



## DISPOSITIVO DA SEXUALIDADE E SAÚDE PARA TRANSGÊNEROS NAS TRILHAS DE FORTALEZA

Juliana Viera Sampaio<sup>1</sup>  
Idilva Maria Pires Germano<sup>2</sup>

**Resumo:** O objetivo dessa pesquisa é analisar os efeitos do dispositivo da sexualidade na rede de saúde voltada para pessoas transgêneros na cidade de Fortaleza. Para isso foram realizadas visitas a diferentes espaços voltados para o atendimento em saúde dessas pessoas, além de conversas com transgêneros e profissionais da saúde. Tendo em vista que vivemos em uma sociedade heteronormativa e que se organiza a partir do binarismo de sexo e gênero, compreendo que os corpos que resistem à divisão padrão mulher-vagina-feminino ou homem-pênis-masculino são destinados a zonas de invisibilidade e abjeção. No âmbito do sistema de saúde, normas baseadas em tal binarismo passam a produzir corpos de sexualidade perigosa e por isso devem ser controlados e vigiados. Observamos que as pessoas transgêneros na cidade de Fortaleza são público alvo dos atendimentos de saúde, sobretudo no caso de prevenção, diagnóstico e tratamento de DST/AIDS. A ambiguidade dos corpos transgêneros provocam fissuras na norma sexual, ao apresentarem marcas que estão associadas de modo excludente apenas ao sexo masculino ou ao feminino. Dessa forma, essas pessoas tornam-se alvo constante de tecnologias de governamentalidade a fim de normalizá-las, enquanto, ao mesmo tempo, são consideradas ilegítimas, não-sujeito.

**Palavras-chave:** Heteronormatividade. Transgênero. Saúde.

### Escolhendo um destino: Movimento LGBT e aids

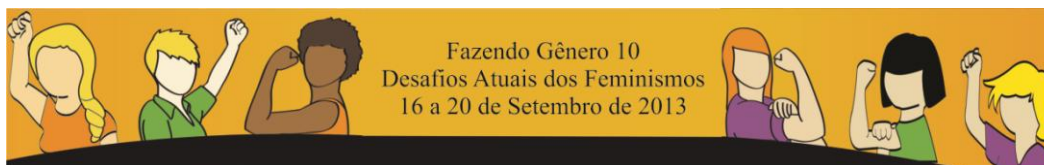
A organização do movimento de lésbicas, gays, bissexuais e transgêneros (LGBT) no Brasil tem uma história recente que se inicia no final da década de 1970 influenciada pelas lutas feministas e étnicas (Gamson, 2006). Esse movimento passa a ganhar maior visibilidade na década de 1980 com o surto epidêmico da aids<sup>3</sup> (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida). 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 dessa população. Apesar disso, se produziu em torno da aids uma

<sup>1</sup> Psicóloga e Mestranda em Psicologia pela Universidade Federal do Ceará, Fortaleza-Brasil.

<sup>2</sup> Doutora em Sociologia. Professora Associada do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Ceará, Fortaleza-Brasil.

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



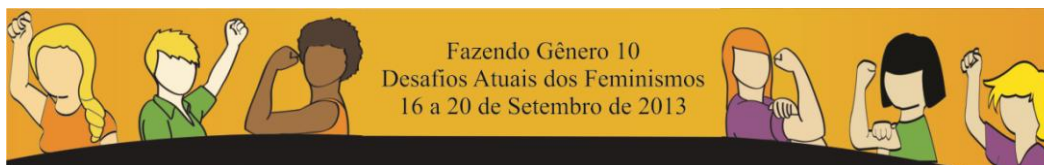
série de ações voltadas para as pessoas afetadas pelo vírus, como também para possíveis vítimas, entre elas os gays. Essas atividades favoreceram o fortalecimento do movimento homossexual no Brasil. Muitas associações e grupos gays foram fundados nesse período a partir do financiamento de programas governamentais 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, 2007, 2009a, 2009b, 2010) no Brasil voltadas especificamente para a população LGBT.

As políticas construídas pelo governo brasileiro em associação com o movimento LGBT têm como proposta assegurar direitos até então “negados” às pessoas que resistem de algum modo ao padrão heterossexual. O combate ao preconceito e à discriminação são temáticas constantes nesses documentos, podendo ser observadas nos objetivos e nas diretrizes desse material. Um exemplo da centralidade do combate ao preconceito nesses textos pode ser visualizado no objetivo geral da “Política Nacional de saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais” (2010) 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.” (Brasil, 2010, p.16).



A eliminação da discriminação e preconceito é um discurso que se repete em outras políticas como no “Programa Brasil sem homofobia” (2004) e no “Plano Nacional de promoção da cidadania e direitos humanos de LGBT” (2009a). Analisando as políticas públicas voltadas para a população LGBT surge o questionamento em relação à sua efetividade em assegurar direitos e, mais especificamente, eliminar o preconceito. Pois vivemos em uma sociedade organizada a partir do modelo heterossexual na qual existem apenas duas possibilidades de viver que são legitimadas: mulher-vagina-feminino ou homem-pênis-masculino.

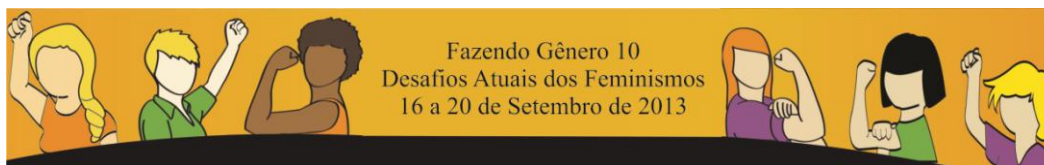
Essa norma sexual atravessa os mais diferentes espaços, determinando qual banheiro podemos usar, que roupa vestir, quem desejar, que política pública (Brasil, 2007, 2009b) irá nos assistir etc. Conseqüentemente, esse modelo de sexualidade naturalizado poderá provocar diferentes efeitos, como por exemplo, dificultar a efetivação das “políticas públicas LGBT”. Pois quando ocorre algum atendimento na área da saúde, ou em outros espaços da sociedade, há uma pré-suposição que o público será formado por pessoas que estão dentro da norma sexual vigente. Conseqüentemente, as necessidades específicas dos indivíduos que escapam a esse padrão serão invisibilizadas, como no caso de mulheres lésbicas que são orientadas sobre o uso de medicamentos contraceptivos e submetidas a exames ginecológicos invasivos e desnecessários; travestis e transexuais que não são chamadas pelo seu nome social ou não recebem qualquer informação sobre o uso adequado de hormônios etc.

Dessa forma, nos interessa especificamente analisar o que a norma sexual instituída tem produzido no território da saúde. Pois esse é um lugar privilegiado no controle dos corpos, além de se configurar como um espaço no qual alguns discursos sobre o sexo ganham *status* de verdade<sup>4</sup> (Foucault, 2009a).

Entendemos que o estabelecimento da heterossexualidade como padrão normal de sexualidade produz efeitos na rede de saúde, estabelecendo quem pode ou não frequentar determinados espaços. Nesse processo de visibilização da heterossexualidade se excluem outros corpos que escapam da norma reguladora. Questionamos se apenas a construção de políticas públicas, sem uma análise anterior sobre a instituição de um modelo único de sexualidade, é suficiente para que as pessoas fora do padrão sexual dito “normal” passem a ser usuárias dos equipamentos voltados para a saúde.

---

<sup>4</sup> “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).



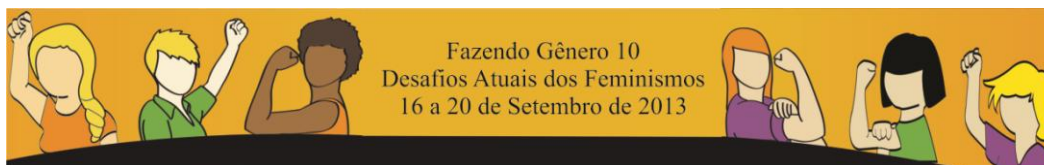
## **Bússola: dispositivo da sexualidade e heteronormatividade**

A bússola é um instrumento importante quando viajamos para lugares novos, pois ela nos aponta o caminho “correto” 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. Os estranhamentos sucessivos propostos pelos autores (Spink, 2004; Spink e Medrado, 2004) que utilizam as práticas discursivas como metodologia é 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.33). As práticas discursivas possibilitam observar tanto acontecimentos cristalizados e normalizados, como também, fissuras e resistências que borram fronteiras da regularidade. As práticas discursivas ganham destaque nessa pesquisa por permitir analisar os efeitos do dispositivo da sexualidade sobre a rede de saúde, como também possibilita subverter a naturalização de conceitos como sexo e gênero.

O conceito de práticas discursivas foi formulado inicialmente por Foucault (1995) e vem orientando, no Brasil, pesquisas de Spink (2004) e colaboradores (Spink e Spink, 2006; Spink; Figueiredo e 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 e Medrado, 2004, p.45). Estas são permeadas por 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).

Partiremos de uma perspectiva foucaultiana para construir nossos caminhos por nos permitir estranhar práticas concebidas como naturais e historicizar as disputas entre saber e poder na construção da sexualidade como categoria central em nossa sociedade. Foucault (2009b) observa que, a partir do século XVIII, o sexo começa a se configurar como alvo de diferentes saberes na sociedade ocidental. As pessoas foram incitadas a cada vez mais falar ou confessar sobre o seu sexo nas mais diferentes relações: médico-paciente, pedagogo-aluno, pai-filho, juiz-delinquente, psiquiatra-louco, psicanalista-histérica etc.



A sexualidade é o nome que se pode dar a um dispositivo histórico; não à realidade subterrânea que se apreende com dificuldade, mas à grande rede da superfície em que a estimulação dos corpos, a intensificação dos prazeres, a incitação ao discurso, a formação dos conhecimentos, o reforço dos controles e das resistências, encadeiam-se uns aos outros, segundo algumas grandes estratégias de saber e poder. (FOUCAULT, 2009b, p. 117).

A sexualidade tem um lugar privilegiado no controle e na docilização dos corpos, dessa forma, se tornou um objeto fundamental no exercício do poder e no modo como nos subjetivamos. Portanto, alguns discursos sobre a sexualidade foram instituídos como verdade e tiveram como efeito de poder a constituição de normas que interditam e permitem determinadas práticas, ditam o que é normal e patológico e por fim estabelecem determinados modos de viver.

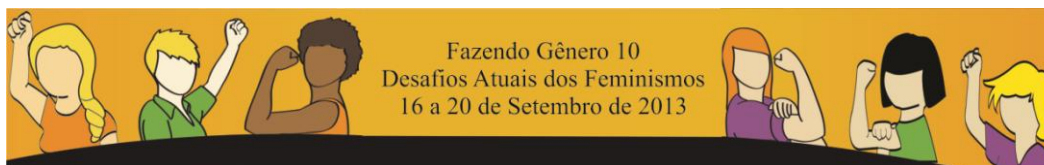
A ideia de que o sexo tem leis próprias e que vai além do corpo e do somático, das sensações e dos prazeres vai sendo constituída nesse período. Com efeito, a sexualidade passa a ser o lugar da verdade do sujeito, onde todos os seus segredos podem ser desvelados e seus desejos mais íntimos serão descobertos. Quando conhecemos o nosso sexo devemos começar a nos vigiar, pois os nossos desejos são perigosos e devem ser controlados. É essa verdade confessada, transformada em fala, esse testemunho contra si, que possibilita a construção da subjetividade.

Essa centralidade do sexo na nossa constituição como sujeitos passa a ser discutida por diferentes autores vinculados ao movimento *queer* que, inspirados pelos estudos de Foucault, nos oferecem novas contribuições teóricas e questionamentos para analisarmos os efeitos do dispositivo da sexualidade na contemporaneidade. Esse movimento surge nos Estados Unidos durante a década de 1980, a partir de diversos grupos que problematizavam a coerência naturalizada entre sexo, gênero e desejo. Alguns estudiosos da temática LGBT e feministas também participaram da construção desse movimento, e em 1991, Teresa de Lauretis cunhou o termo “teoria *queer*” (SPARGO, 2009).

Esses teóricos criticaram inicialmente a ideia de identidade sexual como uma posição fixa de sujeito e, além disso, passaram a estranhar e debater sobre a naturalização da noção de gênero e sexo. O gênero, mesmo sendo compreendido como um dado da cultura e construído nas relações sociais, não era dissociado do sexo, sendo apenas o seu reflexo ou submetido aos efeitos da natureza biológica. O sexo por outro lado se construiu em nossa sociedade como um elemento puramente regido pela natureza e por isso não poderia ser alvo de contestação, como se a própria natureza não tivesse uma história e não fosse atravessada pelo discurso.

Tanto o conceito de natureza como de sexo passam a ser desnaturalizados e questionados em sua pretensão como elementos pré-discursivos pelos teóricos *queer*. Por outro lado, é importante alertar, quando afirmamos que o sexo é marcado pelas práticas socioculturais não pretendemos cair





no extremo oposto e negar a sua materialidade ou afirmar que o discurso é sua origem. Visibilizamos apenas que a construção do sexo como uma categoria importante em nossa cultura só foi possível por determinadas condições de existência e que isso produz efeitos nos nossos modos de viver (BUTLER, 2008).

Outra concepção que se torna objeto de questionamento é a heterossexualidade compulsória. Butler (2008, 2010) assinala que a construção da heterossexualidade como padrão sexual cria consequentemente apenas um modo possível de vida e, dessa forma, todas as outras variações são apresentadas como perversões, acidentes e exceções, o que acaba renaturalizando a norma reguladora da sexualidade (PRECIADO, 2008). É através do sexo que o ser humano adquire inteligibilidade social e reconhecimento político, “a matriz das relações de gênero é anterior à aparição do ‘humano’” (BUTLER, 2008, p. 25, tradução nossa)<sup>5</sup>.

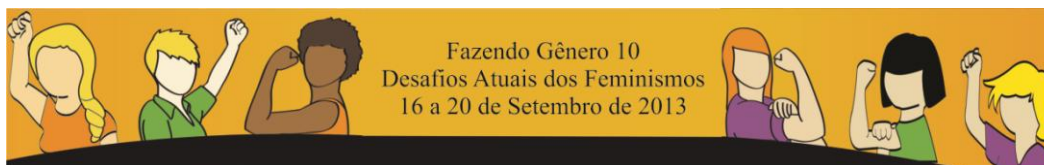
A diferença sexual, para Butler, não se resume ao aspecto material-físico, mas é marcada pelo discurso que, antes mesmo do nascimento, determina já na ultrassonografia da gestante se aquele corpo é menino ou menina. Nesse sentido, Foucault corrobora com a premissa de que o sexo é uma categoria fundante para a construção do humano e é através dela que nos subjetivamos:

É pelo sexo efetivamente, ponto imaginário fixado pelo dispositivo de sexualidade, que todos devem passar para ter acesso à sua própria inteligibilidade (já que ele é, ao mesmo tempo, o elemento oculto e o princípio produtor de sentido), à totalidade de seu corpo (pois ele é uma parte real e ameaçada deste corpo do qual constitui simbolicamente o todo), à sua identidade (já que ele alia a força de uma pulsão à singularidade de uma história). (FOUCAULT, 2009b, p.170).

Colocando em questão o lugar central do sexo para nos constituirmos como sujeito, problematizamos sobre os efeitos do dispositivo da sexualidade na rede de saúde voltada para sujeitos transgêneros. Escolhemos como trilha principal dessa viagem a rede de saúde voltada especificamente para as pessoas transgêneros, pois compreendemos que esses corpos provocam fissuras no padrão de sexo e gênero que atravessa a nossa sociedade e consequentemente o campo da saúde.

Optamos por utilizar o termo transgênero, em vez de outras nomenclaturas, pois, incluímos nessa categoria o conjunto de corpos nomeados e/ou automeados de travesti, transexual, transformista, *drag queen*, *drag king* e *crossdresser*. Corpos que apresentam inscritos no seu sangue, carne e pele marcas de ambos os sexos ostentando a mescla de barba, seios, pênis, estrogênio, maquiagem, testículo, isto é, sinais que, na cultura ocidental, estão associadas de modo

<sup>5</sup> “la matriz de las relaciones de género es anterior a la aparición de lo ‘humano’.” (BUTLER, 2008, p.25)



excludente apenas ao sexo masculino ou ao feminino. São essas pessoas que, de algum modo, resistem ao dispositivo da sexualidade que pretendemos acompanhar nessa viagem.

Em uma cultura organizada a partir da matriz heterossexual, os corpos “trans” não são possíveis de “serem vividos”, já que não conquistaram o *status* de sujeito, por não se enquadrarem na coerência esperada entre sexo, gênero e desejo. Portanto, esses indivíduos não podem transitar, ter os mesmos direitos e ocupar os mesmos espaços dos outros corpos que se encaixam nas normas sexuais. As pessoas trans estão no domínio do não-sujeito, do abjeto (BUTLER, 2010).

### **Trilhas: patologização das sexualidades não heterossexuais**

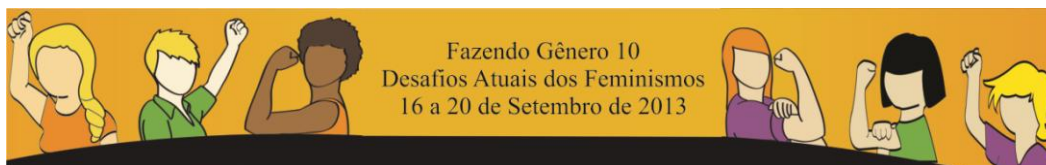
O direito à saúde no Brasil foi resultado de uma série de embates e mobilizações sociais durante o período de redemocratização do país, que culminou na elaboração da Lei Federal Nº. 8.080/90 (Brasil, 1990), que além de instituir o Sistema Único de Saúde (SUS), também regula as ações e os serviços de saúde em território nacional, dispondo que a saúde é um direito fundamental:

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

- I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
  - II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
  - III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
  - IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- (BRASIL, 1990)

O SUS se funda como podemos ver em três princípios básicos: universalidade, integralidade e equidade. A universalidade determina que todos têm o direito de acessar gratuitamente todos os níveis de assistência do serviço de saúde. A integralidade institui que devem ser oferecidas todas as modalidades de atendimento, desde ações de promoção e prevenção até serviços especializados de reabilitação. A equidade propõe que todos sejam atendidos observando sua singularidade e necessidades específicas, a fim de assistir grupos em situação desigualdade.

Nesse sentido, a proposição de políticas de saúde para grupos específicos, como LGBT, pode gerar polêmica por ser, compreendida como antagônica ao princípio da universalidade. Por outro lado, o direito a saúde como dever do Estado é ainda um ideal se observarmos a realidade do Brasil, que é atravessada por desigualdades extremas e marcada pela exclusão e violação de direitos humanos fundamentais. Dessa forma, as recentes políticas públicas que surgem para assistir a população LGBT é uma tentativa de assegurar direitos “negados” por via da política.



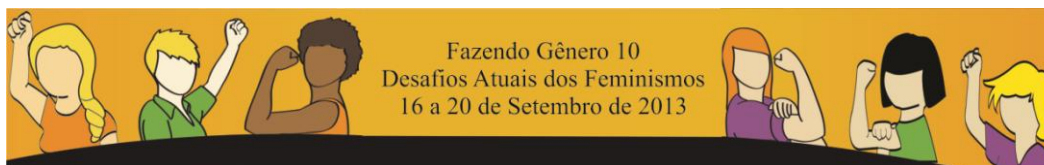
Conhecendo parte rede do Sistema público de saúde da cidade de Fortaleza através de visitas a postos de saúde, centro de referência, hospitais e conversando com profissionais de saúde e pessoas transgêneros, observamos que a simples instituição de políticas públicas não é suficiente para promover um atendimento de qualidade á travestis e transexuais. A existência de tais políticas é de grande importância para promover mudanças, porém, estas não devem ser os únicos mecanismos utilizados pelo governo para combater a deslegitimação das sexualidades não heterossexuais no serviço público de saúde.

As trans, com quem conversamos, relatam que mesmo com tendo seu direito ao uso do nome social - Portaria do Ministério da Saúde (Nº 1.820 – Brasil, 2009c) - assegurado é preciso pedir, e muitas vezes brigar, para que os profissionais não as chamem pelo nome do documento de identidade. É preciso reconhecer que o acesso das pessoas trans a saúde está articulada a uma série de fatores que maximiza a sua vulnerabilidade e sofrimento se comparado a outros grupos. Os corpos das pessoas transgêneros podem produzir desconforto na medida em que se produzem rupturas de convenções, pois a aparência não expressa de modo coerente a “essência”. O corpo trans dificilmente passa despercebido, incômodo e a curiosidade se instalam com a sua presença. Há uma perturbação da regularidade.

Nesse contexto, todas as formas de discriminação, como no caso a transfobia, devem ser consideradas como situações produtoras de doença. Os olhares incessantes são uma forma sutil de violência, uma busca pela coerência. As trans 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 associadas apenas ao sexo masculino ou ao feminino de modo excludente.

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. A chegada dos corpos trans ao sistema de saúde provoca incômodos desde o momento em que chegam à recepção e o nome masculino presente na identidade não se conecta de modo linear com o a figura feminina que se apresenta em busca de atendimento. Diferente de gays, lésbicas e bissexuais, as trans apresentam marcas nos seus corpos que denunciam o borramento das fronteiras de sexo, gênero e da heteronormatividade.





A discriminação sofrida pelas pessoas trans também se torna visível quando perguntamos aos profissionais dos postos se é frequente o atendimento de travestis e transexuais naquele equipamento e eles informam, que essa população raramente buscam o serviço e em seguida indicam que a pesquisadora se dirija a postos que fazem testagem rápida de HIV ou que estejam próximos a áreas de prostituição. Fica marcada uma repatologização da sexualidade trans, como se essas pessoas só buscassem os serviços de saúde quando afetadas por alguma doença sexualmente transmissível.

O próprio Ministério da Saúde avalia que é preciso mudar o seu modo de atuação para atender essa população, após “acumula duas décadas de atenção à população de gays, lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais (GLBT), que partiram do enfrentamento da epidemia da Aids.” (Ministério da Saúde, 2008, p. 571). Com isso enfatizamos que o desafio é oferecer serviços de qualidade para atender as trans de forma integral, e não apenas focar nos atendimentos que dizem respeito a características “intrínsecas” a travestis e transexuais, que conseqüentemente são atravessadas pelos significados dados as suas práticas sexuais, que estão geralmente associadas ao desvio em relação a um suposto padrão de normalidade ou saúde da heteronormatividade vigente.

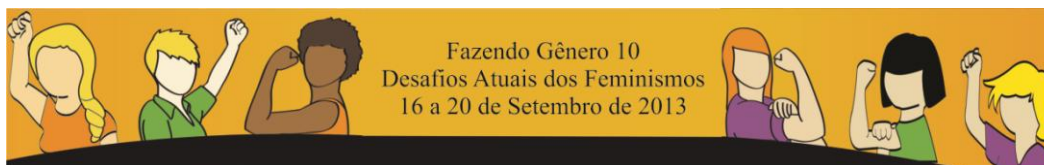
A saúde integral trans abrange uma série de elementos heterogêneos que se articulam e envolve elementos para além do SUS como hormônios, silicone industrial, ONGs, terreiros de umbanda, blogs, bombadeiras<sup>6</sup>, grupos da internet etc. Muitas vezes o que as pessoas trans relacionam a cuidados de saúde, nem sempre são compreendidos como tais nas políticas públicas e pelos profissionais de saúde. As mudanças corporais realizadas pelas trans para conseguir uma aparência mais feminina está intimamente conectada a sua saúde, como aponta a trans R.L. relatando o que sente falta no SUS:

R.L. Um ambulatório específico para te dar apoio, e te dar conhecimento sobre o hormônio, se tá fazendo efeito ou não tá, se a dosagem é pouca, é muita. Por que tudo que é demais, é ruim. E muitas com o sonho de ficar com um corpo mais feminino rápido, muitas com o sonho de ter um corpo feminino acabam super dosando, acabam tendo um excesso de hormônio feminino no corpo. E acaba precisando de um médico, de uma pessoa que faça exames, que esteja lá periodicamente, que você possa se consultar. (Diário de Campo, 28/05/2013).

A transformação desse corpo muitas vezes é realizada sem qualquer acompanhamento de profissionais da saúde, como a aplicação de silicone industrial e administração de hormônios. Poucas são as trans que conseguem ter acesso pelo sistema de saúde a esse tipo de serviço, seja pela necessidade de um diagnóstico de transexualidade ou pela falta de equipamentos que ofereçam esse

---

<sup>6</sup> Bombadeiras pessoas que aplicam silicone líquido no processo de feminilização das pessoas transgêneros, geralmente são trans mais velhas.



tipo de serviço. A trans D. relata como a alteração do corpo, se torna prioridade frente a outras necessidades fundamentais, inclusive de saúde:

[D]. Eu acho que a prioridade inicial é a autoafirmação própria... Essa transformação do corpo é algo emergencial. Na vida da travesti a mudança desse corpo é algo prioritário, algo que você nega, seu biológico masculino... Aí eu toco em um ponto super interessante, quando a gente fala sobre a prostituição de travestis, tráfico de seres humanos. 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. (Diário de Campo, 10/05/2013).

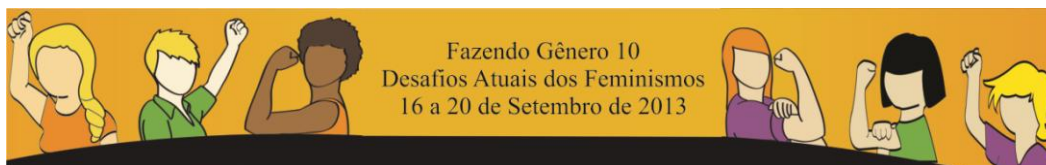
As trans enfrentam uma série de dificuldades quando buscam os serviços de saúde fora do circuito de diagnóstico e tratamento de DST/aids. Conversando com profissionais que realizam atendimento específico na área de DST/aids é notória a diferença do discurso quando estes falam sobre as pessoas trans, se compararmos com os demais profissionais da saúde, desde o uso do nome social às referências sempre no feminino quando se dirigem a esse público. A coordenadoria de DST/Aids de Fortaleza promove anualmente palestras sobre saúde LGBT voltadas para os profissionais da saúde de nível médio e graduados, nesse encontros, sempre existe um momento específico para debater direitos humanos e conseqüentemente discutir a homofobia nos serviços.

Uma política de enfrentamento das iniquidades da população GLBT requer iniciativas estratégicas vigorosas, entre as quais a capacitação dos profissionais de saúde sobre as práticas sexuais e sociais de GLBT. Esta é questão fundamental para que o cuidado seja condizente com suas reais necessidades em saúde, superando a estrita associação da saúde dessas populações à epidemia de HIV/Aids. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008, p. 571).

O direito à dignidade e não discriminação é fundamental para assegurar que as pessoas trans possam ter acesso a outros direitos, como a saúde. Para que haja avanços na consolidação do direito à saúde integral para as trans é preciso inicialmente um enfrentamento das condições em que seus direitos humanos são violados. O direito à saúde integral para essa população requer a desnaturalização do sexo, gênero e da sexualidade heteronormativa. Nesse sentido, é necessária uma recusa a medicalização da sexualidade trans como também as tentativas de enquadrá-las na norma, que institui a lógica de linearidade entre sexo, gênero e desejo. Isso alude a possibilitar a emergência de outros discursos sobre a sexualidade como legítimos, “inclusive como ferramenta crítica ao saber/poder médico que tende a patologizar e medicalizar as diferenças” (Lionço, 2008, p. 18).

## Referências

BRASIL, Ministério da Saúde. Lei Federal nº8.080, de 19 de setembro de 1990. Brasília, DF, 1990.



BRASIL. 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.

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

BRASIL. 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. 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Plano integrado de enfrentamento da feminização da epidemia de Aids e das DST. Revisado. Brasília: Ministério da Saúde. 2009b.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.820 , de 13 de agosto de 2009. Direitos e deveres dos usuários da saúde. Brasília, DF. 2009c.

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

BUTLER, Judith. Cuerpos que importan: sobre los limites materiales y discursivos del “sexo”. (A. Bixio, Trad.) 2ed. Buenos Aires: Páidos. (Original publicado em 1993). 2008.

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

FOUCAULT, Michel. As palavras e as coisas: uma arqueologia das ciências humanas. 7ª edição. São Paulo: Martins Fontes. 1995.

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

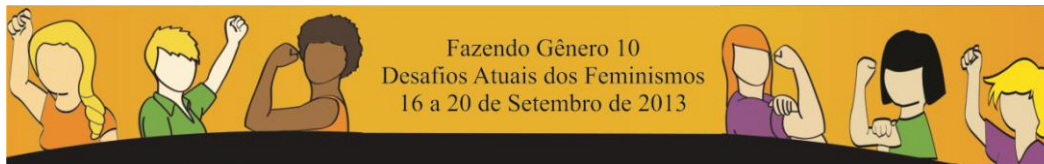
FOUCAULT, Michel. História da sexualidade I: a vontade de saber. 19 ed. Rio de Janeiro: Graal, 2009b.

GAMSON, J. As sexualidades, a teoria queer e a pesquisa qualitativa. IN DENZIN, N.K e LINCOLN, Y.S. O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens. Porto Alegre: Artmed/Bookman, 2006 (pp. 345-362).

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.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Saúde da população de gays, lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais. Revista de saúde pública, 42(3):570-3. 2008.

MISKOLCI, Richard. Não ao sexo rei: da estética da existência foucaultiana à política queer. IN: Sousa, L.; Sabatine, T & Magalhães, B. (Org.). Michel Foucault: sexualidade, corpo e direito. Marília: Oficina Universitária; São Paulo: Cultura Acadêmica. 2011.



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

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

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

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

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

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

PRECIADO, Beatriz. Testo Yonqui. Madri: Espanha Calpe. 2008.

### **Device sexuality and health for transgender trails in Fortaleza**

**Abstract:** The main purpose of this research is to analyze the effects of the sexuality device on the health care network attending transgender people in the city of Fortaleza. We visited different spaces that provide healthcare for these people, NGOs, and talked with transgender people and health professionals. Considering that we live in a heteronormativity society organized by the binary of sex and gender, we understand that bodies that resist the standard divide woman-vagina-female or man-penis-male are destined to areas of invisibility and abjection. In health care system norms based on such binarism produce bodies of dangerous sexuality which therefore must be controlled and supervised. We observed transgender people in Fortaleza are assisted in health care system mainly for prevention, diagnosis and treatment of STD / AIDS. The ambiguity of transgender bodies leads to breaches in the sexual norm, in that they display traces of both sexes, beards, breasts, penis, estrogen, testis, signs that are associated exclusively either to male or female. These people become a constant target for governmentality technologies aiming to normalize them whilst at the same time are considered illegitimate, non-subject.

**Keywords:** Heteronormativity. Transgendered. Health.