todos nós) é singular,

não é possível ser categorizada em uma norma que só permite duas possibilidades, masculino-pênis e feminino-vagina.

Leucósia apresenta uma amiga, Aglaufone, que tem dificuldade para falar e se fazer compreender; é Leucósia quem a ajuda no processo de comunicação repetindo o que a amiga falou. Aglaufone, assim como Leucósia, também tem o cabelo curto e está vestida com uma camisa e calça pantalonada, como ela depois explicou para outra paciente. Noto que Aglaufone está com sono e Leucósia explica que a amiga está cansada, pois trabalha à noite. Iara logo pergunta onde, Aglaufone mostra, orgulhosa, o crachá pendurado em seu pescoço: é de uma empresa de grande porte da cidade. Ela explica que é muito respeitada no seu trabalho, mas que lá se veste de homem. Iara interrompe: “nunca conseguiria fazer isso, sou mulher, e me visto assim 24 horas”. O se vestir como mulher é um trabalho minucioso e não se restringe às peças de roupa, mas se amplia no constante retoque da maquiagem de Iara, que é observado atentamente por Leucósia, iniciante no processo de produção do feminino.

As sereias revelam em suas práticas como as noções de masculino e feminino são produzidas no cotidiano através de diferentes métodos. É com a ajuda das mães e madrinhas que os “gayzinhos” vão tomando forma de mulher trans. Desse modo, a construção da feminilidade ocorre no cotidiano a partir de várias orientações. Com isso, as trans evidenciam a pedagogia do gênero em que cada parte do corpo deve ser observada, controlada e adestrada, desde a impostação da voz ao andar, os gestos, ao sorriso e à pose para a foto. O pretense status de natural do gênero é rompido com os modos de vida trans, que evidenciam em suas práticas o seu caráter artificial ao produzi-lo diariamente. As sereias subvertem as normas de gênero desnaturalizando o que é ser homem e mulher.

5.2 Corpos fluidos: produções tecnofarmacológicas

Era visível o rebuliço provocado pela passagem de travestis no meio da multidão, era algo a ser observado, registrado com fotos, algo fora do cotidiano, figuras emblemáticas. O trânsito desses corpos chamava atenção de todos em volta, eram mulheres com pernas super longas, bunda e peito grande proporcionado pelo uso de silicone, provavelmente industrial, cabelos ou perucas compridas. Os corpos por si só já atraem os olhares, mas a produção e a montagem não param aí, mas se radicalizam no uso de roupas super coloridas, brilhosas, em sua maioria curtas e decotadas para mostrar as curvas do corpo modificado, fantasias sexuais como bombeira, empregada doméstica, heroína de desenho animado (mulher maravilha, mulher gato), noiva etc. A maquiagem super elaborada, cheia de cor e brilho, chamava atenção para alguns rostos mais femininos, outros destoavam pelas feições pouco delicadas e masculinas, as sandálias eram bastante altas, o que destaca ainda mais o seu corpo do restante da multidão. A passagem de um grupo de travesti provocou um sujeito que vendia produtos para a multidão e que afirmava espantado

para o colega “parece mulher, mesmo, macho⁴⁸”. A maioria das travestis interrompia a dança para tirar fotos, muitas fotos; quando percebiam a presença de uma máquina fotográfica paravam e faziam uma pose que permitisse apresentar todo o desenho do corpo de forma provocante e sensual. As travestis mais velhas estavam mais cobertas, mas com roupas sempre chamativas e em sua maioria com leques que abriam quando passavam. Quando elas passavam por um grupo de policiais, era possível ver esses homens rindo, mas ao mesmo tempo seguindo esses corpos com o olhar de dúvida e encanto. Vi duas travestis andando com os seios à mostra, as duas tinham os seios relativamente pequenos, provavelmente resultado do uso de hormônio. Uma delas tirou várias fotos com alguns homens segurando seus seios desnudos; era perceptível que as pessoas se sentiam mais à vontade para chegar e falar com as travestis, pegar, bater foto, falar uma piada, passar uma cantada etc. (Diário de Campo, XIII Parada pela Diversidade Sexual do Ceará, 24/06/2012).

Os corpos das sereias chamam a atenção por onde passam, é difícil passarem despercebidos. Mesmo na Parada pela Diversidade, na qual muitos estavam fantasiados, com roupas coloridas, eram as trans que davam o close, posavam para as fotos, eram admiradas, tocadas, faladas. Nos serviços de saúde, no posto, no Hospital M., a entrada das trans é facilmente notada, todos olham quando elas passam, comentam, riem, fazem piada, contemplam. A presença das sereias dificilmente é ignorada, pois o incômodo e a curiosidade se instalam com a sua presença. Esses corpos provocam desconforto na medida em que produzem rupturas de convenções: é revelada a ambiguidade, traço de barba recém-tirada, pomo de Adão, mãos e pés grandes contrastando com o silicone nos seios e quadril, formas arredondas pelo uso do hormônio, cabelos longos, roupas apertadas e decotadas. É a quebra da linearidade que se expõe. Os olhares incessantes são uma forma sutil de violência, uma busca por coerência.

A saúde desses corpos é produzida justamente durante a tentativa constante de apagar a ambiguidade, de disfarçar e exterminar os traços considerados masculinos. Cuidar da saúde é transformar esse corpo em algo belo e feminino, que poderá ser admirado e olhado. Inúmeras são as tecnologias utilizadas para alcançar o almejado corpo feminino, desde o uso de hormônio até cirurgias plásticas. Entre as sereias com quem conversei, quase todas ou já fizeram ou pretendem fazer cirurgia plástica. A mais comentada é a de implantes nos seios, mesmo sendo um procedimento que envolve alto custo financeiro, com o qual a maioria não tem condição de arcar:

[Pisinoe] É muito caro ser travesti, é muito caro. Você tem que abrir mão de um monte de coisa para tentar ficar bonita. Tentar! Porque é muito caro esses procedimentos todos. Por exemplo, eu ando de ônibus. Eu acho que a prioridade inicial é a autoafirmação própria... Se esse sistema de saúde não permite isso, não permite nem as minhas consultas rotineiras e essa transformação do corpo é algo tão emergencial. É a sua transformação, que é algo prioritário. Na vida da travesti a mudança desse corpo é algo prioritário, algo que você *nega, seu biológico*

⁴⁸ No Ceará, homens se referem a outros na conversação usando o termo “macho”.

masculino... Essas questões todas você nega. Essa transformação é algo prioritário. Aí eu toco em um ponto super interessante, quando a gente fala sobre a prostituição de travestis, tráfico de seres humanos e travestis. Essas questões todas estão implicadas no processo de transformação desse corpo. É a garantia de transformação desse corpo. Uma travesti ela não tem na cabeça, esse pensamento inicial de formação acadêmica, de uma profissão, dessas questões não. A prioridade inicial é esse processo de transformação desse corpo. *Por que é esse corpo que vai dizer quem ela é.* Minha mãe às vezes diz, “Pisinoe, qualquer dia tu fica toda torta com tanta cirurgia”, mas eu só fiz duas que eu lembre (risos). Hoje eu não posso fazer nada, pois não tenho dinheiro. Tudo pago no consignando, enquanto o banco estiver emprestando eu estou pegando. (Entrevista Pisinoe, 12/05/2013, grifo nosso).

No corpo das trans, o “biológico” masculino negado dá espaço ao “artificial” feminino, ambos fabricados em uma rede de forças que separa sexo e gênero, masculino e feminino, natural e artificial, mulher bio e mulher trans. O binarismo de sexo é percebido como pré-discursivo, um destino marcado pela biologia, e essa naturalização do sexo supõe que as marcas corporais por si mesmas determinam o duplo macho/fêmea. Porém, o que se observa com a experiência trans é que o sexo, desde o princípio, foi gênero. Os corpos des-(re)-feitos das sereias incitam o questionamento sobre a naturalização do sexo. Seios, bunda, pênis e vagina, com o avanço da tecnologia, são construídos hoje mediante cirurgias e aplicação de silicone industrial e, com isso, a pretensa natureza do sexo é ressignificada e modificada. Questionar que o sexo é uma construção tanto quanto o gênero não é negar a materialidade do corpo. Este não é um quadro em branco no qual os símbolos da sociedade irão simplesmente se inscrever (BUTLER, 2010). O gênero produzido culturalmente não constrói marcas no corpo que está passivamente à sua espera. Quando afirmamos que o sexo não é natural, compreendemos que este é uma interpretação política e cultural do corpo. O sexo é neutro em si mesmo.

O sexo é uma categoria política e não um fato natural. O binarismo de sexo é produto de uma economia reguladora que busca suprimir as múltiplas sexualidades que quebram com a lógica heteronormativa. É a heterossexualidade compulsória que produz uma falsa coerência entre o sexo cromossômico/biológico e o gênero. Dessa forma, não existe distinção entre sexo e gênero. A anatomia tem sido utilizada por séculos como argumento para a perpetuação da desigualdade de poder. Até meados do século XVII, não havia distinção anatômica entre os corpos ditos masculinos e femininos. O sexo feminino não “existia”, era apenas uma variação inferior do sexo masculino. O corpo da mulher era visto como igual ao do homem, mas por falta de “calor vital” seus órgãos sexuais ficariam dentro do corpo. O modelo masculino era a medida para todas as coisas, dessa forma, a anatomia e a fisiologia também estavam subordinadas a esse padrão.

No período em que o modelo de sexo era apenas um (masculino), o corpo fazia coisas estranhas e impossíveis se vistas através das lentes da sociedade e saberes modernos. A anatomia não era percebida como algo determinado pela natureza, cuja explicação se dava através da biologia. O sexo não era natural, imutável e estável. A fronteira entre o masculino e feminino era mais tênue, compreendida apenas como uma variação de “grau” e não de “espécie”. Homens e mulheres não eram extremos opostos cuja diferença se dava em cada parte do corpo, como o modelo binário contemporâneo. A quantidade de calor é que determinava que um menstruava e o outro ejaculava; o aumento ou a diminuição de temperatura poderia produzir transformações. Uma mulher poderia se transformar em homem por excesso de calor. Pular uma cerca e andar a cavalo eram atividades perigosas para as mulheres, pois o que estava dentro (órgãos iguais ao dos homens) poderia sair com esses movimentos. Há também relatos de homens que podiam amamentar, imagens de meninos Jesus com seios ou mesmo meninos que se transformavam em meninas por apenas conviverem por muito tempo com elas (LAQUEUR, 2001).

A dicotomização do sexo se mostrava impensável até na dificuldade de designar os órgãos femininos. O útero era nomeado e pensado como uma barriga, comum a ambos os sexos, pois era um lugar feito para armazenar algo. A vulva, dessa forma, significa etimologicamente portão da barriga, na linguagem medieval. Não só as anatomias do corpo feminino e masculino eram análogas, como também os seus nomes. Portanto, a vagina seria um pênis invertido. Os fluidos corporais eram considerados correspondentes; o esperma e o sangue menstrual teriam a mesma natureza, mas, por uma questão de temperatura corporal, eles tinham aparências diferentes. Assim, o leite da amamentação seria o excesso de sangue que sairia na menstruação, mas poderia ser transformado por um aumento de calor vindo do coração. O corpo feminino era compreendido como uma versão menos perfeita do corpo masculino.

Como podemos perceber, a naturalização do binarismo de sexo, atrelada a marcas corporais, nem sempre existiu. As diferenças de gênero foram anteriores à diferença de sexo (LAQUEUR, 2001). O corpo reproduz os papéis a ele destinados culturalmente, mas para isso é necessário também conhecê-lo e formular teorias sobre este. Na antiguidade, o papel social desempenhado pelo sujeito era mais importante que seu corpo. Ser homem ou mulher não estava ligado a questões biológicas, mas ao lugar que o sujeito ocupava na sociedade. O papel social desempenhado por um indivíduo influenciava não apenas seu sexo, mas também as suas práticas sexuais. O homem que ocupava um lugar político na sociedade deveria ser ativo, isto é, penetrar em suas relações sexuais, independente do seu parceiro ser homem ou mulher.

Homens que assumiam uma posição passiva não eram dignos de honra e status social. Desse modo, o sexo entre mulheres não tinha importância por não ter consequências sociais, e a sexualidade dos escravos também não era uma questão valorizada, pois estes não eram considerados cidadãos e não tinham poder no âmbito político.

O modelo do sexo único masculino durou muitos séculos. Uma das explicações é que, uma vez o espaço público e político eram dominados por indivíduos do sexo masculino, todas as referências de corpo eram relativas aos homens. Ontologicamente, a mulher não existia como uma categoria (LAQUEUR, 2001). A hierarquia social era imposta de fora pela cultura, não precisando de um aparato biológico como base para justificar a sua ordem.

A partir do século XVIII, é construído um modelo de dimorfismo sexual não apenas a partir da anatomia, mas ampliado para a fisiologia e para a alma. Nessa nova perspectiva, o homem passa a ser movido pelo desejo sexual enquanto as mulheres estão em busca de um relacionamento amoroso. Até o iluminismo, essa lógica não poderia ser pensada, pois os homens, por serem mais perfeitos, eram os únicos capazes de construir laços pela amizade, ao passo que as mulheres se entregavam aos prazeres carnavais e à sensualidade. Essas mudanças não estavam atreladas a um avanço científico da época, mas a uma nova forma de olhar o corpo e interpretá-lo. A descoberta do clitóris em um período anterior, por exemplo, não abalou o modelo do isomorfismo (modelo de sexo único), mesmo que isso implicasse que as mulheres teriam dois órgãos análogos ao pênis, o canal vaginal e o próprio clitóris (LAQUEUR, 2001).

No renascimento, as ilustrações anatômicas começaram a se modificar. Partes que anteriormente estavam ocultas nos desenhos passaram a ser nomeadas e reproduzidas nas imagens. O curioso é que esses mesmos tecidos e órgãos, apesar de não aparecerem representados em pinturas, já tinham sido descritos e estudados em períodos anteriores. O corpo ganha vida própria e o único modelo confiável de estudo para explicá-lo era a natureza. Separou-se, portanto o corpo do espírito, e só assim foi possível a emergência do sexo biológico. Tais mudanças não foram provocadas simplesmente pela evolução natural das produções científicas, mas estavam intimamente relacionadas com as transformações políticas desse período. Muitas lutas e revoluções pelo poder e posicionamento na esfera pública ocorreram nos séculos XVIII e XIX. O advento da modernidade e do capitalismo fez as diferenças hierárquicas entre os gêneros serem questionadas. A permanência da subordinação da mulher ao homem não possuía mais justificativas plausíveis para continuar.

Nesse momento, o corpo se tornou decisivo, não era mais possível reivindicar posição política, pois as divergências das relações sociais passaram a ser explicadas pela

biologia. Até então, não era necessário recorrer à natureza para justificar a inferioridade da mulher no campo social, econômico, cultural e erótico. Mas, com o advento de uma nova estética sexual pautada na verdade da diferenciação anatômica de homens e mulheres, ficava legitimada a permanência da hierarquia sexual na organização social (PRECIADO, 2008). As mudanças sociais e políticas ocorridas nesse período, como a ascensão da Igreja evangélica, a divisão sexual do trabalho nas fábricas, a Revolução Francesa, o nascimento das classes, não são a “causa” da construção do dimorfismo, mas essa reorganização política e social estava intimamente ligada e articulada a esse novo modo de olhar o corpo. Relatar a construção do modelo binário de sexo não é uma recusa em perceber que o corpo possui materialidade, mas mostrar como esse corpo está inserido em uma rede de discursos, políticas, instituições que modificam a forma como determinadas marcas são “lidas”.

O corpo é uma produção histórica, cultural e política, sempre em mudança. Portanto, não possui uma natureza transcendental ou universal, mas é uma materialidade provisória, mutável. Ele está sujeito às mais diversas transformações produzidas por diferentes tecnologias: jurídica, política, cultural, médica etc. “O corpo é uma falsa evidência, não é um dado inequívoco, mas o efeito de uma elaboração social e cultural” (LE BRETON, 2006, p. 26). Ele é plástico e relacional. Assim como o corpo, o sexo não é estável, tanto que sua localização no corpo tem mudado ao longo dos anos. Os órgãos reprodutivos foram por muito tempo o ponto fixo na superfície corporal que determinava o sexo verdadeiro de um indivíduo. Mas os estudos sobre pessoas com genitália ambígua e transexuais trouxeram um novo problema para ser solucionado. Isso provocou o deslocamento do sexo para os hormônios, depois para os genes e, nos últimos anos, para o cérebro (MÉLLO; SAMPAIO, 2012). Essas mudanças demonstram que a produção do sexo como natural e localizado no corpo muda se olharmos a sua história.

Antes mesmo do nascimento, quando o médico determina se o feto é um menino (tem pênis) ou uma menina (não tem pênis), se inicia a heteronormatização do corpo. Nesse jogo, há um privilégio do pênis em detrimento de outros órgãos como principal fonte de prazer. Ele determinará o posicionamento dos corpos não apenas no ato sexual como também na dinâmica social. Este discurso é investido e naturalizado por diversos saberes como biologia, medicina, psicanálise etc. Assim, como o pênis, os outros órgãos reprodutivos não são somente classificados como tais, mas passam a ser identificados como órgãos sexuais. Há, dessa forma, um mapeamento sobre as partes do corpo que podem ser utilizadas para fins sexuais. Onde pode ou não sentir prazer. A qualificação de determinada área corporal como zona erógena é produzida de modo que a superfície do corpo fique marcada por um desejo

heterossexual (PRECIADO, 2008). A arquitetura política do corpo demarca os órgãos reprodutivos como sexuais e, conseqüentemente, como únicas fontes de prazer.

A idéia de que o prazer físico provém sempre do prazer sexual e a idéia de que o prazer sexual é a base de todos os prazeres possíveis, penso, é verdadeiramente algo de falso. O que essas práticas de S/M (*sadomasoquismo*) nos mostram é que nós podemos produzir prazer a partir dos objetos mais estranhos, utilizando certas partes estanhas do corpo, nas situações mais inabituais, etc. (FOUCAULT, 2004, p. 14, grifo nosso).

Um dos órgãos interditados na lógica heteronormativa é o ânus. Preciado (2002) brinca com a possibilidade de subversão da sexualidade no corpo. A sua proposta é tornar o ânus como lugar central do prazer corporal. O ânus é escolhido por ser uma parte do corpo que todos possuem, homens e mulheres. Isso o diferencia do pênis que, na lógica heteronormativa, é o órgão central do impulso sexual, mas que é um privilégio apenas dos homens. Com este deslocamento do prazer para o ânus, há uma tentativa de separar o processo de reprodução da atividade sexual.

Tanto o binarismo como a heteronormatividade constroem o corpo, cartografam seus órgãos e seus prazeres. Mas o corpo é plástico. Pode ser feito e desfeito através do uso de hormônios, cirurgias, treino de voz e outras estratégias. Pêlos somem ou surgem, seios aparecem ou são retirados, clitóris que crescem, pênis que se transforma em vagina, uma série de modificações corporais pode ser realizada e ressignificada. A experiência trans mostra como o sexo é artificial, podendo ser moldado através de diferentes tecnologias.

5.2.1 *Silicone industrial: modelando o corpo*

[Pesquisadora] Fora o hormônio que tu fez mais em relação ao teu corpo?

[Ligeia] Eu coloquei silicone na perna, silicone industrial mesmo. É injetável, elas (*bombadeiras*⁴⁹) injetam uma agulha, vai furando determinadas partes do corpo. Eu coloquei perna quadril, bunda. Na época eu já tomava muito hormônio.

[Pesquisadora] E tu ainda tem vontade de colocar mais?

[Ligeia] A gente sempre tem né? (risos) E a gente quer sempre mudar mais, quer emagrecer... É tanta coisa de uma vez só. Mas eu ainda tô pensando, porque na hora que você quer colocar, é algo meio esquisito... Eu estava até conversando com Dr. L. (*psicólogo*), tu conhece ele?

[Pesquisadora] Não.

[Ligeia] Ele tava fazendo um negócio com as trans, terminando uma pesquisa. A Pisinoe que me falou. Eu fazia análise com ele e tudo. Faço há dois anos análise com ele. Eu contava para ele que essa história do silicone, chega uma época da sua vida que você tem que fazer alguma coisa. O corpo pede, você não pensa muito em

⁴⁹ Bombadeiras são geralmente travestis mais velhas que fazem aplicação de silicone industrial no corpo de outras travestis para tornar o corpo mais arredondado, mais feminino. O silicone pode ser aplicado em diferentes partes do corpo rosto, peito, bunda, coxa, quadril. Para maiores informações consultar Pelúcio (2007) que descreve em detalhes todo o processo de bombação que ela acompanhou durante sua pesquisa do doutorado.

saúde, você tá correndo risco de vida, risco futuramente. Não é algo aceitável, se acontecer algo futuramente, algum problema, eu nem sei se os médicos sabem cuidar disso ou não. Eu sei que em São Paulo já tem uma equipe de médicos que sabem disso, mas aqui eu não sei.

[Pesquisadora] E na época que tu fez aplicação do silicone, como foi?

[Ligeia] É assim, vai as amigas. Ai você acaba vendo elas... É a fulana de tal e ela (*bombadeira*) faz um corpo muito bonito. Olha o corpo da fulana! Quem fez? Foi a fulana de tal. Tem toda essa fofoca no meio... Aí a fulana se droga, não é indicado se bombar com ela porque ela se droga... É algo muito rustico, feito em fundo de quintal. Eu fiz na casa dela (*da bombadeira*), ela é uma trans daqui de Fortaleza. Elas (*bombadeiras*) têm uma quantidade certa de líquido que elas injetam, não pode ser acima daquilo. Dependendo da parte do corpo que você vai fazer elas tem que amarrar você. No meu amarraram na cintura e na perna. Na cintura para (*o silicone*) não subir para os pulmões, dizem elas, eu também não sei. Elas furam aqui (*mostra a parte de cima da coxa*).

[Pesquisadora] Mas não tem nenhuma marca...

[Ligeia] Não fica marca, não. Como o silicone é líquido ele fica mais redondo e se espalha.

[Pesquisadora] E quando tu fez como foi?

[Ligeia] Ah é a fase do pan! É quando você se destaca, sua auto estima vai a mil quando vê o resultado. Porque você fica na peleja com o hormônio querendo criar uma bundinha, criar isso e aquilo, mas se seu corpo não reagir.

[Pesquisadora] E tu tomou algum anestésico?

[Ligeia] Não. É sem anestesia, sem nada. E a agulha é desse tamanho (*Mostra com a mão*), não sei se tu já viu aquelas agulhas veterinárias, que são de encaixe e as pontas são solta? Elas usam assim, colocam as agulhas e vão aplicando, depois deixam a agulha no corpo e vão só mudando o aplicador. Ai você sente o líquido entrando e rasgando. A gente fica com muito medo. Por que já escutou muito caso... Mesmo tendo as indicações nada é garantido, né? Depois da aplicação eu fiquei uma semana em casa e depois eu fui voltando para a minha rotina normal. Ai você quer colocar aquelas roupas que você queria. (Entrevista Ligeia, 27/05/2013).

As bombadeiras fazem, literalmente, os corpos das trans. Aplicando o silicone, elas dão forma arredondada aos seios, coxa, quadril, rosto e vão moldando para que os corpos tomem contornos mais femininos. Diferente dos hormônios, esse material produz um efeito imediato que o torna bastante atraente para aquelas que estão em busca de um corpo perfeito. Ligeia sabe quais os perigos envolvidos no uso do silicone industrial, como confessa para o analista, mas o “corpo pede”. Apesar do medo, é necessário transformar esse corpo. As questões relacionadas à saúde ganham outro sentido. Apesar dos riscos da bombação, Ligeia investiga quem é a bombadeira, se ela usa drogas, pede indicação das amigas mais experientes, observa os corpos já moldados por essa pessoa etc. Há uma constante troca de informação sobre quem são as pessoas mais competentes e experientes na bombação, assim como os médicos que realizam cirurgia plástica colocando próteses de silicone nos seios das trans. Elas constroem uma rede de confiança na qual cada uma indica e divulga como foi atendida e quais os resultados.

Os relatos de bombação que deram errado também são frequentes (COELHO, 2009; NOGUEIRA, 2009). Muitas sereias tiveram seus corpos amputados ou mesmo vieram a falecer após o silicone industrial escorrer para várias partes do corpo. O trabalho da

bombadeira é uma “contravenção prevista no Código Penal, Exercício ilegal da medicina artigo 312, exercício do curandeirismo artigo 313 e lesão corporal grave artigo 129” (PELÚCIO, 2007). A aplicação de silicone industrial não é só um problema no âmbito jurídico, mas tornou-se também uma questão de saúde pública para o Ministério da Saúde. Existe a proposta de definir protocolos clínicos para esses casos nos serviços do SUS, como a realização de exames e uso de técnicas para retirada dessa substância no corpo (BRASIL, 2010a).

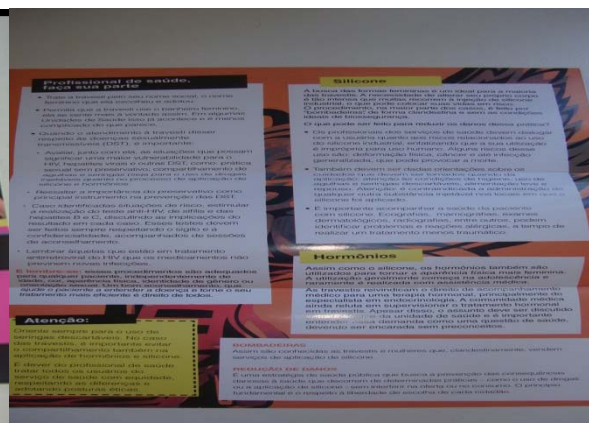
Algumas campanhas do Governo (Figuras 12 e 13) foram realizadas com a proposta de reduzir os danos daquelas que fazem o uso de hormônio sem prescrição médica e utilizam silicone industrial. A redução de danos é uma estratégia comum no acompanhamento de usuários de drogas e aponta para uma atuação na saúde que respeite a autonomia dos sujeitos, mesmo que estes decidam realizar práticas que são percebidas socialmente como prejudiciais a saúde. Pelúcio (2007) observa, porém, que as orientações do Ministério da Saúde ressaltando os perigos do silicone industrial não são acompanhadas de políticas que permitam o acesso menos custoso e constrangedor de travestis e transexuais aos serviços de saúde quando estas buscam a cirurgia para implantar próteses de silicone. A redução de danos funcionaria apenas como mais uma medida paliativa no cuidado da saúde das trans do que uma verdadeira garantia de acesso à saúde.

Figura 12 – Campanha “Olhe, olhe de novo e veja além do preconceito



Fonte: Coordenadoria de DST/Aids Fortaleza

Figura 13 – Dicas de Redução de Danos



Fonte: Coordenadoria de DST/Aids Fortaleza

O material da campanha (Figura 12 e 13) não é direcionado para as trans e sim para os profissionais da saúde que atendem esse público. O panfleto informa que é papel do profissional orientar as trans sobre os riscos envolvidos na aplicação do silicone industrial, quais os cuidados básicos necessários nesse tipo de procedimento (higiene, repouso, agulhas e

seringas descartáveis etc.) e, depois da aplicação, acompanhar através de exames possíveis reações à substância e não constranger esse paciente. A tolerância e o respeito têm um lugar secundário nessa campanha de redução de danos. O que se observa, novamente, é uma tentativa de controle das práticas das sereias vinculando a sua existência a um risco constante (PELÚCIO, 2007). Risco que torna as sereias objeto de governo por meio de inúmeras normas e regulamentações sobre o que é ou não saudável a partir do modelo biomédico, no qual há uma antecipação, uma gestão do futuro pela probabilidade (SPINK, 2011b).

As sereias com quem conversei conhecem os riscos envolvidos na aplicação do silicone, mas não é isso que impede o seu uso ou o planejamento da aplicação. A urgência de transformar o corpo, para as pessoas trans, está atravessada pela premissa de que as marcas corporais são a expressão da sua interioridade, de quem são de verdade. A anatomia e a fisiologia permitiram a construção de saberes que explicam o funcionamento do corpo, com isso, produziram uma maior cisão e diferenciação entre o que é corpo e o que é sujeito. Dessa forma, o dualismo alma e corpo é transformado em subjetividade e corpo. O corpo é o que individualiza, marca o limite entre as pessoas, é onde começa e acaba o indivíduo. As qualidades das pessoas são deduzidas a partir de suas marcas corporais: negro, branco, homem, mulher, deficiente, gordo, magro, alto, baixo. O corpo torna-se a descrição do sujeito. Se ser trans é ser feminina, o seu corpo também precisa tomar contornos femininos independente da dor, dos riscos de saúde, do incômodo:

[Pisinoe] Às vezes eu tenho vontade de aplicar silicone, fazer quadril.

[Pesquisadora] Mas tu já viu alguma aplicação?

[Pisinoe] Não. Eu vi em um filme uma vez. Mas eu não tenho coragem de acompanhar não, por que aí é que eu não tenho coragem de colocar mesmo. Eu tenho uma amiga que tem oito litros de silicone industrial, distribuídos na bunda, quadril e rosto.

[Pesquisadora] Peito também?

[Pisinoe] Não. Peito é prótese.

[Pesquisadora] E qual a aparência? Como ela ficou?

[Pisinoe] LINDA! Mas ela é um exemplo que deu certo. Quando a conheci ela já tinha quatro (litros de silicone), hoje ela tem oito. A pessoa fica querendo retocar, não ficou muito arredondado e vai aplicando mais. É um vício.

[Pesquisadora] E você pensa ainda em mudar mais alguma coisa?

[Pisinoe] Não. Rosto e peito eu não mexo mais em nada. Tenho vontade de colocar um pouco de silicone, mas é só. Só quadril, uns dois litros.

[Pesquisadora] Como é o procedimento?

[Pisinoe] Tem uma pessoa que aplica e amarra tudo para não escorrer. Fica uma semana de cu para cima para não espalhar, não senta no vaso sanitário. É um sacrifício, para ficar belíssima. Umas não ficam, não, nem por milagre.

Não é qualquer padrão de feminino e mulher que as sereias buscam, elas desejam ser belas e lindas, alvo de admiração. O processo de mudança na própria materialidade do corpo com o uso do silicone é atravessado por um ideal de mulher que cada trans constrói nas

suas relações. É a partir de um modelo de feminino que as trans escolhem a quantidade e onde vão aplicar o silicone. Umam buscam seios maiores, outras desejam mais quadril e bumbum, é nesse processo que mulheres diferentes vão sendo esculpidas. Porém, outras afirmam que desejam ter corpos naturais, como Iara e Liban, “nada de silicone, quero tudo natural”, apesar de ambas administrarem hormônio feminino. A fronteira entre o que é natural e sintético se rompe. Independente do uso de silicone, todas as sereias produzem no seu cotidiano diversas práticas para a produção do que elas consideram feminino. Mas ser feminina e linda não envolve apenas a “exteriorização” de uma suposta interioridade mulher. A modelação de um corpo perfeito também pressupõe ser vítima de menos preconceito:

[Pisinoe] Eu sofro preconceito sim. Mas é um pouco diferente, porque querendo ou não querendo eu tenho uma imagem pública, hoje mesmo eu estava na televisão. As pessoas olham para mim, eu sou muito fechada, eu sou enjoada, as pessoas não se permitem a tirar brincadeira comigo. Eu tô com *oculão* na cara (*faz cara de séria*), aí quando eu escuto algum *bufum*, eu subo os óculos (*faz cara de “desprezo” olhando para o lado*) e volto. Porque tipo assim, muitas vezes a gente vive em uma sociedade que ela é por si só machista, sexista e misógina. E por conta de eu ter esse jeito (*mostra a roupa*), vou para faculdade desse jeito, vou trabalhar desse jeito, eu vou da forma mais discreta possível. Eu não acho interessante. Da mesma forma que eu não quero ser confundida com mulher, também eu não quero ser estandarte ambulante. Isso é de mim mesmo. Mas eu também quero que as pessoas que gostam de andar espalhafatosas de dia, elas tenham direito de andar espalhafatosas. Mas a gente sabe que sofre mais. Você passar despercebida é muito mais interessante do que você chamar atenção. E eu passo muito despercebida... se eu não falar, colocar o óculos na cara... Me chamam “senhora, senhora, senhora”. (Entrevista Pisinoe, 10/05/2013, grifo nosso).

Passar despercebida é um grande trunfo para as trans, é o sinal de que não estão apresentando ambiguidade, “parecem mulher de verdade”, mesmo que para isso elas utilizem algumas estratégias, como não falar ou usar óculos. Como explica Pisinoe, as que chamam atenção sofrem mais e são alvo de olhares curiosos, de piadas e de violência física. A dor da beleza (BENEDETTI, 2005; NOGUEIRA, 2009) com a aplicação do silicone industrial é uma tentativa de evitar a dor do preconceito diário que elas sofrem por romperem com a suposta essência do gênero/sexo; o corpo torna-se um lugar de questionamento das normas sexuais. A materialidade do gênero/sexo escolhido por elas se produz nas práticas cotidianas. Sem a sua expressão, ele não existe.

5.2.2 Hormônio e automedicação: disputa de saberes

[Liban] Nunca fiz cirurgia, isso tudo é só por conta de hormônio. Eu comecei a tomar hormônio tá com cinco meses, vou entrar para o sexto mês agora de terapia

hormonal... Eu tomo dois tipos de hormônio, eu tomo o *Diane 35*⁵⁰, que é em comprimido, tomo dois comprimidos por dia.

[Pesquisadora] Como tu sabe a quantidade?

[Liban] Aqui em Fortaleza, acho que aqui no nordeste, não tem um médico especializado, um ambulatório especializado em terapia hormonal para transexual, como tem no sul. Tipo, em São Paulo eles tem um ambulatório específico para terapia de hormonização de transexuais, eles lidam especificamente com hormônios para transexuais. Aqui a gente não tem isso, então as transexuais daqui vivem muito de boca em boca, o que uma trans tomou e fez bem para ela, ela indica para outra, que consequentemente pode ou não vir a fazer bem para outra pessoa. Que cada organismo é um organismo diferente. Quando eu comecei, eu comecei com o *Tess*⁵¹ que ele é o genérico do *Diane 35* ai ele contém ciproterona⁵² e contém o hormônio feminino. O ciproterona é um antiandrógeno para o corpo que a gente precisa, que a ciproterona vai retardar o hormônio masculino do corpo, então ela vai tipo empatar do hormônio masculino se manifestar no corpo da gente. Tendo em vista que o hormônio feminino vai fazer mais efeito com isso. Então eu comecei com o *Tess*, só que o *Tess* tem uma quantidade pequena de ciproterona, então ele não faz tanto efeito, passei um mês no *Tess*, depois no segundo mês eu troquei ele e passei para o *Ciclo 21*⁵³, que só contém o hormônio feminino, depois no terceiro mês eu passei para uma *Perlutan*⁵⁴ por semana, uma injeção por semana eu tomava de *Perlutan*, geralmente a dosagem feminina é um por mês, a dosagem normal que era para a gente aplicar era isso, uma por mês, só que eu tomo quatro por mês. Isso para ter efeito mais rápido, para dar peito mais rápido, para dar bumbum mais rápido, para ter um corpo mais feminino. Aí eu comecei a tomar uma *Perlutan* por semana e passei dois meses assim, depois me disseram que a *Perlutan* ia afinar o sangue, que ela era muito forte, e que eu tinha que tomar um complexo vitamínico para o sangue chamado de complexo B, injeção de B12. Essa injeção ela não é mais vendida em farmácia, ela precisa de receita e tal, toda uma burocracia, então eu tomo em comprimido todo complexo B. Agora como é que eu faço, no quinto mês eu entrei com duas pílulas de *Diane 35* por dia e uma *Perlutan* a cada quinze dias, diminuí as *Perlutans* e aumentei as dosagens de *Diane 35* e o *Diane 35* também contém a ciproterona. Só que o *Diane 35* ele é muito agressivo ao corpo, porém ele dá um efeito muito bom ao corpo. Agora eu vou mudar de novo, eu vou voltar a história de uma *Perlutan* por semana, porque a *Perlutan* dá um resultado mais rápido.

[Pesquisadora] O que tu viu de diferente?

[Liban] Eu vi de diferente, meu seio cresceu muito. Eu tô há um mês sem tomar um comprimido, sem tomar nada. E eu senti que meu seio diminuiu, então são para a gente tomar direto, direto, direto. Eu notei hoje que meu seio tinha diminuído, quando eu fui colocar o sutiã. No começo eu vi muita diferença, o pelo facial, que é chamado de barba, diminuiu muito o crescimento, o pêlo em si diminui muito o crescimento, mas não é uma coisa da noite para o dia. Como eu te disse, cada corpo reage de um jeito diferente, o que é bom para mim pode não ser bom para outra

⁵⁰ *Diane 35* é um anticoncepcional de uso oral e é composto por 2,0 miligramas de acetato de ciproterona e 0,035 mg de etinilestradiol. É indicado para o tratamento de distúrbios andrógeno-dependentes na mulher, alopecia androgênica (calvície), casos leves de hirsutismo (aumento de pêlos) e síndrome do ovário policístico. Mais informações disponíveis em: <www.medicinanet.com.br/bula>. Recentemente, o *Diane 35* foi alvo de polêmica após a morte de mulheres que utilizavam a medicação e tiveram quadros de trombose e embolia pulmonar.

⁵¹ *Tess* é um antiandrógeno de uso oral e é composto por 2,0 miligramas de acetato de ciproterona e 0,035 mg de etinilestradiol. É indicado para terapia de reposição hormonal. Mais informações disponíveis em: <www.medicinanet.com.br/bula>.

⁵² Ciproterona é um produto sintético que apresenta estrutura semelhante aos hormônios sexuais naturais. Na forma de acetato, é um potente antagonista de androgênios. Essa substância inibe a produção de testosterona. Mais informações disponíveis em: <www.medicinanet.com.br/bula>.

⁵³ *Ciclo 21* é um anticoncepcional de uso oral e é composto por 0,15 miligramas de levonorgestrel e 0,03 miligramas de etinilestradiol. É indicado na prevenção de gravidez e no controle de irregularidades menstruais. Mais informações disponíveis em: <www.medicinanet.com.br/bula>.

⁵⁴ *Perlutan* é um anticoncepcional injetável de uso mensal e é composto por 150 miligramas de acetofenido de algestona e 10 miligramas de 17-enantato de estradiol. As trans entrevistadas relatam que esta marca é mais forte e produz melhores resultado. Mais informações disponíveis em: <www.medicinanet.com.br/bula>.

trans. Por isso eu fui tomando de pouquinho em pouquinho, para ver se eu tinha alguma reação, alguma coisa. Graças a Deus eu nunca senti nada com nenhum comprimido que eu tenha tomado até hoje. O único efeito que eu tenho é o que chamam de TPM de vocês, e eu tenho. Quando eu tomo ou eu fico com vontade de quebrar tudo ou eu fico muito sensível com vontade de chorar. O seio fica dolorido e vem essa mudança de temperamento, de humor. Agora que eu tô sem tomar eu não senti nada. Mas eu vou tomar amanhã, que meu peito diminuiu.

[Pesquisadora] O que tu vai tomar?

[Liban] A *Perlutan*, que custa 13 reais e em qualquer farmácia aplica, que é um hormônio feminino. O pessoal pensa que o hormônio feminino é demais, que você não consegue, mas o hormônio feminino é apenas o anticoncepcional que as mulheres biológicas tomam para não engravidar, então qualquer pessoa pode tomar. O farmacêutico é quem aplica as injeções e tem uma farmácia especial que eu vou, mas se eu estiver em outro lugar e tem o dia de tomar, eu tomo, pois eu sempre tomo no dia certo. Se eu tomar hoje que é terça-feira, na próxima terça-feira eu tenho que tomar outra de novo. Por exemplo, se na próxima terça-feira eu não estiver em casa eu tomo em qualquer farmácia.

[Pesquisadora] Como tu aprendeu a usar os hormônios?

[Liban] Foi com duas pessoas. A minha mãe Pisinoe que é transex e a Aglaope que também é trans. Elas que me disseram o que é que elas usam e eu passei a usar também.

[Pesquisadora] Por que tu mudou os comprimidos?

[Liban] Porque eu não via tantos efeitos no início, eles eram hormônios fracos. O que é forte mesmo é a *Perlutan*, ela dá resultado muito rápido, no meu corpo, então, em cinco meses e eu ter peito de menina assim de dezesseis anos. Mas eu tive sorte, pois o meu organismo se deu muito bem com a *Perlutan*. Todo mundo no início me dizia que usar a *Perlutan* ia doer, porque é um óleo, vai doer, vai doer, mas eu não senti dor nenhuma. (Entrevista Liban, 28/05/2013).

O discurso a respeito da importância dos hormônios para produzir um corpo cada vez mais feminino foi um elemento constante na fala de muitas travestis e transexuais com quem conversei. Essas substâncias eram referidas como elementos “mágicos”, a “chave da felicidade”, produtores de milagre, pois faziam crescer seios, arredondar quadril, pernas e rosto, diminuição dos pelos, isso é, produziam marcas corporais que na nossa sociedade estão relacionadas ao campo da feminilidade. A regulação desse uso é controlada pelas próprias trans, que, conversando entre si, decidem qual a melhor medicação e a frequência do seu uso. Liban me deu uma aula sobre os hormônios quando começamos a falar sobre o assunto. Ela pesquisa todos os efeitos e a dosagem que deve tomar com as trans mais experientes e, principalmente, com a mãe. Quando o assunto é hormônio, as sereias não param de falar, elas conhecem uma infinidade de marcas, composição, preços, dosagens e finalidade.

Todas as sereias com quem conversei iniciaram o processo de mudança corporal usando hormônio, já que é uma substância de fácil acesso, como Liban comenta, e produz diversos efeitos. “Eu comecei com hormônio, sempre começa com hormônio”, relata Ligeia sobre o primeiro procedimento de feminilização que realizou. Elas utilizam o hormônio geralmente de uso oral ou injetável, esses últimos são os mais procurados por produzirem resultados mais rapidamente, segundo elas. Há também um ajuste de fórmulas, no qual são

combinados, na maioria das vezes, dois fármacos, um hormônio feminino e um antiandrogênio, às vezes usados de forma alternada ou simultaneamente. Não há uma prescrição única, “vai da loucura de cada uma”, como comenta Pisinoe, mas a recomendação é que nunca seja em dosagens pequenas:

[Ligeia] A gente tem meio que umas formulazinhas. Cada uma diz uma fórmula, e a gente vai tentando...

[Pesquisadora] Era injetável ou comprimido?

[Ligeia] Era de todas as formas (risos). Não tem uma coisa meio que certa, não. Umas dizem que a gente tem que tomar umas 5 *Perlutan*, outras já dizem que a gente tem que tomar 5 comprimidos de anticoncepcional. Tudo é sempre de muito.

[Pesquisadora] Nada de um por dia!?

[Ligeia] Nada de um por dia! (risos) Se não, não serve para nada. Nem negócio de injeção de uma por mês. Tinha uma que dizia uma história de tomar as cinco (*injeções*) em um dia. Eu nunca tive coragem de fazer. Ai eu tomava uma por semana.

[Pesquisadora] E o que tu viu de mudança?

[Ligeia] Hoje eu vejo que hormônio... a gente acha que é a chave da felicidade, que vai mudar a vida da gente, que vai mudar corpo, vai mudar tudo, só que tem umas que realmente não mudam né? E às vezes o hormônio a gente até fala assim, vou ser grosseira porque não sei os termos médicos... Essa questão de se dar, né? Se dá com o hormônio, porque algumas pessoas ficam bonitas, ficam cheias, aquele rostinho redondo. Eu já ficava muito inchada, muito inchaço. Hoje em dia eu não tomo mais.

[Pesquisadora] Por que tu parou?

[Ligeia] Assim depois dessa última vez que eu tomei... Ele não é hormônio, é como se fosse... uma castração química, ele não é hormônio feminino, é o *Androcur*⁵⁵. Então ele tira o seu hormônio masculino, ele diminui a produção de hormônio masculino e você toma o hormônio feminino. Eu parei porque ele é caro, né? Pra você manter, ele é caro. Ele dá muita perturbação na sua cabeça.

[Pesquisadora] Como assim?

[Ligeia] (risos) Assim dá muita mudança de humor, você fica muito histérica, você fica nervosa, dá chique, dá muito show. Fora que quando para parece que a gente tá na menopausa, é um calor, é uma quentura, você começa a passar mal. Ainda tem até uma caixa aí, mas aí eu vou tomar só mais uma caixa? Para ter aqueles enjoos, até o corpo se adaptar...

[Pesquisadora] E tem todos esses efeitos?

[Ligeia] Tem. Mas eu tenho amigas que tem peito, peitão mesmo, enorme, do *Androcur*. O dela cresceu, muito bonito, muito bonito. A auréola fica desse tamanho (faz um círculo grande com a mão). Aí é o tipo de coisa que você vê aí fica doida, vai também acontecer comigo... Só que cada organismo é um organismo.

[Pesquisadora] E contigo? Fora a mudança de humor tu viu alguma mudança?

[Ligeia] Cresceu um pouquinho de peito, fiquei mais arredondada, mas nada do outro mundo, não. Geralmente eu notei que fica bonito quem já é bem sequinha, por que o hormônio ele aumenta, a pessoa fica mais arredondadinha, cria bunda, cria peito. Mas é gordura mesmo, acaba engordando, aumentando, fica roliça. Mas o hormônio deixa você realmente mais feminina, o cabelo fica mais bonito, a pele... Mas algumas ficam com a aparência melhor e outras não. (Entrevista Ligeia, 27/05/2013).

⁵⁵ O *Androcur* é um produto hormonal de efeito antiandrogênico composto por 50 miligramas de ciproterona. Esse fármaco é prescrito para homens e mulheres. Nos homens, é indicado para redução do impulso em desvios sexuais, tratamento antiandrogênico em carcinoma de próstata inoperável. Nas mulheres, é indicado em casos de manifestações graves de androgênização, por exemplo, hirsutismo grave patológico, queda pronunciada de cabelo androgênio-dependente. Mais informações disponíveis em: <www.medicinanet.com.br/bula>.

Para o hormônio fazer efeito, não pode ser administrado em dosagens pequenas. Porém, mesmo após o uso de vários comprimidos e injeções, Ligeia não conseguiu o corpo perfeito como os das amigas, tendo que aplicar silicone industrial e realizar cirurgia plástica nos seios para atingir seu objetivo. Entretanto, as mudanças produzidas na superfície do corpo não são as únicas a serem observadas pelas trans que faziam o uso de hormônio. As transformações físicas são importantes no processo de construção de um corpo feminino, mas a produção de uma subjetividade “mulher” também é um elemento bastante associado à administração de hormônio. Essa feminilização do “eu” possibilita que as trans passem a se reconhecerem e serem reconhecidas como “mulheres de verdade”. Nesse contexto, os hormônios tornam-se fábricas de subjetividades e afetos. Traços do humor que na nossa sociedade estão geralmente relacionados ao mundo feminino passam a ser relatados pelas trans como consequência da administração do hormônio. Ligeia diz que o hormônio “dá muita mudança de humor, você fica muito histérica, você fica nervosa, dá chique, dá muito show”. Histórias sobre tensão pré-menstrual (TPM), diminuição da libido, ficar mais romântica, segundo as trans, também fazem parte dos efeitos dessa substância.

Nessa lógica, ao modificar o corpo em sua aparência, também é possível produzir transformações na sua interioridade, na sua essência. O corpo passa a ser psicologizado, é a morada e a prisão do sujeito e da subjetividade. Conseqüentemente, pode ser utilizado como instrumento e ferramenta para expressar a essência do indivíduo. Dessa forma, ao pensarmos nos corpos trans, é necessário que eles sejam modificados para se adequarem à interioridade desses sujeitos. Podemos entender que, com o “avanço” científico e a produção de novas tecnologias, os hormônios ganharam o status de produtor de gênero na nossa sociedade (PRECIADO, 2008).

O uso massificado dessa tecnologia produz questionamentos sobre os limites cada vez mais tênues do que distingue “mulheres bio” e “mulheres trans”, pois ambas estão atravessadas pelo processo da terapia hormonal e, conseqüentemente, pela produção tecnológica do gênero feminino. A linha borrada que separa bio e trans, natural e sintético, é uma ficção somatopolítica (PRECIADO, 2008), pois ela só pôde emergir através da disputa entre diferentes saberes e poderes que instituíram um modelo normal de corpo e de gênero binário. A “descoberta” dos hormônios ditos sexuais tem uma história recente. Segundo Fausto-Sterling (2002), entre os anos de 1900 e 1940, cientistas criaram a categoria “hormônios sexuais”, que poderiam ter sido classificados de modo diferente, como hormônios do crescimento, por exemplo, pois essas substâncias afetam o crescimento de diferentes partes do corpo, inclusive dos órgãos reprodutivos. Entretanto, ao enquadrar esses hormônios como

sexuais, passamos a construir tais substâncias como importantes marcadores da diferença sexual. Com isso, torna-se sexual algo que previamente era “neutro” em relação aos gêneros masculino e feminino.

Entendemos que as substâncias não são estáveis e dotadas de atributos inerentes, pois seus efeitos e descrições mudam. Propriedades farmacológicas são tecnologias que portam “materialidades, socialidades e estratégias de governamentalidade” (MENEGON, 2010, p. 219). O hormônio, na nossa sociedade tecnológica, passa a ser instrumento central no governo e gerenciamento dos corpos, pois é um elemento que, articulado com outras materialidades, constrói corpos sexuados:

O modo clássico de pensar a performance é dizer que pessoas performam em torno de propriedades materiais. A nova abordagem performativa tenta compreender o papel de qualquer coisa na performance, pessoas e objetos. Então, a teoria ator-rede diz que humanos e não humanos performam juntos para produzir efeitos.” (LAW e SINGLETON, 2000 apud GALINDO; VILELA; MOURA, 2012, p. 171).

Partindo dessa lógica, entendemos que os hormônios são produtos e produtores de práticas sociais. Eles não são apenas elementos sintéticos fabricados pelas indústrias farmacêuticas, mas a sua materialidade produz efeitos em consequência dos laços e encontros que estabelece. Esses produtos não são fixos, mas adquirem uma forma temporária, agindo “nas e por meio dessas relações” (SPINK, 2009). Não negamos a materialidade dos hormônios e que estes produzem transformações corporais em travestis e transexuais ao serem administrados, mas compreendemos que a leitura dessas mudanças vai variar de acordo com as disputas de saber e poder presentes em determinado momento histórico e cultural.

As tecnologias não apenas materializam normas, mas também ocupam o estatuto de produtor de diferenças sexuais e de gênero (CORRÊA; ARÁN, 2008). Na nossa sociedade, o gênero vai se configurar não apenas como um efeito performativo de humanos, como aponta Butler (2010), mas passa a ser composto a partir dos arranjos entre materialidades orgânicas e inorgânicas (GALINDO; VILELA; MOURA, 2012). São injeções, comprimidos, adesivos, microcápsulas que, em contato com o corpo, passam a produzir transformações e serem transformados em gênero.

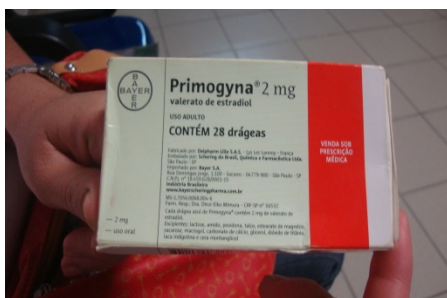
Os hormônios ganham destaque em meio a uma diversidade de tecnologias na produção de corpos ditos masculinos e femininos, na medida em que o saber biomédico associa essas substâncias à menstruação, ao desenvolvimento da genitália e às ditas características sexuais secundárias, como seios, barba, pêlos pubianos etc. Com isso, há a instituição de um corpo normal e, conseqüentemente, de uma mulher e um homem normal. Mulher de “verdade” precisa menstruar, homem de “verdade” não pode ter seios, mulher de

“verdade” não pode ter pelos na face etc. O uso de hormônio pelas sereias, em alguns momentos, é uma tentativa de readequação desses corpos à norma, pois não é possível “viver” na ambiguidade. Todas as características desses sujeitos devem corresponder linearmente ao que se espera do padrão de mulher instituído, desde as moléculas presentes no seu sangue até o comportamento. Dessa forma, os hormônios adquirem um lugar importante na produção da subjetividade, orientando as ações dos sujeitos e, com isso, os comportamentos passam a ser definidos pelas substâncias que dominam o metabolismo do corpo.

A construção dos hormônios como substâncias sexuais possibilita a sexualização e o controle dos corpos inclusive no nível molecular. O saber biomédico passa a regular a presença e as taxas de hormônios instituindo quem pode e como deve administrar essas substâncias para construir corpos femininos. O que se observa, porém, é que mesmo quando as sereias têm a oportunidade de seguir orientações médicas sobre o uso do hormônio, como no caso das pacientes do Hospital M., há uma disputa de saberes entre o que é dito pela equipe do ambulatório e as experiências particulares que cada uma tem com essa substância. Os médicos do Hospital informam que a maioria das pacientes já toma hormônio quando chega ao serviço com a orientação especializada do “Dr. Google”, como os profissionais nomeiam o site de busca. Entretanto, mesmo após as consultas médicas e apesar do alerta dos médicos sobre o perigo da automedicação e o risco de câncer devido à mistura de hormônios masculinos e femininos em alta dosagem, as pacientes continuam com as mesmas práticas e questionam o saber médico.

Telxieme mora em uma cidade no interior do Ceará e para participar das atividades durante a tarde no Hospital sai de casa no carro da prefeitura durante a madrugada. Enquanto aguarda o atendimento, me mostra a caixa do hormônio (Figura 14) que o médico receitou. Iara, que está sentada no outro lado da sala conversando com Parténope, pergunta “o que é isso?”. Quando vê o fármaco, explica: “essa medicação tá errada, ela é mais cara e não faz efeito, pois é hormônio sintético. O melhor é o que eu tomo, que é absorvido mais rápido e é natural, é de mulher mesmo” (Figura 15). Iara faz várias orientações sobre o uso de hormônio para Telxieme, mas é interrompida com a chegada de uma das profissionais da equipe que as convida para o grupo terapêutico que aconteceria em seguida. Telxieme, assim que vê a médica, a interpela “não quero mais tomar essa medicação”, mostrando a caixa do hormônio, ao que a médica questiona “por quê? Essa medicação tá lhe fazendo mal?”. Telxieme responde, nervosa, “ele não presta. É caro e não presta.”.

Figura 14 – Caixa de hormônio de Telxieme



Fonte: Telxieme

Figura 15 – Cartela de hormônios de Iara



Fonte: Iara

A voz de Iara é ouvida, em detrimento do discurso médico, por ela apresentar formas bastante femininas apenas com o uso de hormônio. A prescrição médica, apesar de “segura”, é realizada sempre de forma gradual, o que provoca efeitos mais lentamente, algo pouco interessante para as trans, que têm urgência em mudar o corpo. Iara sempre é consultada pelas outras trans sobre o uso de hormônio. Noutro momento, vi uma auxiliar de enfermagem que trabalha no Hospital M. pedir para ela escrever em um pedaço de papel o nome dos hormônios que ela usa e a dosagem para poder pesquisar melhor depois. Iara, que buscou durante muito tempo consultar-se com um endocrinologista que atendesse transexuais a fim de realizar a hormônio-terapia de modo “correto”, admite que hoje não segue mais a prescrição do médico, pois ele não receita dosagens maiores. Ela já chegou no limite indicado pela medicina, então aumentou o consumo por conta própria. Parténope chega nesse momento na sala e diz que levou um “carão” do endocrinologista, pois tinha administrado um hormônio que ele não havia sido prescrito. “E tu falou para ele?”, questiona Iara.

Conversando depois com o endocrinologista, ele diz que existem hormônios que as trans insistem em usar, mas são perigosos, pois não podem ser detectados nos exames laboratoriais. O médico explica que os efeitos dos hormônios nem sempre são o que as pacientes esperam, sendo necessário indicar terapêuticas paralelas, como uso de laser para diminuir a quantidade de pelos. O tratamento das trans “é um luta contra a natureza”, comenta. Outro médico informa que o tratamento no Hospital M. é sempre pensado a partir da particularidade de cada caso, pois os hormônios devem ser receitados de acordo com a demanda do paciente. Às pessoas que desejam continuar com a funcionalidade do pênis, classificadas como travestis, é indicada uma taxa menor de hormônio para a feminilização, pois essas substâncias prejudicam o desempenho sexual. Porém, o médico ressalta que no Hospital a maioria dos pacientes são transexuais mesmo.

As sereias comentam que o uso de hormônio afeta a sexualidade delas. Algumas veem essas mudanças de modo positivo, como um sinal de feminilização, e outras

interrompem a administração dos fármacos devido a esses efeitos. Iara fala que, com o uso do hormônio, sua vida sexual melhorou, pois aumentou a libido, tendo agora ereções mais rapidamente, apesar de afirmar que não usa o pênis em suas relações sexuais. Parténope, que usa hormônio desde os 15 anos, diz que há muitos anos não tem ereção, mas que sente prazer. Tanto Iara como Parténope afirmam que a ejaculação muda bastante, “parece água”. A relação que cada uma tem com o hormônio vai justamente atestar o que o médico comentou: se a paciente é realmente transexual ou travesti. Se for transexual de verdade, a paciente não terá problema em perder a ereção:

[Pesquisadora] E essa história de mudança na libido?

[Liban] Eu não perdi. Eu acho que a libido com o hormônio em si você não perde. Eu acho que você só vai perder a libido tomando Androcur. Porque o hormônio feminino não vai empatar do hormônio masculino agir no seu corpo, ele é apenas uma reposição hormonal feminina. O seu hormônio masculino vai continuar lá agindo do mesmo jeito, só que tu vai ter uma dosagem maior de hormônio feminino. Todo ser humano tem hormônio masculino e feminino no corpo, o que vai mudar é a quantidade, se você for biologicamente homem vai ter mais masculino e se for mulher, mais feminino. Só que o Androcur vai interferir na ação do hormônio masculino, ou seja, ele vai diminuir o hormônio masculino do corpo, com isso você vai perder a libido. Eu não tenho medo, pois eu tenho a vontade de fazer a cirurgia. A libido que a gente fala é a ereção. Se você tomar Androcur você perde a ereção, é certeza. Não é assim de imediato, tomei hoje e pronto. Tipo tomando dois meses, três meses tomando Androcur você vai perder a ereção. Como eu quero fazer a cirurgia, para mim não vai fazer diferença. (Entrevista Liban, 28/05/2013).

Liban relata não ter problema em perder a ereção com o uso de hormônios, pois deseja realizar a cirurgia de transgenitalização. Esse efeito, para Pisinoe, é apontado como um dos motivos para ficar interrompendo a administração. Ela associa que a sua mudança de humor no período em que toma hormônio também é influenciada pela alteração da libido, que fica mais baixa:

[Pesquisadora] Tu já tomou hormônio?

[Pisinoe] Eu tenho problema com hormônio, porque já sou muito mal humorada, e o hormônio me deixa mais mal humorada ainda. Eu fico toda inchada, aí eu sempre tomo hormônio, mas não tenho uma receita para ficar tomando direto. Eu tomo três meses de *Androcur*, por exemplo, junto com outra coisa, como o *Premarin*⁵⁶, que são muito caros. Quando eu tomo o *Androcur* com o *Premarin*, por mês eu gasto em torno de trezentos reais. Tem outros que são mais baratos, mas como os efeitos desses são muito mais rápidos, é muito mais interessante fazer esse uso. O *Androcur* faz inibição da produção do hormônio masculino e o *Premarin* é uma reposição hormonal. Aí eu tomo e depois eu paro. Eu também tomo às vezes a *Perlutan* que dá massa muscular rapidinho, ele é um anticoncepcional injetável. Dependendo do organismo ele dá massa muscular.

[Pesquisadora] Quando tu começou a tomar hormônio, aos 18 anos foi por indicação de alguma amiga?

⁵⁶ Premarin é uma mistura de estrogênios obtidos de fontes exclusivamente naturais, indicado para casos de menopausa, osteoporose, vaginite atrófica, uretrite atrófica e hipoestrogenismo. Mais informações disponíveis em: <www.medicinanet.com.br/bula>.

[Pisinoe] Não. Foi aleatório. Sempre tinha essa conversa, fulaninha toma tal, fulaninha e sicraninha toma tal. Eu ia para os encontros de travestis, as meninas me diziam, “Pisinoe eu estou tomando isso e isso agora, tá tão bom”, aí eu dizia, assim que chegar em Fortaleza eu vou comprar. Aí comprava e tomava. Nascia um tumor de vez em quando, aí eu parava.

[Pesquisadora] Tumor?

[Pisinoe] Nasce, mulherzinha. Porque assim, você tem uma dosagem de hormônio e você não tem controle dessa dosagem de hormônio que o seu próprio organismo produz, aí você insere outro hormônio, tem um choque de hormônio no teu corpo. Em algum momento esse hormônio vai querer ser expulso e aí nasce o tumor. Tem várias meninas que de vez em quando nasce um furúnculo. Tudo por causa do hormônio. E não tem acompanhamento nem nada. Às vezes a dosagem tá alta, às vezes a dosagem tá baixa.

[Pesquisadora] Como tu adquire esses hormônios?

[Pisinoe] Eu não injetava na farmácia. Eu compro, tem uma amiga minha que é técnica de enfermagem, vai lá em casa e ela aplica.

[Pesquisadora] E como tu regula o período que tem que tomar?

[Pisinoe] Aí vai da loucura de cada uma. (risos) Tem umas que tomam duas por mês. Eu tomo uma por mês e mal, por que fica a semana com a bunda doendo, pois ela é oleosa.

[Pesquisadora] E quais o efeitos que tu viu?

[Pisinoe] Você fica mais redonda, bucho cresce também. Cresce tudo. Cresce tudo. Os pêlos diminuiram. A voz eu sempre tive essa voz de pato rouco. É uma forma feminina que vai dando. Peito por exemplo, logo fica bem redondinho. As glândulas incham rapidinho. Eu acho que com uns quatro meses tomando hormônio em uma dosagem legal e tranquila, com quatro meses tu já percebe peito. Quando eu fiz a cirurgia (implante de silicone) eu já tinha pele, mas não tinha peito, tinha um espaço. Tem meninas que não tem prótese e tem o peito do tamanho do meu, só de hormônio. Mas faz dois meses que eu não tomo hormônio, aí volta pêlo. Por exemplo, eu depilo com a *gillette*, quando eu uso hormônio eu fico tranquila, uma semana sem se depilar, quando eu não tomo hormônio tem que tirar umas três vezes na semana. O *Androcur*, por exemplo atrofia o pinto, não produz espermatozoide, a libido fica lá embaixo. Você fica calma, fica centrada, não fica eufórica. Eu acho que a minha chatice é por isso. (Entrevista Pisinoe, 10/05/2013).

O uso de diferentes técnicas não irá transformar um corpo em uma mulher ou homem de verdade (como se existisse algum verdadeiro). Essas categorias, como percebemos com os discursos das trans, são mais políticas que biológicas. A experiência trans produz uma permeabilidade e indistinção das fronteiras de sexo e gênero que não pode ser classificada estritamente como masculina ou feminina. O sexo/gênero pode ser pirateado através de substâncias que antes eram exclusivas de um corpo e que agora podem ser trocadas, compradas e administradas artificialmente.

Esse processo constante de busca do sexo verdadeiro no corpo visibiliza que a superfície deste possui uma permeabilidade que é regulada politicamente. Diferentes saberes são instituídos como verdade e utilizados para justificar o dimorfismo sexual e, conseqüentemente, a permanência de uma lógica hierárquica dos gêneros. A ciência que categoriza os sexos como naturalmente masculino ou feminino não é neutra, mas atravessada por diversos discursos. A sexualização do corpo foi cada vez mais se ampliando, de um campo macro, pela visualização da genitália, a um campo micro, no qual os cromossomos e as

moléculas do corpo são classificadas em masculinos e femininos. Não se trata mais de uma disparidade de “grau”, como no isomorfismo, mas de espécie. As mulheres são uma “espécie” completamente diferente dos homens, por mais parecidos que eles sejam. São distintos em sua anatomia, fisiologia, cromossomos, comportamentos, desejos etc.

Os hormônios, os órgãos, os genes, o corpo como um todo é sexualizado, mas não é qualquer tipo de sexualização que o atravessa. É a partir de um modelo binário de sexo que ocorre esse processo. Mesmo que o estrogênio e a testosterona sejam produzidos por homens e mulheres, há uma série de saberes científicos que irá classificar tais substâncias como feminilizantes e masculinizantes. O que pode variar entre homens e mulheres não é a sua presença ou ausência, mas a quantidade que é produzida por cada um. Dessa forma, os hormônios ditos femininos ou masculinos não são algo que pertence exclusivamente a cada um dos sexos. O uso de anabolizantes por atletas, as terapias de reposição hormonal para mulheres na menopausa, o consumo de hormônios por pessoas intersex e trans, entre outras intervenções, são alguns exemplos de como há um controle desses componentes para regular o sexo. Essa regulação da sexualidade não se constrói apenas a partir do binarismo, mas também de uma inscrição da heterossexualidade no corpo.

Os hormônios possibilitam que as pessoas trans façam uma “pirataria” do gênero (GALINDO; MÉLLO, 2010), não por produzirem uma versão falsa do feminino, mas por administrarem elementos que lhes são interditados. A testosterona e o estrogênio não são a masculinidade ou a feminilidade. Nada pode afirmar que os efeitos produzidos por essas substâncias são masculinos ou femininos. A única afirmação que pode ser feita é que geralmente essas substâncias estão presentes em maior quantidade em homens ou em mulheres. A masculinidade e a feminilidade não são um produto da natureza, mas do poder político. A anatomia, as sensações, os comportamentos foram agrupados, produzindo, assim, uma unidade fictícia que é o sexo, transformado em lócus de interioridade e unidade do eu. Nesse movimento, o sexo deixa de ser efeito e passa a ser origem (PRECIADO, 2008).

Os hormônios, o silicone industrial e uma série de outros tecnofármacos citados pelas sereias são alguns dos elementos que estão envolvidos no processo de subjetivação de travestis e transexuais e, conseqüentemente, no modo que elas compreendem a produção de saúde. As práticas envolvidas na produção de um corpo feminino pelas trans muitas vezes são apontadas pelo saber biomédico como padecedoras, perigosas e arriscadas. Dessa forma, devem ser reguladas e/ou proibidas, em um movimento que restringe a autonomia e liberdade das trans, que passam a ficar sob a tutela dos profissionais da saúde.

O que se observa, porém, é uma constante negociação de saberes, na qual as sereias se apropriam das produções médicas e as transformam, traduzem, distorcem e subvertem o seu significado. Os anticoncepcionais, por exemplo, foram fabricados para ser administrados por mulheres a fim de controlar a natalidade, porém as indicações das bulas desses fármacos são desvirtuadas pelas sereias em seus experimentos de produção do feminino. Apesar de uma busca constante de normatizar esses corpos que escapam da matriz heteronormativa e do binarismo de sexo/gênero, em suas práticas cotidianas as sereias escapam, nadando por outras rotas e construindo diferentes modos de subjetivação mais criativos e subversivos. Foucault (2009b, p. 105) alerta, “onde há poder, há resistência”.

6 FIM DA VIAGEM: ACABANDO O FÔLEGO

A viagem não acaba nunca. Só os viajantes acabam. E mesmo estes podem prolongar-se em memória, em lembrança, em narrativa. Quando o viajante se sentou na areia da praia e disse: “Não há mais que ver”, sabia que não era assim. O fim duma viagem é apenas o começo doutra. É preciso ver o que não foi visto, ver outra vez o que se viu já, ver na Primavera o que se vira no Verão, ver de dia o que se viu de noite, com sol onde primeiramente a chuva caía, ver seara verde, o fruto maduro, a pedra que mudou de lugar, a sombra que aqui não estava. É preciso voltar aos passos que foram dados, para repetir e para traçar caminhos novos ao lado deles. É preciso recomeçar a viagem. Sempre. (SARAMAGO, 1995, p. 387).

O fôlego para continuar nadando junto com as sereias acabou. Tenho agora que voltar para a terra firme e registrar as lembranças e memórias dessa viagem nos escritos da dissertação. Caminhamos por diferentes trilhas durante esse período, nos perdemos em alguns momentos, mudamos de rota, conhecemos paisagens diversas. Encerro esse percurso, mas não a vontade de continuar viajando e a curiosidade de explorar novos territórios.

Iniciamos nossa viagem realizando visitas exploratórias a equipamentos de saúde indicados como referência no atendimento de travestis e transexuais na cidade de Fortaleza. Observamos como a norma sexual heteronormativa e baseada no binarismo de sexo/gênero organiza as ações do serviço público de saúde e o processo de re-patologização das sexualidades não heterossexuais quando os serviços voltados para DST/aids e envolvidos no dispositivo transexualizador tornam-se os principais espaços institucionalizados para a saúde trans. Após as visitas exploratórias iniciais, começamos a dialogar com travestis e transexuais por entendermos que a saúde não pode ser reduzida a um problema do Estado, uma vez que a saúde atravessa todos os espaços e relações. Essa população produz saúde no cotidiano, negociando não só com os equipamentos oficiais do Estado, mas também construindo de modo singular práticas de saúde.

A falta de respeito ao uso do nome social foi uma das principais queixas das trans sobre o atendimento nos equipamentos de saúde. Como tentativa de evitar constrangimentos, elas passam a utilizar como alternativa o atendimento em clínicas particulares e em serviços de emergência. Observamos que, para as trans, a produção de saúde geralmente está associada à construção de um corpo belo e feminino. Para produzir um corpo feminino/saudável são utilizadas diversas tecnologias, como o uso de silicone industrial e a autoadministração de hormônios, que muitas vezes são apontadas pelo discurso oficial da saúde como práticas de risco e produtoras de doenças.

Concluimos que a principal demanda de saúde de travestis e transexuais é a construção de um corpo belo e feminino que se afasta do modo como o Estado tem atuado

para assistir essa população. Tal distanciamento é produzido, entre outras questões, pela adoção por parte do Estado de uma noção heteronormativa e binária de sexo e gênero como base de suas ações, que finda por excluir os corpos que escapam e subvertem a norma sexual. Em contrapartida à lógica normalizadora e para pensarmos em novas possibilidades de existência, Butler (2010) sustenta que é necessário se opor ao regime normativo dentro dele, já que não existe um espaço fora do poder, mas este pode ser subvertido e deslocado:

É preciso transformar o campo das instituições sociais em um vasto campo experimental, de forma a determinar quais são os parafusos a mexer, quais são os parafusos a afrouxar aqui ou ali para introduzir a mudança desejada; é preciso efetivamente desencadear uma operação de descentralização, por exemplo, para aproximar os usuários dos centros de decisão dos quais eles dependem e implica-los nos processos decisórios, evitando com isso essa espécie de integração globalizante que deixa as pessoas em uma completa ignorância de tudo o que condiciona tal ou tal interrupção. (FOUCAULT, 2010, p. 132).

As categorias identitárias, o sexo e o gênero produzidos pelo saber médico, jurídico, psicológico e político instituem normas que regulam quem pode consumir um hormônio específico, se comportar de determinado modo, ter seios, escolher um nome “masculino” ou “feminino”, realizar cirurgia de transgenitalização etc. Não se veem corpos; eles nunca existiram. O que se observa são homens e mulheres. Cada gesto é dotado de significado e valor, não há nada de natural nas expressões corporais, elas são socialmente moduláveis e o seu sentido está relacionado à simbologia específica de um grupo social (LE BRETON, 2006). Delicadeza, passos firmes, cruzar as pernas ao sentar e lutar são comportamentos que culturalmente são classificados como masculinos ou femininos. A expressão do feminino ou masculino não é simplesmente uma manifestação de sentimentos, mas um modo de nos comunicarmos com os outros, de nos tornarmos inteligíveis. Não se trata de algo espontâneo, mas faz parte de um ritual organizado que autoriza alguns a se comportarem de determinado modo e pune outros que ousarem subverter a norma.

As sereias, nessa norma sexual, são um quase sujeito, nem homem, nem mulher, nem dentro, nem fora da sociedade, sua humanidade é colocada em questão por transgredir a ideia habitual do humano. A sua definição social não está posta de forma clara e linear, pois esses corpos apresentam marcas da ambivalência de sexo no sangue, na carne e na pele, sinais estes que na cultura ocidental estão associados de modo excludente apenas ao sexo masculino ou ao feminino. Dessa forma, é necessário transformar esses corpos que fogem da regulação sexual constantemente para que sejam apagados, controlados, diluídos e familiarizados. Mas o corpo não é apenas uma matéria passiva sobre a qual uma série de dispositivos biopolíticos e normalizadores do sexo atua, nem apenas um efeito performático de uma série de discursos

sobre a identidade (PRECIADO, 2008). O corpo trans pode ser compreendido como o produto da uma reapropriação de agenciamentos coletivos e de certas tecnologias de gênero que possibilitam a construção de novas formas de subjetivação. Essas pessoas, mesmo que não intencionalmente, produzem um bioterrorismo de gênero. Todos esses deslocamentos colocam em questão a natureza do sexo/gênero e a possibilidade de transitar sem regulação por diferentes formas de viver a sexualidade. A resistência à norma possibilita a criação de outras formas de se relacionar consigo e a produção de novas corporeidades. O sexo pode ser compreendido como singular e o número de sexos poderia, assim, corresponder ao número de indivíduos existentes.

O gênero pode ser compreendido como um devir, sem origem ou fim. “O des-reconhecimento, a des-identificação é uma condição de emergência do político como possibilidade de transformação da realidade” (PRECIADO, 2008, p. 284, tradução nossa)⁵⁷. O *queer* entende que ser classificado como anormal ou perverso pode produzir não só a docilização e o controle dos corpos, como também modos de vida inventivos. Os corpos não são dóceis, são vibráteis, eles resistem ao controle e subvertem as normas (PRECIADO, 2008). O domínio da abjeção pode se tornar um terreno de potência criativa. Aqueles que foram marcados pela vergonha por ousarem exhibir a sua sexualidade se apropriam dessa vivência como manifestação política. Desse modo, é possível resistir e produzir criativamente novas formas de estar no mundo e, conseqüentemente, de se relacionar com as categorias de sexo/gênero.

⁵⁷ “El des-reconhecimento, la des-identificación es una condición de emergencia de lo político como posibilidad de transformación de la realidad.” (PRECIADO, 2008, p. 284).

REFERÊNCIAS

- ARÁN, Mácia; Zaidhaft, Sérgio; Murta, Daniela. Transexualidade: corpo, subjetividade e saúde coletiva. **Revista Psicologia e Sociedade**, 20 (1): 70-79, 2008
- _____; Murta, Daniela; Lionço, Tatiana. Transexualidade e saúde pública no Brasil. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 14, n. 4, p. 1141- 1149, 2009.
- ARAÚJO, Inês. Subjetividade e linguagem são mutuamente excludentes? **Princípios: Revista de Filosofia**, v. 14, n. 12, jan-jun, p. 83-105, 2007.
- _____. A noção de discurso em Foucault. *In*: _____. **Do signo ao discurso: introdução à filosofia da linguagem**. 2. ed. São Paulo: Parábola, 2008.
- ATHAYDE, Amanda. Transexualismo Masculino. **Revista de Arquivos Brasileiros de Endocrinologia**, v. 45, n. 4, 2011.
- AUSTIN, John L. **Quando dizer é fazer**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.
- BEIRAS, Adriano; Nuernberg, Adriano; Adrião, Karla. Estudos de gênero na psicologia brasileira: perspectivas e atuações da terceira geração. **Revista Athenea digital**, v. 12, n. 3, p. 2013-2016, 2012.
- BENEDETTI, Marcos. **Toda Feita: o corpo e o gênero das travestis**. Rio de Janeiro. Garamond Universitária, 2005.
- BENTO, Berenice. **A reinvenção do corpo: sexualidade e gênero na experiência transexual**. Rio de Janeiro: Guaramond, 2006.
- _____. Identidade de gênero: entre a gambiarra e o direito pleno. **Carta Potiguar**. 29 de maio de 2012. Disponível em: <www.cartapotiguar.com.br/2012/05/29/identidade-de-genero-entre-a-gambiarra-e-o-direito-pleno/>. Acesso em: 20/01/2013
- _____; Pelúcio, Larissa. Despatologização do gênero: a politização das identidades abjetas. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 20, n. 2, p. 569-581, maio/agosto, 2012.
- BOZON, Michel. **Sociologia da sexualidade**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2004.
- BRANDÃO, Helena. **Introdução à análise do discurso**. 3. ed. Campinas, São Paulo: Editora da Unicamp, 2012.
- BRASIL. **Lei nº 6.015**, de 31 de dezembro de 1973. Dispõe sobre os registros públicos. Brasília, DF, 1973
- _____. Ministério da Saúde. **Lei Federal nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Brasília, DF, 1990.
- _____. Conselho Nacional de Combate à Discriminação. **Brasil Sem Homofobia: Programa de combate à violência e à discriminação contra GLTB e promoção da cidadania homossexual**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **A construção do SUS: história da Reforma Sanitária e do Processo Participativo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. **Plano nacional de enfrentamento da epidemia de Aids e das DST entre gays, HSH e travestis**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM n. 1.707**, 18 de agosto 2008. Processo Transexualizador. 2008a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n° 457**, 19 de agosto de 2008. Processo Transexualizador. Brasília, DF, 2008b.

_____. **O SUS de A a Z: garantindo saúde no municípios**. Ministério da Saúde, Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009a.

_____. Secretaria Especial Dos Direitos Humanos. **Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais**. Brasília: Secretaria Especial Dos Direitos Humanos, 2009b.

_____. **Plano integrado de enfrentamento da feminização da epidemia de Aids e das DST**. Revisado. Brasília: Ministério da Saúde, 2009c.

_____. **Portaria N° 1.820**, de 13 de agosto de 2009. Direitos e deveres dos usuários da saúde. Brasília: Ministério da Saúde. 2009d.

_____. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

_____. **Política Nacional de Saúde Integral da população negra: uma política do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

_____. **Política Nacional de Saúde Integral das populações do campo e da floresta**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

_____. **Portaria n° 122**, de 25 de janeiro de 2011. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

_____. **Relatório sobre violência homofóbica no Brasil: ano de 2011**. Brasília, DF: Secretaria de Direitos Humanos, 2012.

_____. **Portaria n° 859**, 30 de julho de 2013. Processo transexualizador. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

BUTLER, Judith. Entrevista a Prins, B; Meijer, I. C. Como os corpos se tornam matéria: entrevista com Judith Butler. **Revista Estudos Feministas**, v. 10, n. 1, p.155-167, 2002.

_____. O parentesco é sempre tido como heterossexual? **Cadernos Pagu**, 21, p. 219- 260, 2003.

_____. **Cuerpos que importan:** sobre los límites materiales y discursivos del “sexo”. 2. ed. Buenos Aires: Páidos, 2008. (Original publicado em 1993).

_____. **Problemas de Gênero:** Feminismo e subversão da identidade. (Liban Aguiar, Trad.). 3 ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2010 (Original Publicado em 1990).

CAMPO-ARIAS, Adalberto; HERAZO, Edwin. Homofobia en estudiantes de medicina: una revisión de los diez últimos años. **MedUNAB**, 11, p. 120-123, 2008

_____; _____. Edwin; COGOLLO, Zuleima. Homofobia among nursing students. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 44, n. 3, 2010.

CARRARA, Sergio; VIANNA, Adriana. “Tá lá o corpo estendido no chão...”: a Violência Letal contra Travestis no Município do Rio de Janeiro. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 233-249, 2006.

CASTRO, Edgardo. **Vocabulário de Foucault:** Um percurso pelos seus temas, conceitos e autores. Tradução de Ingrid Muller Xavier. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2009.

CERQUEIRA-SANTOS, Elder *et al.* Percepção de usuários gays, lésbicas, bissexuais e transgêneros, transexuais e travestis do sistema único de saúde. **Revista Interamericana de Psicologia**, v. 4, n. 2, p. 235-245, 2010.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 1.482/97:** Cirurgia de transgenitalismo, 1997.

_____. **Resolução CFM nº 1.652/02:** Cirurgia de transgenitalismo, 2002.

_____. **Resolução CFM nº 1.955/10:** Cirurgia de transgenitalismo, 2010.

COELHO, Juliana. **Bastidores e estreias:** performers trans e boate gays “abalando” a cidade. 2009. Dissertação (Mestrado em Sociologia) - Programa de Pós-graduação em Sociologia, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2009.

CORRÊA, Mariza. **Não se nasce homem.** Trabalho apresentado no Encontro “Masculinidades/Feminilidades”, nos “Encontros Arrábida 2004”, Portugal, 2004.

CORRÊA, Marilena; ARÁN, Márcia. Tecnologias e normas de gênero: contribuições para o debate da bioética feminista. **Revista Bioética**, v.2, n.16, p. 119-206, 2008.

DSM-IV. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais.** Porto Alegre: Ed. Artes Médicas, 1995.

FAUSTO-STERLING, Anne. Dualismos em duelo. **Cadernos Pagu**, Campinas, n. 17-18, 2002.

FOUCAULT, Michel. **Herculine Barbin:** o diário de um hermafrodita. Rio de Janeiro: Parténope Alves, 1982.

_____. **As palavras e as coisas:** uma arqueologia das ciências humanas. 7. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1995.

_____. **A ordem do discurso:** Aula inaugural no Collège de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970. São Paulo: Loyola, 1996.

_____. **Resumo dos cursos do Collège de France (1970-1982).** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.

_____. **Em defesa da sociedade:** curso no Collège de France (1975-1976). São Paulo: Martins Fontes, 1999.

_____. **Os anormais:** curso no Collège de France (1974-1975). São Paulo: Martins Fonseca, 2001.

_____. **A verdade e as formas jurídicas.** Rio de Janeiro: NAU Editora, 2003.

_____. **Por uma vida não-facista.** Coletivo sabotagem. 2004. Disponível em: <www.sabotagem.revolt.org>. Acesso em: 10/03/2012

_____. **Arqueologia do Saber.** Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008a.

_____. **O nascimento da biopolítica:** curso no Collège de France (1978-1979). São Paulo: Martins Fonseca, 2008b.

_____. **Microfísica do Poder.** Tradução de Roberto Machado. 28. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2009a.

_____. **História da sexualidade I:** a vontade de saber. 19. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2009b.

_____. **Ditos e Escritos V:** Ética, Sexualidade, Política. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010.

FREIRE, Letícia. Seguindo Bruno Latour: notas para uma antropologia simétrica. **Revista Comum**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 26, p. 46-65, jan/jun. 2006.

GADELHA, José Juliano. **Masculinos em mutação:** a performance drag queen em Fortaleza. Dissertação (Mestrado em Sociologia) - Programa de Pós-graduação em Sociologia, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2009.

GALINDO, Dolores; MÉLLO, Ricardo. Piratarías de gênero: Experimentos estéticos queer-copyleft. *Psico*, Porto Alegre, n.2, pp 239-245, abr/jun, 2010.

GALINDO, Dolores; VILELA, Renata; MOURA, Morgana. Uma dose queer: performances tecnofarmacológicas no uso informal de hormônios entre travestis. *In:* SOUZA, Leonardo; GALINDO, Dolores; BERTOLINE, Vera (Orgs). **Gênero, corpo e ativismos.** Cuiabá, MT: UFMT, 2012.

GAMSON, Joshua. As sexualidades, a teoria *queer* e a pesquisa qualitativa. In: DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y.S. **O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens**. Porto Alegre: Artmed/Bookman, 2006. p. 345-362.

GARAY, A; IÑINGUEZ, L; MARTINEZ, L. M. La perspectiva discursiva em Psicologia social. **Revista Subjetividad y Procesos Cognitivos**. 2003. Disponível em: <<http://gemma.atipic.net/pdf/380ad20809H.pdf>>. Acesso em:05/04/2012

GONZÁLEZ, María; LINCONA, Nelso. Normalización del discurso homofóbico. Aspecto bioético. **Acta Bioethica**, v.12, n.2, 2006.

HALL, Stuart. Quem precisa de identidade? In: SILVA, Tomaz Tadeu da (Org). **Identidade e diferença: A perspectiva dos estudos culturais**. Tradução de Tomaz Tadeu da Silva. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2008.

HARAWAY, Donna. Manifesto Ciborgue: Ciência, tecnologia e feminismo-socialista no final do século XX. In: TADEU, Tomaz. **Antropologia do ciborgue: as vertigens do pós-humanos**. 2. ed. Belo Horizonte: autêntica Editora, 2009.

HOUAISS, Antônio. **Dicionário Houaiss da língua portuguesa**. São Paulo: Editora Objetiva, 2009.

IBÁÑEZ, Tomás. O “Giro Linguístico”. In: INIGUEZ, Lupicínio. **Manual de análise do discurso em ciências sociais**. Tradução de Vera Lucia Joscelyne. Petropolis, RJ: Vozes, 2004.

ÍÑIGUEZ, Lupicínio. **Manual de análise do discurso em ciências sociais**. Tradução de Vera Lucia Joscelyne. Petropolis, RJ: Vozes, 2004.

INTERSEX SOCIETY OF NORTH AMERICA (ISNA). Disponível em: <<http://www.isna.org/>>. Acesso em: 23 de out. 2010.

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

LATOUR, Bruno. **A Esperança de Pandora: ensaios sobre a realidade dos estudos científicos**. Bauru, SP: EDUSC, 2001.

_____. “Não congelarás a imagem”, ou: como desentender o debate ciência e religião. **MANA**, v. 10, n. 2, p. 349-376, 2004.

_____. **Jamais Fomos modernos: ensaio de antropologia simétrica**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora 34, 2009.

LAW, John. Notes on the Theory of Actor-Network: Ordering, Strategy and Heterogeneity. **Systems Practice**, v.5, n. 4, 1992.(Tradução de Fernando Manso). Disponível em: <<http://www.necso.ufrj.br>, 1992>. Acesso em: 15/06/2012

LE BRETON, David. **A sociologia do corpo**. Petrópolis – RJ: Vozes, 2006.

LIMA, Lúcia. **Uso do nome social como estratégia de inclusão escolar de transexuais e travestis**. 2013. Tese (Doutorado em Psicologia Social) - Programa de Pós-graduação da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2013.

LIONÇO, Tatiana. Que direito à saúde para a população GLBT? Considerando direitos humanos, sexuais e reprodutivos em busca da integralidade e da equidade. **Revista Saúde Sociedade**, São Paulo, v. 17, n.2, p. 11-21, 2008.

LOURO, Guacira. **O Corpo Educado: Pedagogias da Sexualidade**. 2. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2007.

_____. **Um corpo estranho: ensaios sobre sexualidade e teoria queer**. Belo Horizonte: Autêntica, 2008.

MACHADO, Paula S. **O sexo dos anjos: representações e práticas em torno do gerenciamento sociomédico e cotidiano da intersexualidade**. 2008. Tese (Doutorado em Antropologia Social), Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

MEDRADO, Benedito; LYRA, Jorge. Por uma matriz feminista de gênero para os estudos sobre homens e masculinidades. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 16, n. 3, p. 809-840, setembro-dezembro, 2008.

MELLO, Luiz *et al.* **Sexualidad, Salud y Sociedad -Revista Latinoamericana**, n. 9, p. 7-28, 2011.

MÉLLO, Ricardo Pimentel. **A construção da noção de abuso sexual infantil**. Belém: EDUFPA, 2006.

_____. Corpos, heteronormatividade e performances híbridas. **Psicologia & Sociedade**, v. 24, n. 1, p. 197-207, 2012.

_____; DI PAOLO, Angela. Subjetivações, identidades e o linguajar. **Estudos e pesquisa em psicologia**, UERJ, v. 7, n. 3, p. 490-501, 2007.

_____; LIMA, Lúcia. As vicissitudes da noção de gênero: por uma concepção estética e antiessencialista. **Gênero na Amazônia**, Belém, n. 1, jan-jun, 2012.

_____. *et al.* Construcionismo, Práticas Discursivas e possibilidades de pesquisa em psicologia social. **Psicologia e Sociedade**, v. 19, n. 3, p. 26-32, 2007.

_____; SAMPAIO, Juliana. Corpos intersex borrando as fronteiras do discurso médico. **Revista NUFEN**, v. 4, n. 1, p. 04-19, jan-jun, 2012.

MENEGON, Vera. Por que jogar conversa fora? Pesquisando no cotidiano. *In*: SPINK, M. J. (Org.). **Práticas discursivas e produção de sentido no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. 3. ed. São Paulo: Cortez. 2004. p. 215-242.

_____. Tecnologias em saúde reprodutiva: implicações nos modos de ser contemporâneos. *In*: JOBIM, Solange; MORAIS, Márcia (Org). **Tecnologias e modos de ser no contemporâneo**. Rio de Janeiro: Ed. PUC-Rio: 7 letras, 2010.

MISKOLCI, Richard. Teoria *Queer* e a sociologia: o desafio de uma analítica da normalização. **Revista Sociologias**, Porto Alegre - RS, ano 11, n. 21, jan/jun, p. 150-182, 2009.

_____. Não ao sexo rei: da estética da existência foucaultiana à política *queer*. In: SOUSA, L.; SABATINE, T; MAGALHÃES, B. (Orgs.). **Michel Foucault: sexualidade, corpo e direito**. Marília: Oficina Universitária; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2011.

MONTOYA, John; BECERRA, Andrea. Reconfiguraciones de género e vulnerabilidad al VIH/SIDA em mujeres transgénero en Colombia. **Revista Gerencia y Políticas de Salud**, vol 9, Nº 18 Bogotá, jan-jun, 2010.

NOGUEIRA, Francisco. **A saga da beleza: um estudo das transformações corporais na 'experiência travesti'**. Dissertação (Mestrado em Sociologia) - Programa de Pós-graduação em Sociologia, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2009.

OLIVEIRA, Marcos. **Sereias, Iaras e Iemanjás: A sedução da Alma**. S/d. Disponível em: <www.rubedo.psc.br/artigos/sereias.htm>. Acesso em: 20/07/2013

PELÚCIO, Larissa. **Nos nervos, na carne, na pele: uma etnografia travesti sobre o modelo preventivo de aids**. 2007. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) - Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2007.

PELÚCIO, Larissa; MISKOLCI, Richard. A prevenção do desvio: o dispositivo da aids e a repatologização das sexualidades dissidentes. **Sexualidad, Salud y Sociedad: Revista Latinoamericana**. Vol. 1, p. 125-157. Rio de Janeiro: CLAM-IMS-UERJ, 2009.

PERES, Wilian. Travestis: corpos nômades, sexualidades múltiplas e direitos políticos. In: SOUZA, Luiz; SABATINE, Thiago; MAGALHÃES, Boris (Orgs.). **Michel Foucault: sexualidade, corpo e direito**. Marília: Oficina Universitária; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2011.

PINHEIRO, Odette. Entrevista: uma prática discursiva. In: SPINK, Mary Jane (Org.). **Práticas discursivas e produção de sentido no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2004.

PRECIADO, Beatriz. **Manifiesto contra-sexual** – praticas subversivas de identidade sexual. Madri: Ed. Opera Prima, 2002.

_____. **Testo Yonqui**. Madri: Espanha Calpe, 2008.

_____. Multidões *Queer* – Notas para uma política dos 'anormais' (s.d.) **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 19, n. 1, p. 11-20, 2011.

PRÓCHNO, Caio; ROCHA, Rita. O jogo do nome nas subjetividades travestis. **Psicologia e Sociedade**, v. 23, n. 2, p. 257-261, 2011.

RINALDI, Doris. O corpo estranho. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fund.**, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 440-451, 2011.

ROSE, Nikolas. Como se deve fazer a história do eu. **Educação & Realidade**, v. 26, n. 1, p. 33-57, 2001.

ROMANO, Valéria. Inclusão não homofóbica: um diálogo entre estudantes de medicina e travestis. **Revista Brasileira de Med. Fam. e Com.**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 10, jul-set, 2007.

SANTOS, Ana. Sexualidades Politizadas: ativismos nas áreas da AIDS e da orientação sexual em Portugal. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 18 (3): 595-611, mai-jun, 2002.

SANTOS, Boaventura de Sousa. **A Gramática do tempo: para uma nova cultura política**. São Paulo, Cortez, 2006.

SARAMAGO, José. O viajante volta já. *In: _____*. **Viagem a Portugal**. Alfragide – Portugal: Editorial Caminho, 1995. p. 387-388.

SCOTT, Joan. **Gênero: uma categoria útil de análise histórica**. **Educação & Realidade**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 71-99, jul./dez.1995.

SEDGWICK, Eve. A epistemologia do armário. **Cadernos Pagu**, v. 28, n. 1, p. 19-54, 2007.

SIMÕES, Júlio; FACCHINI, Regina. **Na trilha do arco-íris: do movimento homossexual ao LGBT**. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2009.

SILVA, Hélio. **Travesti, a Invenção do Feminino**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993.

SILVA, Fernando; TONELI, Juraci; BECKER, Simone. Ele é feita para apanhar/ela é bom de cuspir / Maldito Geni: especulações sobre a condição de abjetos vivida por travestis. **Revista Científica eletrônica de psicologia**, n. 10, 2010.

SOUZA, Celina. Políticas públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, Porto Alegre, ano 8, n. 16, p. 20-45, jul/dez 2006.

SOUZA, Leonardo; GALINDO, Dolores ; BERTOLINE, Vera (Orgs.). **Gênero, corpo e ativismo**. Cuiabá, MT: UFMT, 2012.

SOUZA, Luiz; SABATINE, Thiago; MAGALHÃES, Boris (Orgs.). **Michel Foucault: sexualidade, corpo e direito**. Marília: Oficina Universitária; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2011.

SOUZA, Marta *et al.* Itinerário Terapêutico de travestis da região central do Rio Grande do Sul. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 18, p. 1085, 2013.

SPARGO, Tamsin. **Foucault e a Teoria Queer**. 1. ed. Editora: UFJParténope, 2009.

SPINK, Mary Jane. A ética na pesquisa social: da perspectiva prescritiva à interanimação dialógica. **Psico**, v.31, n.1, p. 7-22, jan/jul, 2000.

_____. (Org.). **Práticas discursivas e produção de sentido no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2004.

_____; MEDRADO, Benedito. Produção de sentido no cotidiano: uma abordagem teórico-metodológica para análise das práticas discursivas. *In*: SPINK, Mary Jane (Org.). **Práticas discursivas e produção de sentido no cotidiano**: aproximações teóricas e metodológicas. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2004.

_____; SPINK, Peter. **Práticas cotidianas e a naturalização da desigualdade**: uma semana de notícias de jornais. São Paulo: Cortez, 2006.

_____. “Do rato não!” materialidades e socialidades na compra de cigarros. **Psico**, v.40, n.1, p.110-120, jan/mar, 2009.

_____. **Linguagem e produção de sentidos no cotidiano**. Rio de Janeiro: Centro Eudelstein de Pesquisas Sociais, 2010.

_____. Pessoa, Indivíduo e Sujeito: Notas sobre efeitos discursivos de opções conceituais. *In*: _____; FIGUEIREDO, Pedro; BRASILINO, Jullyane. **Psicologia social e personalidade**. Rio de Janeiro: Centro Eudelstein de Pesquisas Sociais, 2011a.

_____. Riscos antecipados: regimes de verdade e regimes de esperança na administração de agravos à saúde. Texto apresentado na mesa redonda “saúde coletiva, risco e biopolítica”, V congresso Brasileiro de Ciências Sociais e humanas em Saúde, **ABRASCO**. USP, 17 a 20 de abril de 2011b.

_____; FIGUEIREDO, Pedro; BRASILINO, Jullyane. **Psicologia social e personalidade**. Rio de Janeiro: Centro Eudelstein de Pesquisas Sociais, 2011a.

SPINK, Peter. Pesquisa de campo em psicologia social: uma perspectiva pós-construcionista. **Revista Psicologia e Sociedade**, v. 15, n. 2, p. 18-42, jul/dez. 2003.

_____. Análise de documentos de domínio público. *In*: SPINK, Mary Jane (Org.). **Práticas discursivas e produção de sentido no cotidiano**: aproximações teóricas e metodológicas. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2004

TADEU, Tomaz. Nós, ciborgue: o corpo elétrico e a dissolução do humano. *In*: _____. **Antropologia do ciborgue**: as vertigens do pós humanos. 2. ed. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2009.

TEDESCO, Silvia; VALVIESSE, Karla. Linguagem e criação: considerações a partir da pragmática e da filosofia de Bergso. **Revista Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 61, n. 2, 2009.

TEIXEIRA, Flavia. Histórias que não tem era uma vez: as (in) certezas da transexualidade. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 20, n. 2, p. 256, maio-agosto/2012.

VALE, Alexandre Fleming Câmara. **O vôo da beleza**: travestilidade e devir minoritário. 2005. Tese (Doutorado em Sociologia) - Programa de Pós-graduação em Sociologia, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2005.

VUJOSEVICH, Jorge; GIMÉNEZ, Liliana; GODOY, Cecilia; MOREIRA, Stella. Travestis y VIH: cuando expandir las fronteras del sistema de salud pública constituye un desafío inmediato. **Archivos Hispanoamericanos de Sexología**, vol IX, N° 2, 2003.

WEEKS, Jeffrey. O corpo e a sexualidade. *In*: LOURO, Guacira (Ed.). **O Corpo Educado: Pedagogias da Sexualidade**. Belo Horizonte: Autêntica, 2007.

Sites:

<http://www.fortaleza.ce.gov.br/regionais>

<http://www.aids.gov.br/>

<http://www.medicinanet.com.br/bula>.

<http://www.psiqweb.med.br>

APÊNDICE A - GUIA DE PERGUNTAS

Atendimento no serviço de saúde:

- 1) Quando você fica doente, onde você costuma ir? Por quê?
- 2) Os profissionais te chamam pelo nome social?
- 3) Como são esses atendimentos? Alguma vez teve algum problema?
- 4) Você já precisou ser internada em algum hospital? Em que ala você ficou (masculina ou feminina)?
- 5) Como você acha que deveria ser o atendimento para as trans no sistema público de saúde?

Tecnologias corporais:

- 1) Você utiliza ou utilizou hormônio? Como consegue ou conseguia? Quais eram os efeitos (positivos e negativos)?
- 2) Você colocou silicone em alguma parte do corpo? Como foi o processo?
- 3) Existe alguma mudança que você ainda gostaria de fazer? Qual?