

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MATO GROSSO DO SUL
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ANTROPOLOGIA SOCIAL

DANIELLA CHAGAS MESQUITA

“NÓS SOMOS MUITO MAIS”:
Cartografando por entre espaços, nomes, corpos em busca de concepções
transviadas de saúde

CAMPO GRANDE-MS
JANEIRO - 2021

DANIELLA CHAGAS MESQUITA

**“NÓS SOMOS MUITO MAIS”:
Cartografando por entre espaços, nomes, corpos em busca de concepções
transviadas de saúde**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Antropologia Social da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, para obtenção do título de Mestre em Antropologia Social.

Orientador: Prof. Dr. Esmael Alves de Oliveira.

CAMPO GRANDE-MS
JANEIRO - 2021

Daniella Chagas Mesquita

“NÓS SOMOS MUITO MAIS”:

**Cartografando por entre espaços, nomes, corpos em busca de concepções transviadas de
saúde**

BANCA AVALIADORA

Prof. Dr. Esmael Alves de Oliveira (PPGAS/UFMS) – presidente da banca

Prof^a. Dr^a. Sônia Weidner Maluf (PPGA/UFPB) – avaliadora externa

Prof^a. Dr^a. Adriana Barbosa Sales (SED/MT) – avaliadora externa

Prof. Dr. Tiago Duque (PPGAS/UFMS) – avaliador interno

Prof. Dr. Guilherme Rodrigues Passamani (PPGAS/UFMS) – suplente avaliador interno

Para todas as travestis e mulheres trans que de algum modo contribuíram com esta pesquisa. Com vocês aprendi muito sobre vida, afetos, resistência, saúde, e tantas outras coisas. Muito obrigada.

AGRADECIMENTOS

Essa dissertação é uma cartografia de afetos, atravessada pelo carinho e acolhimento.

Fui muito acolhida pelas travestis e mulheres trans com quem dialoguei e pelos movimentos sociais de modo geral. Sou muito grata a cada uma de vocês, não só pela ajuda com a pesquisa, mas também, e principalmente, pela troca afetiva e pelo auxílio que, mesmo sem saber, me deram para que eu pudesse compreender melhor meus afetos.

Além desses afetos que foram explicitamente cartografados, há também outros laços de longa data, amigos e amigas que incentivam meus caminhos antes mesmo de eu chegar à antropologia. Meu agradecimento especial à Fabiana, Matheus (xuxu), Paulo, Rafael, Lulli, Pablo, Samantha, Kim, Luciana, Leonardo e Anny. Também a Ariel e Winny – apesar de conhecê-las só na pós-graduação, fazer mestrado e pesquisa de campo foi muito mais leve na companhia de vocês.

Ao meu analista, não somente por me ajudar a ouvir a mim mesma, a perceber inversões de sentido que minha pesquisa estava fazendo, mas também por reconhecer que vivenciar um processo de pesquisa estando também no divã fez com que todo esse percurso carregasse em si uma potência desejante.

Ao meu orientador-amigo Esmael Oliveira, que, com muito carinho e acolhimento, me ajudou a dar corpo às minhas ideias na escrita encarnada e polifônica dessa dissertação e também de outros artigos. Escrever contigo e partilhar uma amizade que não se encerra na universidade é sempre um prazer.

À banca, Adriana Sales, Sônia Maluf, Tiago Duque e Guilherme Passamani, pessoas que admiro muito, e que ao longo desses dois anos fizeram comentários, críticas e sugestões que foram fundamentais para o aprimoramento da dissertação.

RESUMO

Esta pesquisa, a partir de uma abordagem qualitativa e de uma escuta despretensiosa, propõe uma cartografia e a análise de concepções e sentidos de saúde experienciadas por travestis e mulheres trans. Tais sentidos, cartografados em eventos, diálogos e entrevistas alocados em Campo Grande-MS, foram analisados primeiramente a partir de contraposições, tensionamentos e negociações com modelos hegemônicos de saúde, em especial o modelo biomédico, que tende a reduzir suas discussões sobre a saúde da população trans ao tópico prevenção e tratamento de infecções sexualmente transmissíveis ou ao processo transexualizador, fazendo com que outras questões, também importantes no dia a dia dessas pessoas, sejam extraviadas. Tais vivências e compreensões contra-hegemônicas por parte de pessoas travestis e transexuais apontam para uma concepção ampliada de saúde, a qual denomino de saúde **transviada**. Tal categoria analítica aponta tanto para os limites de uma concepção de saúde delimitada por normativas biomedicalizantes quanto à possibilidade de uma concepção de saúde encarnada, afetiva e militante, que é tecida a partir dos fios da memória de travestis e transexuais.

Palavras-chave: Saúde. Travestilidade. Transexualidade. Corpo. Dissidências.

ABSTRACT

This research, from a qualitative approach and an unpretentious listening, proposes a cartography and analysis of conceptions and senses of health experienced by *travestis* and trans women. These senses, cartographed in events, dialogues and interviews allocated in Campo Grande-MS (Brazil), were analyzed firstly from contrasts, tensioning and negotiations with hegemonic models of health, especially the biomedical model, that tend to reduce its discussions about trans population health in topics of prevention and treatment of sexually transmitted infections or in the transsexualizing process, and as an effect, other issues, also important in their day-to-day, were misplaced. I understand that these counterhegemonic experiences and understandings by *travestis* and transsexual people point to an expanded conception of health, which I denominate *transviada* health. These analytical category points to the limits of a health concept delimited by biomedical norms and to the possibility of one incarnate, affective and militant conception of health, which is built through the memory of *travestis* and transsexuals.

Keywords: Health. Transsexuality. Body. Queer.

SUMÁRIO

Campos que se abrem, campos que nos atravessam: Cartografando percursos e afetos	12
CAPÍTULO 1: “Tem mais em nossas vidas”: para além da “SIDAdania”	28
1.1. “Quando falamos de uma luta contra a Aids, o que queremos dizer?": modelos de saúde e a formas de subjetivação	30
1.2. “Nós não somos só desgraça, nós não somos só HIV”: grupo de risco, comportamento de risco, vulnerabilidade e as ISTs	36
CAPÍTULO 2: “As pessoas começaram a aprender os caminhos (...) passaram a precisar menos”: negociações e trajetos <u>transviados</u> de/em saúde	46
2.1. “O meu nome é Amanda*, quantas vezes vou ter que falar?": itinerários de saúde, demandas e nome social	48
2.2. “Não ter silicone não me faz menos mulher hoje”: (des)construção corporal trans e outras reflexões sobre sentidos corporais	73
CAPÍTULO 3: “Saúde é estar bem comigo mesma, saber com quem eu ando”: afetos, sobrevivências e saúdes <u>transviadas</u>	102
3.1. “Pra ser puta precisa ter talento”: a noite, a rua e outros sustentos	104
3.2. “Será que a gente tem déficit de afeto?": relacionamentos (des)amorosos e redes de afeto	119
(Des)pensações finais: notas para saúdes <u>transviadas</u>	132
Referências	136

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Abrasco: Associação Brasileira de Saúde Coletiva;

AIDS (ou SIDA): Síndrome da Imunodeficiência Adquirida;

Ambulatório Trans: Ambulatório Transexualizador do Hospital Universitário da UFMS;

ANTRA: Associação Nacional de Travestis e Transexuais;

ASTRAL: Associação das Travestis e Liberados do Rio de Janeiro;

ATMS: Associação de Travestis e Transexuais do Mato Grosso do Sul;

AVC: Acidente Vascular Cerebral;

CAPS: Centro de Atenção Psicossocial;

CAPSi: Centro de Atenção Psicossocial Infanto Juvenil;

CECH: Centro Estadual De Combate à Homofobia (Pernambuco);

CentrHo: Centro de Referência em Direitos Humanos de Prevenção e Combate à Homofobia (Mato Grosso do Sul);

CID: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde;

Cis: Cisgênero;

CPF: Cadastro de Pessoas Físicas;

CsO: Corpo sem Órgãos;

CTA: Centro de Testagem e Aconselhamento;

EaD: Educação a distância;

ENTLAIDS: Encontro Nacional de Travestis e Transexuais que Atuam na Luta contra a AIDS;

HIV: Vírus da Imunodeficiência Humana;

IBISS-CO: Instituto Brasileiro de Inovações pró-Sociedade Saudável - Centro Oeste;

IBTE: Instituto Brasileiro Trans de Educação;

Intersex: Intersexo ou intersexual;

ISTs: Infecções Sexualmente Transmissíveis;

LASF: Liga Acadêmica de Saúde da Família (UFMS);

LGBT: Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros;

MS: Mato Grosso do Sul;

NIS/UFRJ: Núcleo de Inclusão Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro;

NUDIVERSIS: Núcleo de Defesa da Diversidade Sexual e Direitos Homoafetivos da Defensoria Pública Geral do Estado do Rio de Janeiro;

OAB: Ordem dos Advogados do Brasil;

ONGs: Organizações Não Governamentais;

Pibic: Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica;

PPGAS: Programa de Pós-graduação em Antropologia Social;

PrEP: Profilaxia pré-exposição;

PSDB: Partido da Social Democracia Brasileira;

Psi: Psicólogas, psiquiatras e psicanalistas;

Psol: Partido Socialismo e Liberdade;

RG: Registro Geral ou carteira de identidade;

SESAU: Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande;

SIGSEX: Simpósio de Gênero e Sexualidade (UFMS);

STF: Supremo Tribunal Federal

Sub: Subsecretaria Estadual de Políticas Públicas LGBT do Mato Grosso do Sul;

SUS: Sistema Único de Saúde;

TARV: Terapia Antirretroviral;

TH: Terapia Hormonal (ou hormonioterapia);

Trans: Transexual ou transgênero;

UBS: Unidade Básica de Saúde;

UFMS: Universidade Federal do Mato Grosso do Sul;

Unei: Unidades Educacionais de Internação;

USP: Universidade de São Paulo.

LISTA DE PALAVRAS EM PAJUBÁ

Aqué: dinheiro;

Aquendar a neca: técnica utilizada para esconder o pênis (neca). Variação: *tucking*;

Chuca: técnica de limpeza de parte do reto, normalmente utilizada antes da prática sexual anal receptiva. variação: xuca;

Diag: fazer silêncio, disfarçar;

Edi: ânus;

Neca: pênis;

Nome morto: nome de registro de travestis e transexuais;

Otim: bebida alcoólica;

Pajubá: dialeto travesti, baseada em termos de religiões de matriz-africana, depois estendida a outras pessoas LGBT. variação: bajubá;

Passabilidade: experiências de “passar por” homem ou mulher cis;

Picumã: cabelo ou peruca;

Pirelli: enchimento usado nas meias-calças para dar forma e aparência feminina ao culote;

Tia: HIV.

CAMPOS QUE SE ABREM, CAMPOS QUE NOS ATRAVESSAM: CARTOGRAFANDO PERCURSOS E AFETOS

Quando, em 2015, em meu segundo ciclo de Pibic, iniciei minhas pesquisas acerca do HIV, me encantei com o tema. Havia ali caminhos diversos que eu, à época uma graduanda de Psicologia no início do curso, poderia percorrer: discussões sobre estigmas e preconceitos, saúde e adoecimento, as contribuições do SUS e dos movimentos sociais para a prevenção e tratamento do HIV, entre outros. Os caminhos eram tantos que segui percorrendo-os até o final do curso.

No entanto, algo começava a me gerar incômodos: percebi que na maioria dos documentos oficiais acerca das Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), todas as vezes que homossexuais, bissexuais, travestis e trans (LGBTs) ou prostitutas apareciam, estavam submetidas¹ a uma condição que se resumia a ISTs. Ou seja, de acordo com esses documentos, ser LGBT e/ou ser prostituta era uma condição que necessariamente resultaria em contrair ISTs – isso se já não tivessem contraído – e o papel das profissionais da saúde frente a esse cenário seria o de “mitigação”. Larissa Pelúcio (2011) denomina essa situação de (S)idadanização, em que a cidadania de travestis e transexuais estaria atrelada à SIDA (ou AIDS).

Esses incômodos guiaram-me para o Programa de Pós-graduação em Antropologia Social da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul (PPGAS/UFMS). Pesquisar sobre as ISTs e seus estigmas já não me era suficiente, eu precisava estudar sobre a saúde (e ênfase: a saúde, não mais as ISTs) desses grupos, entender que outras questões lhes eram importantes nesse campo. Afinal, o que estava sendo apagado pelo foco único nas pesquisas?

Assim, aproveito este momento para explicar que não falarei sobre dados epidemiológicos dessas populações em relação às ISTs na cidade de Campo Grande-MS (lôcus de minha pesquisa), pois a proposta é justamente verificar que questões outras escapam no que diz respeito à saúde quando o foco está nas ISTs e em seus dados epidemiologizantes.

Inicialmente decidi também que focaria minha pesquisa na intersecção entre travestis, mulheres trans e prostituição (analisando os processos de diferenciação entre elas e entendendo-as não como um grupo homogêneo), de modo que poderia pensar diferentes

¹ Como um ato político, em especial por se considerar a invisibilidade das feminilidades em nossa sociedade, feminilidades estas performadas por mim e pelas travestis e mulheres trans que tanto me ensinaram, adoto uma escrita no feminino.

marcadores sociais, e também por considerar que, de modo geral, o espaço designado às travestis e mulheres trans pela sociedade brasileira, em especial em gerações anteriores à minha², é o da prostituição – sendo também o Brasil um dos países que mais matam travestis e transexuais no mundo.

Todavia, conforme a pesquisa foi se desenrolando e o campo se abrindo, comecei a ouvir relatos sobre saúde de travestis e mulheres trans que não se prostituíam, relatos estes que eu não poderia ignorar. Não eram elas que deveriam se adequar aos meus critérios acadêmicos para serem ouvidas, e sim eu que precisaria ouvir o campo e redirecionar minha pesquisa, adequar minha escrita aos seus relatos.

Considero também necessário explicar, logo de início, que a escolha por trazer para o texto as nomenclaturas, travesti e mulher trans, está relacionada à percepção de que, em campo, ocorrem ambas as autodenominações. Ademais, a partir de reflexões como as de Amara Moira et al. (2017), Patricia Hill Collins (2019) e Viviane Vergueiro (2015), nota-se a importância de reconhecer autodenominações, portanto, considero que o enfoque pode evitar alguns epistemicídios (cis)tematizados³, que impõem à Outra nomenclaturas que não lhe é própria.

A necessidade de explicar essa escolha justifica-se pelo fato de que ver essas diferenciações em um texto escrito por uma pessoa graduada em Psicologia poderia levar as leitoras a uma compreensão equivocada das motivações, visto que a Psicologia hegemônica infelizmente carrega consigo uma longa tradição de patologização de sujeitos e constantemente endossa o discurso biomédico que separa aquelas que não passaram por intervenções médicas mais invasivas e são associadas à prostituição, à bagunça e ao “barraco” (travestis) (FERNANDES DE SOUZA; ASSUNÇÃO DA SILVA, 2017), daquelas que passaram (ou ao menos desejam passar) por uma cirurgia e possuem neovagina (mulheres trans).

Em acréscimo, pessoalmente considero que há uma potência muito particular nos usos latino-americanos do termo “travesti”, quando, em diferentes contextos, quatro travestis me contam que defendem essa autodenominação por compreenderem que inicialmente o termo era utilizado como forma de xingamento e, posteriormente, foi ressignificado como uma

² Acho importante apontar essa diferença geracional, pois percebo nos eventos que a maioria das travestis e trans que trabalham com prostituição são de gerações anteriores, e em minhas amizades, na mesma geração em que estou inserida (de pessoas que nasceram nos anos 1990), estas possuem oportunidades outras, como Ariel, que é jornalista, bacharel em Ciências Sociais e mestranda em Antropologia Social, e Alanys Matheusa, primeira advogada travesti negra do Mato Grosso do Sul. Ariel e Alanys também formam o Orgunga, um coletivo de bichas pretas.

³ “Para explicitar que um sistema marginaliza travestis o chamamos de cistema” (DUMARESQ, 2016, p. 129).

denominação de orgulho e de luta social, que não se apaga no binarismo de gênero, como explica Adriana Sales (travesti, ex-puta e doutora em Psicologia, como se define) em uma palestra, acrescentando: “Eu só sou travesti porque as pessoas heteronormativas exigem isso, mas eu queria ser reconhecida como Adriana”.

Ademais, Alanys Matheusa e Ariel Dorneles afirmam que, apesar da possibilidade de se encaixarem no discurso biomédico enquanto mulheres trans, reivindicam a nomenclatura de travestis por sua questão política, questão também explicitada na abertura do evento Miss Trans/Travesti Mato Grosso do Sul 2019, quando Cris Stefanny (representante da Associação de Travestis e Transexuais de Mato Grosso do Sul - ATMS) afirmou: “Momentos como esse servem para quebrar preconceitos e rótulos contra a palavra travesti; travesti é uma palavra de luta e resistência, e a transexual não é a prima rica, nem a coitadinha que precisa de cirurgia, a diferença é só de nomenclatura”.

Devo dizer que muito me interessa pensar essas ressignificações e rearranjos micropolíticos, nos quais “podemos entender os corpos e as identidades dos anormais como potências políticas e não simplesmente como efeitos dos discursos sobre o sexo” (PRECIADO, 2011, p. 12, apud SALES; LOPES; PERES, 2016, p. 66).

Em seus plurais (travestilidades e transexualidades), os termos indicam que, longe de um grupo homogêneo, há inúmeras formas de viver e experienciar enquanto travesti e mulher trans. Para tanto, considero necessário analisar também marcadores como raça, classe, geração e trabalho/ocupação, e não somente o gênero, que, caso fosse tomado como categoria exclusiva de análise, tenderia a nos levar para uma visão homogeneizadora, situação que não corresponde ao que encontrei em campo, visto que a pluralidade de formas de se constituir como travesti/trans é construída a partir da articulação com outros marcadores, que existem em e por meio de relações entre si (McCLINTOCK, 2010).

Para Viviane Vergueiro, “a análise crítica da normatividade cisgênera⁴ somente pode ser feita via interseccionalidade” (2015, p. 193). Vale pontuar que a interseccionalidade será tratada aqui não como a soma de situações discriminatórias, mas sim como a maneira específica com que grupos e/ou pessoas são socialmente diferenciadas e hierarquizadas, de acordo com fatores como gênero, raça, classe e geração, entre outros.

A questão interseccional é tão importante que foi a primeira coisa que Alanys Matheusa me perguntou após aceitar o convite para conceder uma entrevista para minha

⁴ Apesar dos reconhecidos tensionamentos entre a teoria *queer* e termos como “normatividade cisgênera” e “cisgeneridade”, esses termos serão utilizados neste texto por reconhecer a importância que possuem não apenas para autoras trans, como Viviane Vergueiro, mas também por algumas travestis e mulheres trans campo-grandenses.

pesquisa. Quando em campo, ao aguardar o início de uma roda de conversa promovida pela Casa Satine⁵, ela me oferece um lugar para sentar-me com ela, nos cumprimentamos e ficamos um tempo conversando sobre questões LGBT, racismos, palestras e roupas, quando Alanys, reconhecida por ser a primeira advogada trans negra do MS (título de que muito se orgulhava) e juíza em formação, me pergunta como era fazer mestrado, pois tinha intenção de pesquisar questões relacionadas ao racismo e à periferia.

Após conversamos um pouco, comento que a citei algumas vezes em minha dissertação e que poderia mostrar depois, se quisesse, e aproveito para perguntar se ela me concederia uma entrevista: “Claro, amiga, mas, assim... só para saber, você faz recorte racial na sua pesquisa, né?”

Cabe dizer que a demanda de Alanys se aproxima das discussões de Megg Rayara de Oliveira (2018), que considera de extrema importância o recorte racial nas discussões sobre travestilidades e transexualidades, ao apontar, por exemplo, que “a ausência de um contexto histórico contribui para restringir a existência de travestis e mulheres transexuais a sociedades contemporâneas ocidentais” (OLIVEIRA, M., 2018, p. 168), sendo que “depois das indígenas, os primeiros relatos sobre travestilidade que se tem notícia, em nosso país, se referem a pessoas negras” (OLIVEIRA, M., 2018, p. 169).

Infelizmente a entrevista não foi realizada – no meio de abril de 2020 Alanys sofreu uma parada cardiorrespiratória, fruto de um problema prévio no coração, e não resistiu. Símbolo de luta e força, ela representava esperança por tempos melhores para pessoas LGBTs, negras e periféricas, e mesmo nova (22 anos), já havia se mobilizado e militado por inúmeras causas, sempre didática e com pulso firme. Sua falta certamente será sentida ainda por muito tempo no Mato Grosso do Sul e em todo Brasil, mas sua luta continuará e sua voz seguirá ecoando pelo estado e, espero, também por esta dissertação.

Enquanto eu aguardava o período programado para iniciar meu campo na noite e na rua, quando meu foco ainda eram as travestis e mulheres trans que se prostituíam, comecei a frequentar eventos que discutiam essas temáticas, a princípio considerando-os como um pré-campo. Todavia, já nos primeiros encontros, proporcionados pela Associação das Travestis e Transexuais de Mato Grosso do Sul (ATMS) e pelo Instituto Brasileiro de Inovações pró-Sociedade Saudável - Centro Oeste (IBISS-CO)⁶, que contavam com a participação de

⁵ Iniciativa local que visa acolher institucionalmente LGBTs maiores de 18 anos com os vínculos familiares rompidos e em situação de alta vulnerabilidade e, por meio da arte, educação e cultura, proporcionar a retomada do projeto de vida desses sujeitos.

⁶ Enfatizo a importância do trabalho voluntário que estas duas instituições fazem para com a população, oferecendo não apenas estes espaços de diálogo, mas também acolhendo e atendendo inúmeras pessoas.

ativistas LGBTs de todo o Brasil, estes abriram-se para mim como um campo de fato, nos quais fui muito acolhida e atravessada por todos os debates que ali se alocaram.

Recorrentemente esses eventos foram palco para alguns tensionamentos nas discussões sobre saúde. Na mesa-redonda as profissionais da saúde recorriam a números, dados epidemiológicos e utilizavam linguagem bélica para falar da prevenção ao HIV (SONTAG, 2007) – termos como “armas atuais” e “luta contra a Aids” eram elencados. Da plateia, majoritariamente composta por travestis, mulheres trans e homens cis gays, em sua maioria negras, e prostitutas, ouviam-se demandas outras: depressão, os perigos de morar na rua, direitos humanos desconsiderados, problemas intestinais (em geral decorrentes dos uso excessivo da “chuca”⁷) e violências marcadas por transfobia.

Aproveitei a presença da Secretaria de Saúde de Campo Grande (SESAU) nos eventos para perguntar que outros serviços de saúde eram pensados e ofertados para a população LGBT para além da prevenção e tratamento de ISTs. No primeiro evento (organizado pela ATMS), minha pergunta foi completamente ignorada pelas representantes da Secretaria; já no segundo (organizado pelo IBISS-CO), responderam que parte desses serviços estava no ambulatório transexualizador, para pensar o processo de transição, e que as outras questões de saúde eram atendidas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS, popularmente conhecidas como “postinho de saúde”), que estavam de portas abertas para toda a população.

Apesar de reconhecer todo o trabalho que as profissionais do Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) e do Ambulatório Transexualizador prestam para esses grupos, acolhendo suas demandas de saúde, e apesar de também considerar a importância que a atenção primária (aqui retratada a partir da UBS) tem na organização do SUS, essa resposta inicialmente não me foi satisfatória por alguns motivos. Em primeiro lugar, por considerar que a atenção às ISTs e o acompanhamento do processo de transição nem sempre aparecem como demanda principal para essas pessoas, como aponta a pesquisa de Rocon et al. (2018), e que, quando aparecem, não são as únicas demandas. Em segundo lugar, lembro dos trabalhos de Mello e Gonçalves (2010), Mello et al. (2011) e Rocon et al. (2018), que apontaram que dificilmente travestis e mulheres trans conseguem ter pleno acesso às UBS, normalmente constrangidas, seja pelos estigmas das outras usuárias, seja pelas próprias profissionais de saúde, que não tiveram capacitação para tal. Sobre isso, uma pesquisa realizada por quatro enfermeiras aponta que

⁷ Termo êmico utilizado para se referir à uma técnica de limpeza de parte do reto, normalmente utilizada antes da prática sexual anal receptiva. Variação: xuca.

A ausência de travestis e transexuais nos serviços de saúde, em especial na atenção básica, que é uma das portas de entrada para o sistema e local de maior permanência do usuário, é notável e preocupante. Há uma segregação desse grupo social para serviços específicos, em geral nos centros especializados no processo transexualizador, por serem locais em que se entende que há profissionais capacitados para lidar com as questões de identidade de gênero, limitando o acesso às atividades de promoção e proteção em saúde integral desses indivíduos nas demais instâncias do sistema (SILVA, Lívia et al., 2017, p. 839).

Isso indica que o exclusivo encaminhamento dessas pessoas para serviços de saúde especializados no processo transexualizador pode afastá-las dos serviços de promoção e proteção à saúde ofertados pela atenção básica de saúde (SILVA, Lívia et al., 2017). Acerca disso, enquanto muitas pessoas trans relataram em campo facilidade para acessar UBS e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de Campo Grande, muitas também reclamam do atendimento – apesar de o nome social estar grifado e/ou circulado no prontuário, as profissionais insistem em chamar pelo nome de registro. Frente a tal situação, diferentes estratégias foram elencadas: algumas saíam discretamente do local e não realizavam a consulta, enquanto outras falavam em alto som, demandando circular em seu nome social: “O meu nome é Amanda*⁸, quantas vezes vou ter que falar?”

Cabe dizer que, mesmo quando a UBS é acessada, temos ainda uma outra questão. Sueli Carneiro (2003) denuncia em sua fala que nos atendimentos em saúde o registro da cor das pacientes não é realizado nos formulários da rede pública. Denúncia à qual acrescento o uso recorrente de marcadores binários e biologizantes de gênero (masculino ou feminino?).

Para a autora, uma das implicações do não acesso a essa informação está no não reconhecimento das diferenças em termos de saúde que são marcadas pela cor (e acrescento: pelo gênero). Em outras palavras: mesmo quando travestis e mulheres trans, frequentemente marcadas também pela negritude, conseguem acessar uma UBS, a estruturação e preenchimento dos formulários não permite diferenciar que questões em saúde lhes são mais recorrentes e importantes.

Apesar de receber respostas que não me satisfizeram, percebo que posicionar-me enquanto psicóloga⁹, uma profissional da saúde que se preocupa com o atendimento integral de suas demandas em saúde, e não apenas como a garota cis branca que estava ali fazendo uma pesquisa, possibilitou-me uma maior abertura do campo; pessoas com inquietações

⁸ Durante o texto, para preservar o anonimato das pessoas com quem dialoguei, adoto em ordem alfabética pseudônimos indicado como um *. Esse sinal serve também para diferenciar os pseudônimos dos nomes reais das pessoas que me solicitaram que seus nomes fossem inscritos na dissertação.

⁹ Mesmo minhas discussões teóricas não alocando-se no campo da Psicologia, e sim da Antropologia, e mesmo minha pesquisa não sendo uma pesquisa **de** saúde, mas **sobre** saúde.

similares às minhas começaram a aproximar-se de mim: relatos de incômodos, demandas não atendidas, questões que eram lidas como transfobia e racismo, indicações de livros, convites para outros eventos, indicação para que eu assumisse a vaga de psicóloga no Centro de Referência em Direitos Humanos de Prevenção e Combate à Homofobia (CentrHo)¹⁰ e contatos que mantenho até hoje.

Nessas aproximações, conversei com Cris Stefanny, uma das organizadoras de um dos eventos e importante liderança para o movimento LGBT campo-grandense. De acordo com sua autobiografia para mim encaminhada, Cris nasceu em 1979, na Paraíba, onde “começa uma vida de luta e de superação”. Filha de mãe e pai semianalfabetos, muito jovens e do campo, em 1993 mudou-se Campo Grande (cidade em que a mãe já residia). Aos 17 anos passou a morar junto com dois amigos gays e a frequentar boates, onde pela primeira vez viu uma travesti, e logo se identificou.

Em 2000 perdi o emprego e já conhecendo as travestis fui para a rua, mas por não querer me prostituir e está sem dinheiro e sem emprego [...] daí apanhei muito da polícia, e todos os dias lia nos jornais muitas matérias sobre diversos assassinatos de travestis, a polícia nos espancavam sem nenhuma justificativa prévia e faziam os chamados “ARRASTOES” onde enchiam os camburões e nos levavam para as saídas da cidade e lá nos espancavam, e tiros para o alto nos fazendo com que nos jogássemos ao chão (Autobiografia fornecida por Cris Stefanny, sic).

Em 2001 Cris foi convidada a participar do VIII ENTLAIDS – Encontro Nacional de Travestis e Transexuais que Atuam na Luta contra a AIDS e, ao conhecer Janaina Dutra, a primeira travesti advogada do Brasil, iniciou seus primeiros passos rumo à militância:

Voltando a Campo Grande/MS, não perdi tempo, logo iniciei as articulações para criação de uma ONG que nos defendesse. [...] e em 13/01/2001 fundamos a ATMS- Associação das Travestis e Transexuais de Mato Grosso do Sul, com a presença de 50 travestis e transexuais, fora as autoridades presente, com toda a atenção da imprensa por ser inédito o fato [...] hoje temos 13 anos de atividades, [...] já realizamos 12 paradas da cidadania dando visibilidade a pauta LGBT no estado, criei todas as ONGs LGBTs no interior do estado, implementei um centro de referência em Dourados para atender pessoas LGBTs vítimas de violências, propus todas as leis e decretos hoje aprovados no estado de Mato Grosso do Sul em favor dos LGBTs, propus e ajudei a criar o Centro de Referência em Direitos Humanos e Combate a Violência LGBT de MS (Autobiografia fornecida por Cris Stefanny, sic).

¹⁰ Deixo aqui meu agradecimento especial à Cris Stefanny pela indicação e ao meu orientador, Esmael Oliveira, pelo apoio e encorajamento, tanto no momento de enviar meu currículo quanto em minha decisão de demitir-me.

Segundo Adriana Sales e Keila Simpson (2018), em 2004 o ENTLAIDS ocorreu em Campo Grande, sendo coordenado pela ATMS. Nesse ano, a campanha “Travesti e Respeito” e o projeto “Damas” ampliaram a articulação entre o movimento trans e os setores públicos, não se restringindo mais ao Departamento de DST/AIDS, mas dialogando também com os setores de educação, trabalho e cultura.

Mas essas novas articulações proporcionadas em 2004 não aparecem em 2019. No intervalo do evento organizado pela ATMS conversei com Cris, que afirmou que o programa de ISTs é o que mais apoia a associação e que o ambulatório só existe por causa do apoio da SESAU. Em sua opinião, o problema maior estava no Estado, que não abria os editais necessários. Quando perguntei se outras secretarias procuram a ATMS, respondeu: “Difícilmente nos procuram, acho que se pudessem não ver nossa cara...”.

Esse relato demonstra a prática de Sidadanização, apontada por Larissa Pelúcio (2011), assim como uma (bio)política de “deixar morrer” com LGBTfobia institucional, ou seja, o “modo como as instituições e seus agentes reproduzem, por ação ou omissão, condutas discriminatórias ou hostis contra a população LGBT em virtude da sua orientação sexual e identidade de gênero” (PRADO; MARTINS; ROCHA, 2009, apud FEITOSA, 2019, p. 102).

O relato de Cris sobre sua motivação para a fundação da ATMS como resposta à violência policial que sofriam na cidade, bem como o apoio que a associação recebe do programa de ISTs, corrobora o que é apontado por Mario Carvalho (2011) na retomada histórica que faz do movimento trans no Brasil e da fundação de associações de travestis e trans, a começar com a Associação das Travestis e Liberados do Rio de Janeiro (ASTRAL), a primeira da América Latina e a segunda do mundo.

Assim, dois “modelos” se tornam hegemônicos na construção de organizações de travestis no Brasil. Algumas surgem da auto-organização de travestis em resposta à violência policial nos locais de prostituição, e outras a partir do investimento de ONGs do movimento homossexual e ONGs-AIDS em projetos de prevenção junto à população de travestis profissionais do sexo. Assim, o binômio violência policial/AIDS se torna pedra fundamental da constituição do movimento que com o passar dos anos seria capaz de desenvolver outras bandeiras de luta (CARVALHO, 2011, p. 27).

Em novembro de 2019 participei de um evento organizado pela Liga Acadêmica de Saúde da Família (LASF) da UFMS, cuja temática era “Desafios da atenção primária à saúde na atualidade: saúde de populações negligenciadas”, sendo um dos painéis sobre a saúde da população LGBT. Era a primeira vez em que eu via um evento propor a discussão sobre saúde LGBT sem necessariamente se atrelar às ISTs e adotando o termo “populações

negligenciadas”, o que me lembra um questionamento feito por Adriana Sales em um dos eventos anteriores: “Será que a dificuldade é dele de aderir ou é nossa de acolher?”

Na espera para o início da mesa, toca a música *Geni e o Zepelim*, de autoria de Chico Buarque e, da plateia, algumas pessoas cantam baixinho. Me arrepio. Me arrepio porque escutar essa música em uma mesa sobre saúde LGBT me atravessa e me afeta. Me arrepio porque me deixo envolver por esse *antropological blues*¹¹. Ao fundo Chico ressoa a história de Geni, a história de tantas travestis e mulheres trans, das transfobias, das violências, das discriminações cotidianas.

De tudo que é nego torto
Do mangue e do cais do porto
Ela já foi namorada
O seu corpo é dos errantes
Dos cegos, dos retirantes
É de quem não tem mais nada

Dá-se assim desde menina
Na garagem, na cantina
Atrás do tanque, no mato
É a rainha dos detentos
Das loucas, dos lazarentos
Dos moleques do internato

E também vai amiúde
Com os velhinhos sem saúde
E as viúvas sem porvir
Ela é um poço de bondade
E é por isso que a cidade
Vive sempre a repetir

Joga pedra na Geni!
(BUARQUE, 1978).

A menina que estava mexendo no computador abaixa o som. Não, não é para jogar pedra na Geni, ela [não é] feita para apanhar, ela [não é] boa de cuspir, ela dá para [quem ela quiser], [bendita] Geni!

Continuo a esperar o início do painel, decido então me distrair em minhas redes sociais, quando, de repente, a garganta fecha. Os olhos se enchem de lágrimas. As. palavras. ficam. picadas. A notícia de que Diego, um grande ativista LGBT do Mato Grosso do Sul, que comporia o painel que eu aguardava e que eu conhecia dos corredores do bloco 6 e dos

¹¹ Da Matta (1978) apresenta o blues como uma melodia que ganha força com a repetição de frases, tornando-se a cada momento mais perceptível; em paralelo, a intrusão da subjetividade e da carga afetiva na rotina intelectualizada da etnologia é um dado sistemático da situação, que deve ser ouvido como um *antropological blues*, que a cada repetição torna-se mais evidente.

eventos acadêmicos das Ciências Sociais da UFMS, não estava mais entre nós. Nós em minha garganta. A suspeita [depois confirmada] era de suicídio.

Todos os barulhos do evento formam em minha cabeça um grande silêncio. O silêncio de Diego, que ainda tinha muitas palavras para falar, o silêncio de sua participação no painel, de coisas que não poderíamos escutar. É como se ele sussurrasse e ao mesmo tempo gritasse um poema em meus ouvidos:

quero
fazer tanto
silêncio

que
é capaz
de
a cidade
inteira

acordar
(VIEIRA, 2017a, p. 73).

Esse silêncio grita, grita também pelas demandas de saúde feitas por pessoas LGBTQs, grita o sofrimento psíquico, grita, mesmo no silêncio, mesmo na morte. Nesse momento não sei o que dizer, nem como dizer. Mas não dizer nada dói ainda mais. Lembro-me das reuniões de supervisão que tive em 2018, ao longo da graduação em Psicologia, sobre as práticas clínicas de estágio, em que Eduardo (meu supervisor) continuamente afirmava que o silêncio também diz muita coisa.

Esse silêncio, sua ausência na mesa, a falta de sua fala, tudo isso grita dentro de mim. Como não ouvir um silêncio que grita? Aos poucos, não mais sob um horizonte psicológico, mas antropológico, ia me dando conta que uma etnografia também se faz por coisas ditas, não ditas, “mal-ditas” (FERREIRA, 2008).

Para mim, pesquisar e escrever não são, ou ao menos não deveriam ser, atividades relacionadas às tão elencadas atitudes de dar voz e representar. Explico: Deepika Bahri (2013) considera a ideia de representação como uma re-presença, que não está necessariamente ligada ao real, mas como algo ficcional, ou ao menos parcial. Ademais, para a autora, essa re-apresentação é comumente atrelada a uma ideia de continuidade e uniformidade espaço-temporal, sendo então essencializante e que, portanto, não deveria ser tomada como uma verdade absoluta, mas como uma verdade parcial e construída.

No que diz respeito à ideia de “dar voz”, retomo o que afirma Cláudia Cardoso (2014) sobre as atuais tendências descolonizadoras, que se empenham na recuperação de vozes e discursos das subalternas excluídas e silenciadas até então pelo conhecimento hegemônico. Sobre isso, Jota Mombaça (2015), comentando Gayatri Spivak, afirma: “o *silêncio subalterno* mais como efeito de uma não-escuta colonial do que propriamente de uma não-fala subalterna” (MOMBAÇA, 2015, n.p.).

Para Patricia Hill Collins (2019), a jornada das mulheres (cis) negras – e penso eu que também a jornada das travestis e mulheres trans, em grande parte também marcadas pela negritude – está em transformar o emudecimento decorrente do silenciamento em linguagem e ação em linguagem e ação. É nesse sentido que considero que não se trata de dar voz – essas pessoas já possuem voz –, trata-se de ouvi-las, e ouvir tudo, inclusive os silêncios que gritam e os silêncios que sussurram.

Em decorrência disso, e por ter minhas relutâncias com o uso de termos como objeto de pesquisa (para se referir a pessoas ou grupos de pessoas), informantes e interlocutoras, tenho considerado as pessoas que encontro e com quem dialogo em campo como minhas coorientadoras, não no sentido acadêmico da palavra, mas em uma ressignificação, na qual considero que estas, no cruzamento de nossos percursos, orientam meu olhar, escuta e escrita, pessoas que continuamente me afetam e direcionam meus percursos – como quando, em uma entrevista que realizei em uma casa de prostituição, Bruna* me orientou sobre como entrevistá-las: bastava eu ir lá, sentar com elas e conversar enquanto elas fumavam.

É a partir desse meu posicionamento, como também a partir do questionamento de “quem é na verdade o autor das anotações feitas no campo” (CLIFFORD, 2002, p.48), que nos capítulos que se seguem abdiquei de uma escrita conjugada no singular, considerando-a como um produto não apenas meu, mas também de meu orientador, Esmael Oliveira, e de inúmeras pessoas que me atravessaram em campo.

Em um jogo polifônico de palavras que mistura relatos de travestis e mulheres trans, tensionamentos com discursos (bio)médicos, escritas minhas e de Esmael, textos e teorias, tentamos continuamente usar palavras para dar conta das experiências e experimentações sobre saúde que aprendemos com as travestis e mulheres trans que cruzaram nosso caminho.

Todavia, “a saúde e o adoecer são formas pelas quais a vida se manifesta. Correspondem a experiências singulares e subjetivas, impossíveis de serem reconhecidas e significadas integralmente pela palavra” (CZERESNIA, 2003, p. 42). Assim, essas questões de saúde inevitavelmente escapam às palavras e à escrita: “Nem a experiência nem o sentido

(ou os sentidos) são redutíveis à narrativa, ao discurso, ou ao texto em seu significado mais largo” (MALUF, 1999, p. 72).

Esta dissertação tem muito disso, uma aventura antropológica por uma busca interminável pelo que seria a saúde para as travestis e mulheres trans que transitam por Campo Grande, pensando como seus fluxos e trânsitos pela cidade – não necessariamente de pessoas que residem aqui, mas que por vezes vêm para contribuir e participar de eventos, fortalecer a militância – nos apontam um espaço que, prescindindo de uma fixa delimitação geográfica, circunscreve fluxos e linhamentos que, a partir de movimentações e debates diversos, tecem uma concepção própria de saúde.

Para tanto, busco dialogar com afirmações como a de Adriana Sales: “Nós não somos só saúde e doença, nós somos muito mais”, tensionando os discursos patologizantes ao mostrar que eles não dão conta do que há na vida de travestis e mulheres trans. Há muito mais do que o par dicotômico saúde-doença, frase que considero tão importante que um trecho é utilizado como título da dissertação, e à qual espero poder fazer jus.

Destarte, considero necessário explicitar a intencionalidade que atribuí à estruturação e disposição dos capítulos que compõem este texto, de modo que a dissertação se inicia com o tensionamento em relação à hegemonia dos discursos e práticas (bio)médicas a partir de falas e contestações de travestis e mulheres trans, que explicitam que essa hegemonia não dá conta de tudo que há em suas vidas (capítulo 1).

Posteriormente foram abordadas as negociações que travestis e mulheres trans campograndenses estabelecem com os discursos e práticas biomédicas, serviços governamentais, bem como outras estratégias disponíveis que não estão necessariamente pautadas na atenção médica e na institucionalização (capítulo 2), e por fim, os arranjos micropolíticos, os sentidos por elas atribuídos à saúde, de tudo aquilo que lhes é relevante, passando em especial pelo trabalho, militância e redes de afeto, para elas fundamentais ao se falar em saúde (capítulo 3).

Nesse percurso estabeleço uma diferenciação entre “discursos biomédicos sobre saúde da população trans” e “saúdes transviadas” ou “concepções transviadas de saúde”. Nessa proposta, o primeiro termo é utilizado como uma discussão feita por alguém de fora, sem o diálogo com as travestis e as mulheres trans, mais especificamente por profissionais da saúde, envolvendo um processo que autoras como Deepika Bahri (2013) e Ina Kerner (2012) chamam de “outremização”. Portanto, é importante problematizar como estas “outras” são criadas a partir dos discursos hegemônicos.

Já as concepções transviadas de saúde ou as saúdes transviadas se referem aos sentidos que as próprias travestis e mulheres trans atribuem para sua saúde, especificamente no

contexto campo-grandense, concepções estas que me aventurei a procurar. É importante enfatizar que os termos transviadas, transviados e transviades não são meus, sendo utilizados por pessoas trans como João W. Nery em seu último livro, *Velhices transviadas*, bem como na primeira edição da revista *Estudos Transviades* (2020).

Nesta dissertação, a escolha por “transviadas” tem relação com questões muito específicas de Campo Grande. Apesar de não ouvir a expressão pela cidade, há uma característica particular que nos permite dizer que aqui tudo é viada/viado, embora por vezes seja proferido de forma discriminatória e acusatória, a depender de contextos, tom de voz e de quem diz. A expressão é também utilizada amplamente como forma de pertencimento e afeto, sendo dirigida às pessoas independentemente de sua orientação sexual, não estando restrita, portanto, a pautas identitárias, em que construções como “arrasou, viada” são amplamente utilizados.

Percebo, nesse sentido, um paralelo entre os usos locais de viada/viado e os usos estadunidenses de *queer*, termo que, segundo Teresa de Lauretis (2019) e Leandro Colling (s.d.), era inicialmente utilizado de forma estigmatizante e discriminatória contra pessoas LGBTQs e que poderia ser traduzido como estranho, esquisito, excêntrico e vulgar. Todavia, na década de 1970 o termo é positivizado pelo movimento de libertação gay, tornando-se motivo de orgulho e marca de resistência política, sendo uma contestação social antes de ser uma identidade.

Desse modo, ao propor o uso de transviadas evidenciando as experiências e narrativas trans, bem como a característica do uso campo-grandense dos termos viada e viado, proponho um investimento *queer* e decolonial para pensarmos os sentidos e concepções que travestis e mulheres trans atribuem à saúde em Campo Grande.

Ademais, há no uso do termo uma inversão do sentido¹²: transviado também remete àquilo que se transviou, foi extraviado, perdido, ou que não obedece aos padrões comportamentais vigentes, portanto, questões que escapam, transbordam e se extraviam de uma inteligibilidade biomédica e cisgênera, questões que me interessam muito mais do que pensar e reiterar uma hegemonia médica nas discussões da saúde de pessoas trans.

Na busca desses sentidos e concepções, começo a considerar então a pesquisa acadêmica como uma cartografia desses percursos e afetos, com campos que se abrem a cada passo dado, que atravessam nossos corpos e por vezes nos fazem escrever com nossas tripas, como propõe Gloria Anzaldúa (2000). “Cartografar é conectar afetos que nos surpreendem”

¹² Deixo aqui registrado meu agradecimento especial ao meu analista, que, como um bom lacaniano que é, está sempre atento a jogos de palavras e inversões de sentidos.

(KASTRUP; PASSOS; TEDESCO, 2014, p. 63, apud SALES; SIMPSON, 2018, p. 26), sendo necessário ativar o potencial de ser afetada. Assim, proponho uma cartografia em Campo Grande de afetos que me afetam no encontro com travestis e mulheres trans, nas conversas sobre saúde, sobre demandas e direitos, sobre vidas.

Desse modo, todas essas falas, tensionamentos, afetos, desejos e corpos aparecem aqui como linhamentos que são continuamente traçados, remanejados, alongados e interrompidos. Na proposta de Gilles Deleuze e Félix Guattari (1996), esses linhamentos e a análise do desejo ocupam um local similar ao designado pela ciência geográfica para os espaços e fronteiras territoriais. Assim, propõe-se um método similar ao da cartografia geográfica de mapear territórios: uma cartografia social que incida sobre essas linhas, que analise como tais linhamentos são traçados, como se afastam, aproximam, tensionam e atravessam.

Para Adriana Sales e Keila Simpson (2018), a perspectiva cartográfica possibilita a ampliação de olhares, o mapeamento com brechas para o improvável, o (não) científico, o que escapa de normas fixas e reducionistas, o que transborda das produções acadêmicas, de modo que, como aponta Letícia Carolina Nascimento (2020), haja a construção mapas sensíveis, de uma geografia de afetos.

Nesse processo, o mapeamento com brechas e transbordamentos nos leva a entender que cada afeto, experiência e relato demanda, por vezes, traçados diferentes ao serem postos no papel, o que nos leva a uma escrita sem padronização fixa – conforme se escreve, o texto vai tomando um formato que lhe seja próprio, uma escrita encarnada.

O acesso aos linhamentos, sejam os do discurso hegemônico ou então os linhamentos micropolíticos transviados, se deu por meio da etnografia, que propõe que a escrita seja conduzida sem que se renuncie à sensibilidade, afinal, de acordo com James Clifford, a etnografia “permanece como um método notadamente sensível. A observação participante obriga seus praticantes a experimentar, tanto em termos físicos quanto intelectuais, as vicissitudes da tradução” (2002, p. 20).

Ademais, de acordo com George Marcus (2004), as críticas da *writing culture* dos anos 1980 possibilitaram que a etnografia se ressignificasse frente ao seu tradicional modelo malinowskiano e se envolvesse “em locais de investigação múltiplos e heterogêneos e em formas de colaboração, baseadas na cumplicidade” (MARCUS, 2004, p. 149). Em acréscimo, James Clifford (2002, p. 43) aponta que “um modelo discursivo de prática etnográfica traz para o centro da cena a intersubjetividade de toda fala, juntamente com seu contexto performativo imediato”.

Nessa intersubjetividade, há também a exploração e problematização do lugar de enunciação que ocupo e dos percursos que percorro, para que este não seja tomado como um lugar vazio (CORNEJO, 2011, apud VERGUEIRO, 2015), antes um lugar de fala localizado: mulher cis, que inicialmente considerava-me (supostamente) hétero, mas que, com a aproximação com os movimentos sociais, entendendo melhor meus afetos e desejos, passei a me identificar como bi, branca, de classe média, pós-graduanda, vegana...

Assim, o método etnográfico, juntamente com a cartografia deleuze-guattariana, possibilita que sejam traçados linhamentos diversos, multilocalizados por Campo Grande, partindo da cumplicidade das relações, indicações e trajetos das coorientadoras, em cenas intersubjetivas de uma aventura antropológica em busca dos sentidos transviados de saúde.

Para tal, dois caminhos foram percorridos: inicialmente a observação participante em palestras e eventos com a temática LGBT e/ou voltados para essa população, além de espaços institucionais (como, por exemplo, o período em que trabalhei no CentrHo); e entrevistas abertas com travestis, mulheres trans e profissionais da saúde, conversas informais com pessoas LGBT com as quais mantivemos amizade, bem como leitura e coleta de seus relatos em redes sociais.

Participar de palestras sobre saúde LGBT me proporcionou escutar tensionamentos entre o discurso hegemônico da (bio)medicina patologizante e os relatos transviados de saúde, que ora questionavam ou discordavam em alto e bom som de profissionais da saúde, ora conversavam na plateia sobre questões outras que lhes eram mais pertinentes – como condições de quem mora na rua, racismo ou ainda sobre estética. O período em que trabalhei no CentrHo me possibilitou uma inserção nos percursos e discursos mais institucionais, burocráticos e governamentais, além de uma discussão sobre ofertas e demandas.

Por outro lado, a participação em rodas de conversa, em grupos pequenos e com o espaço de fala distribuído de forma que todas as pessoas presentes pudessem falar, com relatos mais íntimos sobre angústias, trajetos e afetos, foram fundamentais para que eu perseguisse uma etnografia encarnada e corporificada (FERREIRA, 2008). Ao privilegiar um diálogo despretensioso no que tange a um não estabelecimento de questões pré-elaboradas, deliberadamente desejava não perder de vista o caráter precário e situado da narrativa analítica. Afinal,

Esses diferentes tipos de narrativa e de situação narrativa foram tomados como maneiras, caminhos, veículos da experiência e do sentido – mesmo que se trate de um sentido precário, ou porque temporário ou porque nunca

inteiramente ao alcance da compreensão. A possibilidade de interpretação é infinita (MALUF, 1999, p. 71-72).

Com a cartografia desses caminhos, percursos e afetos que tanto me atravessaram, espero que as páginas que seguem instiguem quem as ler a se debruçar e se aventurar por concepções transviadas sobre a vida, relacionamentos, resistências, enfim, sobre SAÚDE, e, como propõe Jaqueline Gomes de Jesus no prefácio de *Vidas trans: a coragem de existir*, “que a delícia de ser quem somos lhe anime também a ser quem você pode ser, seja você trans ou cis” (MOIRA et al., 2017, p. 8).

CAPÍTULO 1: “TEM MAIS EM NOSSAS VIDAS”: PARA ALÉM DA “SIDADANIA”

Nos eventos que frequentamos sobre a saúde da população LGBT, algo era recorrente e perceptível: a maior parte das palestrantes convidadas eram profissionais da saúde, em especial médicas, que eram convidadas enquanto *experts*, assumindo o posto de porta-voz ou sujeito de suposto saber que detinha a verdade sobre a saúde da população LGBT, para falar para uma plateia majoritariamente composta por pessoas desse segmento, sobre (veja só!) o que seria sua saúde.

Nesse campo pulverizado de relações de saber-poder, os discursos por vezes se aproximavam, mas frequentemente se afastavam, gerando conflitos e tensionamentos, espaço propício para toda uma cartografia de diálogos, caminhos e impedimentos em saúde. Os tensionamentos que ali se alocavam entre os discursos hegemônicos da (bio)medicina e os discursos transviados de travestis e mulheres trans nos remetem a um trecho em que Lélia Gonzalez (1984), ao falar sobre uma festa em que intelectuais brancos convidam pessoas negras sobre as quais escreveram, e estas se incomodam com práticas ali adotadas, ironiza: “Onde já se viu? Se eles sabiam da gente mais do que a gente mesmo? Se tavam ali, na maior boa vontade, ensinando uma porção de coisa prá gente da gente?” (GONZALEZ, 1984, p. 223).

Esses tensionamentos nos eventos marcam o início da pesquisa de campo e nos fazem indagar até que ponto esse saber dita o que é e o que deixa de ser saúde para travestis e mulheres trans que transitam por Campo Grande. Assim, a proposta deste primeiro capítulo é discutir a hegemonia dos discursos (bio)médicos, contrapondo com tensionamentos com os discursos e relatos de travestis e mulheres trans nesses eventos.

Partimos, então, da discussão acerca das práticas e discursos de/em saúde, apresentados pelas profissionais de saúde, pensando os modelos teóricos para se referir e tratar de saúde, tensionando-os com as experiências e relatos apresentados por travestis e mulheres trans na cidade de Campo Grande-MS, analisando os modelos de atenção à saúde (biomédico, biopsicossocial e saúde coletiva), juntamente com os modos de pensar as infecções sexualmente transmissíveis e seus correlatos (grupo de risco, comportamento de risco e vulnerabilidade), que foram produzidos por esses regimes de verdade.

Cabe ressaltar que não temos a intenção de fazer uma análise binária, contrapondo modelos ‘bons’ a modelos ‘ruins’, mas de traçar uma breve genealogia desses modelos e o que produzem em termos de práticas e formas de subjetivação, quais os efeitos de poder

implicados nessas relações e produções de verdades. Na análise desses discursos médicos sobre a saúde de pessoas trans, é importante enfatizar que Foucault, “Spivak e tantos outros críticos pós-coloniais e feministas nos alertam para o modo como a posição de sujeito é construída dentro do discurso, em vez de ser preexistente ao discurso” (BAHRI, 2013, p. 668).

O intuito então é contribuir tanto com uma compreensão ampliada do conceito de saúde (portanto, tomando-a não como algo dado e pré-existente, mas como práticas e discursos que se estabelecem a partir de um saber-poder¹³ específico e contextual) quanto com a visibilização dos diferentes modos e estratégias que sujeitos dissidentes criam e acionam em seus processos de subjetivação face às práticas e modelos de/em saúde e para além deles, considerando que a visibilização está atrelada à denúncia de exclusões (FEMENÍAS, 2007).

A saúde, então, passa a ser uma realidade que opera determinados processos existenciais ao mesmo tempo em que só é possível a partir de determinadas operações, de certos campos de conhecimento, nos quais ocorrem transportes, traduções, interpretações, isto é, formas de objetivação que, ao darem sentido a determinados fenômenos, produzem modos de nos relacionarmos conosco (MEDEIROS, BERNARDES, GUARESCHI, 2005, p. 264).

Ademais, para tal reflexão é necessário que nos desprendamos de uma ideia linear-evolucionista, a qual tende a pensar em uma evolução de modelos, em que um modelo seria completamente extinto, ‘substituído’ por outro, melhor e mais recente. Esses modelos, apesar de funcionarem a partir de esquemas diferentes, não são incompatíveis; frequentemente agem de forma concomitante e se atravessam nas políticas e práticas de/em saúde. Dessa forma, um olhar rizomático nos parece muito mais pertinente, pensando em pontos que se conectam em diferentes traçados e direções, partindo sempre do meio, com bifurcações e encontros imprevisíveis no percurso de multiplicidades (ZOURABICHVILI, 2004).

¹³ “Não há relação de poder sem constituição correlata de um campo de saber, nem saber que não suponha e não constitua ao mesmo tempo relações de poder. [...] Resumindo, não é a atividade do sujeito de conhecimento que produziria um saber, útil ou arredo ao poder, mas o poder-saber, os processos e as lutas que o atravessam e que o constituem, que determinam as formas e os campos possíveis de conhecimento” (FOUCAULT, 1999b, p. 27).

1.1. “Quando falamos de uma luta contra a Aids, o que queremos dizer?": modelos de saúde e a formação de sujeitos

O corpo, conforme Michel Foucault, torna-se objeto e alvo de poder durante a época clássica, em que é manipulado, modelado e treinado para obedecer, responder, ser hábil e ter suas forças multiplicadas. No século XVIII, ao ser investido pelo poder, tem limitações, proibições e obrigações que lhe são impostas, com novas escalas, objetos e modalidades de controle, que permitem o escrutínio minucioso de suas operações, sujeitando constantemente suas forças, impondo-lhe docilidade e utilidade por meio de disciplinas, as quais durante os séculos XVII e XVIII tornaram-se fórmulas gerais de dominação (FOUCAULT, 1999b).

Forma-se então uma política das coerções que são um trabalho sobre o corpo, uma manipulação calculada de seus elementos, de seus gestos, de seus comportamentos. O corpo humano entra numa maquinaria de poder que o esquadriha, o desarticula e o recompõe. Uma “anatomia política”, que é também igualmente uma “mecânica do poder”, está nascendo; ela define como se pode ter domínio sobre o corpo dos outros, não simplesmente para que façam o que se quer, mas para que operem como se quer, com as técnicas, segundo a rapidez e a eficácia que se determina. A disciplina fabrica assim corpos submissos e exercitados, corpos “dóceis” (FOUCAULT, 1999b, p. 119).

Assim, os traços biológicos de uma população se tornam pertinentes para uma gestão econômica no século XVIII. O corpo foi socializado enquanto força de produção, surgindo a necessidade de um dispositivo, ou seja, “estratégias de relações de força sustentando tipos de saber e sendo sustentadas por eles” (FOUCAULT, 2015, p. 367), que assegurem a sujeição e o aumento da utilidade da população. Assim, nesse momento o corpo (não mais em sua esfera individual, mas coletiva) torna-se uma realidade biopolítica.

É dentro desse regime de verdade que na Europa, mais especificamente na Alemanha, França e Inglaterra, começam a se desenvolver a Medicina de Estado, a Medicina Urbana e a Medicina da Força de Trabalho (respectivamente), que privilegiaram a higiene e o funcionamento da medicina como instância de controle social (FOUCAULT, 2015).

Com isso, as distribuições da vigilância fiscal e econômica passam a atravessar as técnicas de observação médica, articulando um espaço administrativo e político em um espaço terapêutico, tendendo a individualizar corpos, doenças, sintomas, vidas e mortes, constituindo um quadro real de singularidades que foram justapostas e cuidadosamente distintas. Da disciplina nasce um espaço útil do ponto de vista médico (FOUCAULT, 1999b).

Nesse contexto de uma “anatomia política”, dá-se forma a uma “anátomo-clínica”, a partir da qual se origina uma medicina do corpo, lesões e doenças, que pretende encontrar a essência da doença a partir de um exame empírico de lesões (CAMARGO JR, 2005). A esse modelo que toma a doença como categoria central do saber e práticas médicas, uma ciência da doença, dá-se o nome de biomedicina, termo que reflete a vinculação da racionalidade da medicina ocidental contemporânea com o conhecimento produzido por disciplinas científicas do campo da Biologia (CAMARGO JR., 2005; GUEDES, NOGUEIRA, CAMARGO JR., 2006).

A doutrina médica traz implícita a idéia de que as doenças são objetos com existência autônoma, traduzíveis pela ocorrência de lesões que seriam, por sua vez, decorrência de uma cadeia de eventos desencadeados a partir de uma causa ou de causas múltiplas; o sistema diagnóstico é dirigido à identificação das doenças, a partir da caracterização de suas lesões (CAMARGO JR., 2005, p. 181, sic).

Essa ideia biomédica de doenças como objetos de existência autônoma, apesar de nunca expressa nessas mesmas palavras e de forma explícita, é continuamente manifesta na fala de grande parte das profissionais da saúde com as quais dialogamos. Participando de eventos sobre prevenção combinada, organizados pela ATMS e pelo IBISS-CO¹⁴, percebemos como continuamente pessoas, em especial aquelas vivendo com HIV, eram transformadas em números, dados epidemiológicos e em risco.

No modelo biomédico, “a própria definição de saúde, apesar dos inúmeros esforços em contrário, é assumida como a ausência de doenças” (CAMARGO JR., 2005, p. 181). Destarte, esse modelo trabalha com binarismos, uma separação de doença **ou** saúde, na qual pressupõe-se que, para a existência de uma, deve haver ausência da outra. É em decorrência disso que, segundo Camargo Jr. (2005), a partir de uma perspectiva biomédica, as práticas médicas visavam uma intervenção sobre a doença, evitando ou retardando sua progressão, ou minimizando os danos causados.

Logo, sob uma perspectiva biomédica, não faria sentido pensar em questões de saúde para pessoas que vivem com ISTs, pois, para esse modelo, essas pessoas estariam evidentemente doentes, e, portanto, sem saúde, de modo que as práticas médicas estariam restritas a questões de prevenção e tratamento de doenças, com forte caráter higienista, sendo que “a higiene, entendida como conjunto de normatizações a serem seguidas e aplicadas em

¹⁴ “MANDALA SOCIAL” – Encontro Nacional de Populações Prioritárias para Prevenção Combinada, organizado pela ATMS nos dias 26, 27 e 28 de setembro de 2019. 1º Conversação – Diálogos sobre Prevenção Combinada no Centro-Oeste, organizado pelo IBISS-CO nos dias 24 e 25 de outubro de 2019.

âmbito individual, produz um discurso sobre a *boa saúde* atrelado à esfera moral” (MEDEIROS, BERNARDES, GUARESCHI, 2005, p. 265).

Em relação a esse discurso e prática, em um dos eventos de que participamos sobre prevenção combinada, Camila* comentou sobre sua experiência em uma unidade móvel que vai até a “população-alvo” para realizar testes rápidos e distribuição de insumos, afirmando: “Eu e minhas amigas somos escrachadas por sermos alvo, por sermos travestis, por sermos negras e por trabalharmos com prostituição”, e questionou essa postura, comentando que “os outros também contraem”, além de demandar mais acolhimento, tanto na fala dos profissionais quanto durante o teste. Acrescenta-se que atualmente pesquisas têm apontado para “uma forte tendência de pauperização, heterossexualização e juvenização da epidemia no território nacional, destacando o aumento da prevalência da infecção entre os jovens brasileiros” (ARAÚJO et al., 2012; SCHNEIDER et al., 2008, apud AMARAL, 2016, p. 15).

Ademais, o modelo biomédico apresenta caráter generalizante, mecanicista e analítico, buscando discursos com validade universal, uma causalidade linear das doenças e o isolamento das partes (CAMARGO JR., 2005).

A Biomedicina vincula-se a um “imaginário científico” correspondente à racionalidade da mecânica clássica, caminhando no sentido de isolar componentes discretos, reintegrados *a posteriori* em seus “mecanismos” originais. O todo desses mecanismos é necessariamente dado pela soma das partes – eventuais inconsistências devem ser debitadas ao desconhecimento de uma ou mais “peças” (CAMARGO JR., 2005, p. 178).

Esse caráter analítico da biomedicina causa uma “dissociação progressiva entre a doença e o doente, ensinando a caracterizar o doente pela doença” (CANGUILHEM, 2005, apud GUEDES et al., 2006, p. 1095), mas não apenas uma separação analítica. Na biomedicina há uma supremacia da doença, o sofrimento da paciente é visto como irrelevante: “quando a doença passa a ser ‘real’ o paciente virtualiza-se” (CAMARGO JR., 1998, apud GUEDES et al., 2006, p. 1096). Assim, no modelo biomédico, as pacientes são apagadas, surgindo apenas como aquelas que materializam a doença – são um não-sujeito.

Nesse sentido, durante o primeiro evento, alguns questionamentos surgem: sentado ao meu lado na plateia, J Vinicius, um homem cis, negro, gay e que trabalha diretamente com questões de ISTs, sussurra sobre como nesses discursos parece que “as pessoas se esquecem que a Aids não está ‘solta por aí’, ela habita um corpo”, e questiona: “Quando falamos de uma luta contra a Aids, o que queremos dizer? Contra quem estamos lutando?”

Mais do que um apagamento de sujeitos em favor do biológico, Sônia Maluf (2015) discute como o reconhecimento da legitimidade de necessidades e demandas “passa pelo filtro de reconhecimento de um distúrbio, disfunção, doença ou de algum tipo de especificidade ou diferença biológica” (MALUF, 2015, p. 326, tradução livre), a chamada biolegitimidade. O argumento “é que a biolegitimidade como uma ferramenta que informa práticas governamentais, políticas públicas e até demandas sociais, pode ser considerada como efeito dessas novas biopolíticas”. Desse modo, não apenas sujeitos, mas também outras experiências e concepções são apagadas e silenciadas em nome de uma hegemonia biopolítica.

Algumas dificuldades começam a se apresentar ao saber biomédico quando nem todas as manifestações de doença são passíveis de uma explicação causal (GUEDES et al., 2006). Buscando respostas a esses tensionamentos, a doutrina médica recorrentemente faz alusão

A três domínios teóricos que são a suposta tradução da “totalidade do homem”: Biologia, Psicologia e Sociologia. A pretensa totalidade é usualmente expressa condensando-se todos os termos em um só biopsicossocial – como se a mera justaposição de discursos pudesse, por si só, abolir a fragmentação inerente ao próprio modelo de desenvolvimento disciplinar característico da modernidade. Agregue-se a isto o fato de que os termos “psico” e “social” não passam de referências genéricas, subordinadas ao primado do discurso biológico (CAMARGO JR., 1990, apud CAMARGO JR., 2005, p. 185).

Logo, o modelo biopsicossocial surge como uma tentativa de dar conta de coisas que escapavam ao modelo biomédico: questões psicológicas e sociais. Todavia, compartilha ainda da mesma grade de inteligibilidade do modelo biomédico, mantendo seu caráter analítico, com estratégias de disciplinamento de corpos que, de acordo com Foucault (1999b), esquadram e desarticulam o corpo. De um sujeito apagado, passamos a um sujeito fragmentado, tridimensionalizado e tripartido, com clara submissão das questões psicológicas e sociais às questões biológicas (CZERESNIA, 2003; MEDEIROS, BERNARDES, GUARESCHI, 2005) – cria-se um sujeito **BIO**-psico-social.

No início do século XX, em especial na Alemanha, ocorre o renascimento da Medicina Social e fatores sociais de saúde anteriormente invisibilizados por um domínio de saber-poder biomédico retornam às discussões, pensando a saúde e bem-estar das populações (NUNES, 2006). Sobre esse retorno, nossa perspectiva se apoia nas discussões de Gilles Deleuze (2018) sobre diferença e repetição. Para o autor, “pelo disfarce e pela ordem do símbolo, a diferença está contida na repetição” (DELEUZE, 2018, p. 37), de modo que “à divergência e ao descentramento perpétuos da diferença correspondem rigorosamente um

deslocamento e um disfarce na repetição” (DELEUZE, 2018, p. 14). Logo, a cada retorno, diferenças e distâncias são demarcadas.

Segundo Nunes (2006), na América Latina, as primeiras análises sobre a medicina social surgem nas décadas de 1980 e 1990, com grande contribuição das ciências sociais para a compreensão dos processos de saúde e adoecimento. Nesse período ocorre a reestruturação e universalização das políticas sociais e o advento do paradigma da economia da saúde, com uma dimensão fiscal e financeira da atenção à saúde

Esse momento latino-americano foi fortemente influenciado pela Declaração de Alma-Ata (1978), cujo propósito era promover a saúde de todos os povos do mundo, estabelecendo a saúde (e não a simples ausência de doenças) como um direito humano fundamental, sendo sua promoção e proteção essenciais para o desenvolvimento econômico e social, qualidade de vida e paz mundial. Assim sendo, os governos tornam-se responsáveis pela saúde da população, enquanto esta tem o direito e dever de participação individual e coletiva no planejamento e execução dos cuidados de saúde.

No Brasil, esse discurso, juntamente com os movimentos sociais, culminou no sancionamento da Lei nº 8080/1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, assim como a criação do SUS¹⁵ e o estabelecimento de seus princípios e diretrizes, dentre os quais destacam-se a universalidade de acesso e a integralidade de assistência e equidade (BRASIL, 1990), o que garante que toda a população em território brasileiro tenha direito ao atendimento integral de suas demandas em saúde, considerando-as iguais dentro de suas diferenças.

Em acréscimo, no artigo 3º, a lei determina que

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País (BRASIL, 1990).

Destarte, “as proposições do SUS apontam para a saúde como direito do cidadão e dever do Estado; saúde como uma questão integral; saúde não mais como ausência de doença, mas como uma questão plural; saúde como uma questão coletiva” (MEDEIROS, BERNARDES, GUARESCHI, 2005, p. 269). Diferentemente de outros campos do

¹⁵ Neste momento em que vivemos, com sucateamento do SUS e da educação pública, engendrado por fortes tendências neoliberais e privatizantes, gostaríamos de reiterar a importância que a Lei nº 8080/1990 e a criação e consolidação do SUS tiveram para uma compreensão ampliada, cidadã e coletiva da saúde, oferecendo um atendimento gratuito e integral a todas as pessoas em todo o território nacional.

conhecimento em saúde, a Saúde Coletiva foi organizada em uma associação (a Abrasco), que integrou o que havia sido produzido em medicina preventiva, medicina social, planejamento em saúde, pesquisas epidemiológicas, políticas de saúde e ciências sociais em saúde, o que tornou difícil uma conceituação consensual sobre o que seria saúde.

Em realidade, a partir do momento em que se foram firmando as formas de tratar o coletivo, o social e o público caminhou-se para entender a saúde coletiva como um campo estruturado e estruturante de práticas e conhecimentos, tanto teóricos como políticos (NUNES, 2006, p. 27).

Para Nunes (2006), a Saúde Coletiva apresenta-se então como um mosaico interdisciplinar em que os campos do conhecimento se aproximam e se afastam, de acordo com o que lhe é apresentado e demandado. Assim, esse modelo de pensar a saúde desessencializa a própria categoria, desterritorializando-a¹⁶ do campo biológico e biomédico, fazendo-nos pensar em questões imanentes que em determinados momentos se aproximam, se entrelaçam ou se afastam.

No modelo de Saúde Coletiva, a saúde integral toma centralidade nas discussões, desprendendo-se da ideia de ausência de doenças e, portanto, possibilitando práticas voltadas não apenas para prevenção e tratamento de doenças, mas também para a promoção, proteção e recuperação da saúde. Assim, “as estratégias de promoção enfatizam a transformação das condições de vida e de trabalho que conformam a estrutura subjacente aos problemas de saúde, demandando uma abordagem intersetorial” (TERRIS, 1990, apud CZERESNIA, 2003, p. 45). Além disso, o foco nos determinantes sociais e suas implicações na saúde da população passam a ser fundamentais.

Essa mudança nos discursos implica “não apenas nova política de saúde, mas novos modos de a saúde produzir subjetividades, por meio de práticas que estabelecem valores, como o de cidadania e de sujeito de direitos, a partir de um dever do Estado” (MEDEIROS, BERNARDES, GUARESCHI, 2005, p. 263).

A saúde aqui como a entendemos, em termos de relações de saber/poder, não age sobre o indivíduo, mas sobre sua ação. Assim, quando a saúde é definida como uma questão integral, plural, na ânsia de integrar, de tornar o sujeito indivisível, completo, não se está agindo sobre o indivíduo, mas sobre a relação, as ações que ele estabelece consigo e os outros em termos de cuidados e atenção integral. O que se quer apontar é que não existe uma unidade do conceito de saúde, mas formas que o conceito vai assumindo de

¹⁶ Que impele, faz fugir, leva a transformações daquilo que é familiar e vinculante (ZOURABICHVILI, 2004).

acordo com os campos que o atravessam (MEDEIROS; BERNARDES; GUARESCHI, 2005, p. 264).

Ao pensarmos então a saúde não como algo dado e preexistente, mas sim contextual, enquanto uma práxis produzida dentro de um regime de verdade e de relações de poder, temos a possibilidade não apenas de questionar as práticas de/em saúde ofertadas pelas instâncias governamentais, mas também de refletir sobre o que é saúde em um campo micropolítico e como se estabelecem nesse campo relações de e com saúde. Nesse sentido, interessamo-nos por indagar o que é saúde para as travestis e mulheres trans que transitam pela cidade de Campo Grande.

1.2. “Nós não somos só desgraça, nós não somos só HIV”: grupo de risco, comportamento de risco, vulnerabilidade e as ISTs

De acordo com Larissa Pelúcio (2011), as questões de saúde de travestis e mulheres trans são reduzidas pelos discursos e práticas de/em saúde ao universo epidemiologizante das políticas de HIV/Aids, operando como um mecanismo de exclusão às avessas.

Ou seja, ao voltar-se quase exclusivamente às práticas sexuais dessa população, as políticas de saúde acabam por ignorar importantes dimensões que são tão ou mais importantes, caracterizando uma “(S)idadanização”, ou seja, a cidadania dessas pessoas vem atrelada à SIDA (ou Aids) e, assim, “o que se oferece a elas como direito civil e humano virá estreitamente ligado à aids, mantendo-as como pessoas associadas à patologia e ao desvio” (PELÚCIO, 2011, p. 82-83).

Ao retomarmos o evento organizado pela ATMS enquanto campo de pesquisa, podemos perceber algumas falas e reivindicações por parte da plateia, majoritariamente composta por travestis, mulheres trans e homens gays, em sua maioria também marcadas pela negritude, que tensionam esse cenário, demandando atenções outras à saúde, enquanto as palestrantes centram suas falas em discursos epidemiológicos e epidemiologizantes.

Durante o evento, Adriana Sales afirma que “nós não somos só desgraça, nós não somos só HIV, tem mais em nossas vidas, tem mais que a nossa sexualidade”. Enquanto discursos que reforçam a “(S)idadanização” ecoam pela sala, da plateia escutamos reivindicações pela garantia dos direitos humanos, bem como relatos de depressão, problemas decorrentes da situação de rua, experiências de quase morte e problemas intestinais em decorrência do uso contínuo da “chuca/xuca”. Sobre isso, Amara Moira afirma que

Nenhum nunca pergunta se a travesti fez xuca antes de começar, tratam como se fosse obrigação, nosso dever moral, e dane-se se isso destrói o intestino, se a longo prazo prejudica o sistema excretor, se gastamos uma hora no trono e litros de água tratada em tempos de seca (MOIRA, 2018, p. 96, sic).

A inter-relação entre travestis, mulheres trans e ISTs, assim como os modelos de saúde, não são questões dadas e pré-existentes, mas construídas em um contexto e regime de verdade específico. Desde as primeiras manifestações no Brasil, a Aids foi pensada como pertencente a grupos populacionais muito específicos: travestis, gays, imigrantes africanos, prostitutas e adictos a drogas injetáveis, formando o conceito operativo de grupo de risco, que se difundiu amplamente como uma identidade concreta (AYRES et al., 2003).

Tal forma de pensar e se relacionar com a Aids e suas estratégias de prevenção e tratamento seguem uma lógica de doença reinante, ou seja, a ideia de uma doença substancial, que está ligada a um país, uma cidade, um clima, um grupo de pessoas ou um modo de vida (FOUCAULT, 2008).

Identities baseadas em uma interpretação rápida demais e repleta de preconceitos sobre dados preliminares e regionais de distribuição de incidências, assim como propostas de intervenção eivadas da irracionalidade e temor, tiveram [...] estigma e discriminação como principal efeito para os diretamente afetados pela epidemia e negligência e descaso em relação aos não imediatamente afetados (AYRES et al., 2003, p. 130-131).

As estratégias de prevenção da época, muito atreladas ao modelo biomédico e higienista, giravam em torno dos grupos de risco e de seu isolamento e abstinência. O “conceito de grupo de risco tem como alvo um velho desafio da saúde pública: o contato entre agente infecciosos e novos hospedeiros potenciais. Também é bastante conhecida [...] o tipo de solução proposto: barreiras entre infectados e suscetíveis” (AYRES et al., 2003, p. 129, sic).

Esse modelo retoma as estratégias de exclusão direcionadas à lepra, apresentando o desejo de uma comunidade pura (FOUCAULT, 1999b), de modo que “esses grupos não deveriam ter relações sexuais, doar sangue, usar drogas injetáveis. Os resultados práticos dessas estratégias são já bastante conhecidos: além de êxitos técnicos muito restritos, produziram em grande escala estigma e preconceito” (AYRES et al., 2003, p. 120).

Sobre o estigma e preconceito gerados pelo modelo de grupo de risco, Amara Moira (2018) relata o diálogo com um cliente que tentava convencê-la a não usar camisinha para

realizar sexo oral, alegando: “Mas eu não tenho doença, você é a primeira que eu saio... tô até achando que você é mulher, viu?” (MOIRA, 2018, p. 102, sic).

De cair o queixo. O lixo tentou primeiro afagar meu ego dizendo que até pareço mulher (como se fosse elogio!), o que além de ser uma cantada escrota serviria também pra tentar me convencer a correr risco idiota... Pra completar, ainda quis me levar a confiar nele dizendo que jamais saiu com travesti antes, como se fôssemos nós quem transmite doença, nunca esses lixos, como se já nascêssemos com a tia¹⁷ e estivéssemos loucas pra passar pra frente! (MOIRA, 2018, p. 102).

Com o tempo a epidemia passa a não respeitar mais limites geográficos, sexo ou orientação sexual, o conceito de grupo de risco passa a ser mais fortemente criticado, tanto por sua inadequação à dinâmica apresentada pela epidemia quanto pelos contra-ataques dos grupos mais estigmatizados e excluídos pelo conceito, em especial pelo movimento gay estadunidense (CRIMP, 1988, apud AYRES et al., 2003).

Nesse momento ocorre um movimento similar ao da situação da varíola, apresentado por Foucault (2008), que deixa de ser tratada como doença reinante (e, mais especificamente no caso das ISTs, como grupo de risco), e passa-se a pensar em uma distribuição de casos em uma população, estando esta circunscrita no tempo ou no espaço. Assim, surgem quatro novas noções: caso (que individualiza o fenômeno coletivo da doença e coletiviza os fenômenos individuais); risco (com a análise de distribuição de casos é possível identificar, a partir de certas variáveis, qual o risco de contrair uma doença e morrer ou curar-se); perigo (a partir do cálculo dos riscos, pode-se identificar o que é perigoso); e crise (fenômenos de disparada, de aceleração, de multiplicação que só podem ser controlados por um mecanismo superior e natural que os freie ou por uma intervenção artificial).

Destarte, o interesse principal na modificação para a modalidade comportamental, ou seja, comportamento de risco, foi a superação dessas dificuldades apresentadas pela categoria de grupo de risco, tornando a Aids um problema de todo mundo, que poderia ser matematicamente calculada. A partir desses cálculos, próprios da ideia de risco, que “busca expressar as ‘chances matemáticas’ de adoecimento de um ‘indivíduo qualquer’, desde que portador de um certo traço identitário específico” (AYRES et al, 2003, p. 128), inscreveram-se estratégias de redução de risco e mudança de comportamentos, em um explícito disciplinamento dos corpos.

¹⁷ Termo êmico para se referir ao HIV.

O alvo das ações deixou de ser o contato entre infectado e suscetível, passando a ser o isolamento do agente infeccioso através de estratégias capazes de impedir sua movimentação no ambiente humano. Nesse sentido, a população não é mais dividida entre ‘indivíduos atingidos e/ou perigosos’ e ‘indivíduos a proteger’, e sim entre o perigo e a população exposta em geral. [...] propõe-se uma série de mudanças nas práticas das pessoas, de modo a diminuir as chances de ‘encontrarem’ o vírus (AYRES et al., 2003, p. 129).

Assim, de um modelo de exclusão (característico da lepra), passa-se a esquemas disciplinares (característicos da peste), recorrendo “a separações múltiplas, a distribuições individualizantes, a uma organização aprofundada das vigilâncias e dos controles, a uma intensificação e ramificação do poder” (FOUCAULT, 1999b, p. 164) – o sonho político no momento é de uma sociedade disciplinar.

O conceito de comportamento de risco

Tende a retirar o peso do estigma dos grupos nos quais a epidemia foi inicialmente detectada, universaliza a preocupação com o problema e estimula um ativo envolvimento individual com a prevenção. Mas, o comportamento de risco também mostrou limites importantes como elemento norteador de estratégias de conhecimento e intervenção na Aids. A tendência à culpabilização individual é sua outra face: quando o comportamento do indivíduo é trazido para o centro da cena, a consequência inevitável é que se atribua à displicência pessoal para dizer o mínimo, a eventual falha na prevenção (AYRES et al., 2003, p. 121, sic).

Apesar de se tratar de uma estratégia mais recente, faz-se necessário pontuar sobre como essa centralização sobre o comportamento e a culpabilização das pessoas é recorrente mesmo em tempos atuais, mesmo em discussões sobre Prevenção Combinada. Em uma das mesas dos eventos, uma médica clínica-geral palestrante explica que esta, enquanto centro da prevenção, possui dois sentidos intrínsecos: em primeiro lugar a postura de combinar com a usuária o que é melhor para ela e sua realidade, dentro de um leque de opções, e também combinar mais de um tipo de estratégia de prevenção, como o uso concomitante do preservativo e da profilaxia pré-exposição (PrEP).

Da plateia o público fala com desconfiança sobre a PrEP¹⁸ e afirma que, com seu uso, as pessoas deixariam de utilizar a camisinha, mesmo a médica informando que, nos casos que acompanha, quem antes utilizava a camisinha continuou a utilizá-la, mesmo com o uso da PrEP, e quem não utilizava, ou continuou a não utilizar, ou, com a aproximação dessas discussões, passou a fazer uso.

¹⁸ Em sua pesquisa sobre a PrEP, *Entre lá e cá: nexos e mediações na produção de um ensaio clínico*, Thiago Batista Rocha (2019) aponta os consensos e os dissensos entre pesquisadoras e usuárias.

Em outro momento, uma psicóloga, também palestrante, comenta sobre o peso da culpabilização individual das pessoas, afirmando que, apesar de reconhecer a importância da Terapia Antirretroviral (TARV) e do uso da camisinha, acredita que estes não devem ter uma imposição ditatorial, e acrescenta que pensar a camisinha como único modo de prevenção é desrespeitar as singularidades. Da plateia, um homem que se identificou como “bicha preta vivendo com HIV” reforça a necessidade de uma visão dos insumos como aliados, não como obrigação, e sem julgamentos: “Não quer usar camisinha? Ok. Mas tem outras formas de prevenir”.

A percepção de que a epidemia de Aids respondia a determinantes que encontravam-se muito além da ação patogênica de um agente viral específico e que a exposição não era homogênea em toda a população, assim como a consideração de que uma mudança de práticas não dependia exclusivamente de uma vontade individual, mas também de questões contextuais, juntamente com as progressivas aproximações entre o ativismo diante da Aids e o movimento dos direitos humanos, ocasionou uma aplicação do conceito de vulnerabilidade (originário da advocacia) no campo da saúde (AYRES et al., 2003).

Cabe dizer que, sobre a aproximação desse campo com os movimentos sociais, Dandara* (uma mulher trans negra) afirma da plateia que “nosso movimento só existe por causa da luta contra a Aids”. Segundo Mario Carvalho (2011), a Aids notadamente foi um catalisador da organização política de travestis, quando, em 1992, a ASTRAL foi fundada.

O apoio para a criação da ASTRAL veio de um projeto de prevenção das DST e AIDS chamado “Saúde na Prostituição” que realizava reuniões com profissionais do sexo no Instituto Superior de Estudos da Religião (ISER), local onde passaram a se realizar as reuniões da associação. A influência das políticas públicas de combate à epidemia da AIDS parece ter sido crucial também na constituição das outras organizações de travestis que surgem nos anos seguintes (CARVALHO, 2011, p. 27).

Como “o termo vulnerabilidade designa, em sua origem, grupos ou indivíduos fragilizados, jurídica ou politicamente, na promoção, proteção ou garantia de seus direitos de cidadania” (ALVES, 1994, apud AYRES et al., 2003, p. 118), sua aplicação teórico-conceitual no campo da saúde vem atrelada a uma ideia coletiva e ampliada de saúde, relacionando-a a direitos e cidadania, ideia fortemente endossada pela Lei nº 8080/1990.

A partir do conceito de vulnerabilidade, a exposição de pessoas a processos de adoecimento passa a ser considerada resultante de um conjunto de aspectos, que não seriam exclusivamente individuais, mas também coletivos e contextuais, o que acarretaria maior ou

menor suscetibilidade populacional e estratégias de proteção. A avaliação dessa vulnerabilidade deveria considerar três eixos interligados: individual, social e programático, tendo aspirações de sintetizar os eixos, ao contrário da ideia de risco, que era intrinsecamente analítica (AYRES et al., 2003).

Pensar em termos de vulnerabilidade permite que se desloque dos sujeitos/sujeitas o olhar sobre a patologização e os redirecione para as “patologias” dos sistemas sociais, políticos e culturais que criam, nos processos de saúde e doença, configurações de vulnerabilidades (SALES; LOPES; PERES, 2016, p. 70).

Nesse sentido, as pessoas, de acordo com a perspectiva de vulnerabilidade, são sujeitos sociais, agentes da esfera pública da vida social e, para tanto, as práticas de/em saúde deveriam focar em intervenções estruturais sobre a organização social, construção de cidadania, ativismo político em consonância com a ação jurídica, os Direitos Humanos e os princípios e diretrizes do SUS.

Entretanto, apesar das diferenças teórico-conceituais entre risco e vulnerabilidade, frequentemente este termo tem sido utilizado como sinônimo de risco, trocando-se um termo por outro em uma escolha mais ‘moderna’ e ‘politicamente correta’ (em função da história que o termo risco carrega), mas sem alterar seu significado, sentido e práticas. Assim, apesar de adotada a terminologia de vulnerabilidade, as ações implementadas centram-se na redução de riscos (AYRES et al., 2003), fazendo com que seu uso contribua para a homogeneização e manutenção da população em um lugar de risco (TOROSSIAN, RIVERO, 2012).

O uso desses termos como sinônimos era frequente na fala da maior parte das profissionais da saúde que falaram nesses espaços; um trecho que vemos como representativo dessa postura é: “Procurar estratégias para atingir os grupos mais vulneráveis, que está em risco constante” (sic).

Para Patrícia Medeiros, Anita Bernardes e Neuza Guareschi (2005), as ciências da conduta (Sociologia, Antropologia e Psicologia) emergem da necessidade de agir sobre os modos de viver das populações tidas como vulneráveis. Assim, as ações preventivas deveriam recair sobre a conduta e as formas de viver da população, como estratégias de controle. Desse modo, o conhecimento acerca dos processos socioculturais e psicossociais não são destinados a facilitar a relação entre médicas e pacientes, nem a uma gestão institucional, mas sim a possibilitar a integração de equipes de saúde em ‘comunidades problemáticas’, por meio da identificação e cooptação de agentes e forças locais para programas educacionais em saúde.

Esse modo de governar, que enfoca a população a partir de suas condutas, é teorizado por Foucault (2015) a partir do conceito de governamentalidade, ou seja, um

Conjunto constituído pelas instituições, procedimentos, análises e reflexões, cálculos e táticas que permitem exercer esta forma bastante específica e complexa de poder, que tem por alvo a população, por forma principal de saber a economia política e por instrumentos técnicos essenciais os dispositivos de segurança (FOUCAULT, 2015, p. 429).

Nesse contexto governamentalizado, que na prática trata as vulnerabilidades em saúde ainda inseridas em uma lógica de risco (apesar de alterada a nomenclatura), duas personagens tornam-se importantes: em primeiro lugar a pessoa que, por essas práticas discursivas, é criada como vulnerável e que, nessa lógica, seria incapaz de gerir a si mesma por completo, o que para Ayres et al. (2003) continua a promover uma discriminação dos grupos mais afetados, agora não mais por meio do estigma e de uma ideia de doença reinante, mas por sua vitimização, infantilização e correlata tutela. Assim, mesmo que a parte teórico-conceitual da ideia de vulnerabilidade parta de considerações sobre questões sociais e da Saúde Coletiva, na prática, muitas vezes seu uso cria sujeitos vulneráveis e sustenta práticas biomédicas e disciplinadoras que terão o corpo como alvo privilegiado. Ademais, é nesse meio de um imperativo tutelar que surge a necessidade governamental de uma segunda personagem, alguém que ajude na gestão da primeira: a *expert*, como aquela que detém o saber.

Para tanto, na relação com as *experts*, os sujeitos vulneráveis

Têm perdido o controle sobre suas próprias condições de vida, ficando alheias à capacidade de gerenciar sua própria existência. Elas dependem, então, quase incondicionalmente, dos organismos do Estado, empresariais, do saber e de serviços dos experts. E a quais experts refiro-me? Aos dos ramos produtivos, primários, secundários e terciários, aos especialistas de produção de bens materiais, [...] Mas noutro plano, refiro-me aos problemas de saúde, de educação, aos assuntos familiares, aos psicológicos e subjetivos, em geral; [...]. Cada um desses campos, cada um dos serviços que se prestam nessas áreas, os bens que se produzem e administram nesses territórios, ou seja, sua quantidade, sua qualidade, sua necessidade, sua conveniência, tudo é decidido pelos experts, é arbitrado por quem se supõe que saiba e conheça sobre o assunto (BAREMBLITT, 2002, p. 15).

Em acréscimo a tais questões, na fala da maioria das profissionais da saúde que estavam nesses eventos na condição de palestrantes aparece uma nova terminologia: a chamada população/grupo prioritário ou população-chave. Uma das médicas, ao falar da distribuição da PrEP exclusivamente para esses grupos, justifica essa estratégia afirmando que

“não tem dinheiro para dar para todo mundo, então a gente tem que centralizar naqueles que têm mais risco”. Outra médica afirma que o grupo prioritário surge a partir de uma sinergia de vulnerabilidades, ou seja, de vulnerabilidades que se somam, e que, por uma questão de equidade, seriam necessários o uso dessa terminologia e o foco nesses grupos.

Para analisar essa terminologia, algumas questões precisam ser discutidas. Primeiramente, antes de pensarmos a terminologia em si e o que ela produz em termos de sujeitos, práticas e discursos, gostaríamos de apontar algumas contradições. Apesar de recorrentemente se referirem à população que estava na plateia como prioritária, em se tratando de travestis, mulheres trans e homens cis gays, em sua maioria também marcadas pela negritude e pela prostituição, as palestrantes da primeira mesa de um dos eventos, que seria composta por representantes da Secretaria Municipal de Saúde (SESAU), não compareceram e nem mesmo avisaram à organização. Iniciamos, portanto, questionando que tipo de prioridade é essa que fala de um lugar de ausência?

Ademais, ao longo do evento vimos uma série de contestações. Eduarda*, mulher trans branca que coordena uma Associação de Travestis e Transexuais na região sul, aproveita seu momento de fala enquanto palestrante para questionar o termo, afirmando que desconhece população-chave, e que toda pessoa deveria ter acesso e poder participar dos programas de prevenção oferecidos. Para uma enfermeira, também palestrante, a avaliação não deveria ocorrer a partir de uma população-chave, mas da prática sexual, e acrescenta: “todo mundo tem cu”, ou seja, todos precisam de atenção e cuidado.

Adriana Sales também reclama da terminologia ao afirmar que ela gera estigmas. Posteriormente, aproveita seu momento enquanto palestrante para questionar mais fortemente o uso do termo: “eles dizem que nós somos população-chave, mas as relações não são só entre”, ao mesmo tempo que critica a proposta da enfermeira: “Nos resumem a práticas sexuais, não é nem a sexualidade”.

Para Adriana, é importante que a população LGBT seja vista como prioritária no acesso por uma dívida histórica, mas que não deve ser pensada enquanto risco, pois isso reforça estigmas. Ademais, durante a banca de qualificação, a partir da leitura deste capítulo, Adriana acrescenta uma crítica aos usos do termo em questão: “É leve e limpo demais, acho que talvez o termo *precário* seja mais adequado, ajude mais”.

Nesse mesmo sentido, discordamos do posicionamento da médica que afirmou a ideia de população prioritária enquanto questão de equidade. Ao nosso ver, um exemplo de estratégia efetiva de equidade são as ações que, ao reconhecerem a dificuldade de acesso de certos grupos às unidades de saúde, seja pelo constrangimento e discriminação pela qual

muitas passam nesses espaços, seja por horários incompatíveis, buscam acessá-las de outros modos, para além dos muros do SUS.

Apesar de reconhecermos a importância da pesquisa epidemiológica para a formulação de estratégias efetivas, a forma como algumas terminologias são utilizadas pode gerar estigmas e apagamentos. Cabe ressaltar que essas personagens e sujeitos (vulnerável, população-chave, *expert...*) aqui discutidos não são criadas de modo arbitrário, sua emergência está inserida em um jogo de saber-poder específico.

No intervalo de um dos eventos, conversando com outras duas psicólogas sobre algumas inquietações em comum, concluímos que essa estratégia restritiva também esbarra no princípio de universalidade do SUS, visto que o acesso a esse insumo não é universal.

De modo geral, o papel de vulnerável (e afins) é designado às pessoas subalternizadas, “inevitavelmente fadados a serem ou mal compreendidos ou mal representados por interesse pessoal dos que têm poder para representar” (SPIVAK, 1988, apud BAHRI, 2013, p. 660), afinal, “aqueles que têm o poder de representar e descrever os outros claramente controlam como esses outros serão vistos” (BAHRI, 2013, p. 666).

Em relação a isso, em uma conversa posterior, por meio da plataforma WhatsApp, em que falávamos sobre os discursos bélicos acerca da erradicação do HIV, J Vinicius afirmou:

Termino te dizendo que acredito que seja preciso levar em consideração o fato de que as pessoas que vivem com HIV são atravessadas por outros marcadores sociais, tais como: raça, classe, gênero e sexualidade, e em virtude disso tb já estão submetidas a outros processos de morte em virtude das violências estruturais.

Mortes que não restringem-se apenas a materialidade do corpo, mas que ampliam-se a condições existenciais, determinando por exemplo, quais sujeitos são dignos (ou não) de cuidado e consternação (sic).

Na análise desses marcadores sociais da diferença, algumas questões devem ser consideradas. Primeiramente, discordamos da abordagem da médica palestrante anteriormente citada de considerar uma sinergia de vulnerabilidades que se somam, e nos aproximamos mais da concepção de Anne McClintock:

Raça, gênero e classe não são distintos reinos da experiência, que existem em esplêndido isolamento entre si; nem podem ser simplesmente encaixados retrospectivamente como peças de um *Lego*. Não, eles existem *em* relação entre si e *através* dessa relação – ainda que de modos contraditórios e em conflito (McCLINTOCK, 2010, p. 19).

Priorizamos os marcadores sociais da diferença a partir de uma abordagem interseccional, que considera “todas as formas *possíveis* de combinações e de entrelaçamentos de diversas formas de poder expressas por categorias de diferença e de diversidade, sobretudo as de “raça”, etnia, gênero, sexualidade, classe/camada social” (KERNER, 2012, p. 55).

Ademais, considerando essas diferentes formas de analisar e representar, retomamos a discussão acerca de quem tem poder para representar. No campo da saúde, quem tem lugar privilegiado para representar e descrever? As *experts*, principalmente a *expert* em medicina, estando coimplicada em sua relação com as pessoas subalternizadas por meio de um mecanismo tutelar. Vemos ocorrer algo similar ao que bell hooks (2015) aponta sobre mulheres brancas que tomam posição de autoridade sobre racismo, mediando as discussões entre outras mulheres brancas e mulheres negras: a *expert*, em sua relação com a vulnerável, apesar de adotar práticas de redução de danos e riscos, tem a necessidade de que a situação de vulnerabilidade e suscetibilidade populacional permaneça mais ou menos intacta para a preservação de sua posição de autoridade.

Encontramo-nos com uma questão similar à de Lélia Gonzalez (1984), Patrícia Hill Collins (2019) e Sônia Maluf (2015). Quando nos propomos a pensar o que as práticas de/em saúde ocultam para além do que mostram, o que a imagem dominadora que relaciona as travestis e mulheres trans às ISTs silencia? Ou seja, quando as ISTs são postas em primeiro plano, o que os serviços e práticas de/em saúde ocultam no que se refere à saúde das travestis e mulheres trans que transitam pela cidade de Campo Grande? Em que medida esses discursos e práticas são apropriados ou recusados por elas? Em que medida elas subvertem estas noções? Que arranjos micropolíticos elas formam no dia a dia?

CAPÍTULO 2: “AS PESSOAS COMEÇARAM A APRENDER OS CAMINHOS (...) PASSARAM A PRECISAR MENOS (...)”: NEGOCIAÇÕES E TRAJETOS TRANSVIADOS DE/EM SAÚDE

Na sala em que foi realizado o evento da ATMS havia, entre a porta e as cadeiras da plateia, uma mesa com materiais como panfletos e camisinhas. Entre esses materiais, exemplares da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (BRASIL, 2012). Tal política foi instituída durante o governo Dilma (2011-2016), seguindo as diretrizes do Programa Brasil sem Homofobia proposto durante o governo Lula (2003-2010) e a partir do diálogo com o movimento social.

Cabe dizer que os chamados direitos LGBTs (inclusive essa política) têm sido ameaçados no governo Bolsonaro (2019-atual) desde a época das eleições e, desse modo, a presença desses exemplares no evento é representativa da defesa do movimento social em relação a esse documento, sendo considerado “um divisor de águas para as políticas públicas de saúde no Brasil e um marco histórico de reconhecimento das demandas desta população” (BRASIL, 2012, p. 6).

A Política LGBT tem como marco o reconhecimento dos efeitos da discriminação e da exclusão no processo de saúde-doença da população LGBT. Suas diretrizes e seus objetivos estão, portanto, voltados para mudanças na determinação social da saúde, com vistas à redução das desigualdades relacionadas à saúde destes grupos sociais (BRASIL, 2012, p. 8).

Dentre os objetivos específicos apresentados pela Política de Saúde LGBT (BRASIL, 2012) estão: atenção às demandas e necessidades em saúde da população LGBT, ampliação do acesso aos serviços do SUS, qualificação da rede SUS para atenção e cuidado integral à saúde da população LGBT, garantia de acesso ao processo transsexualizador, redução de riscos e atenção aos problemas decorrentes do uso prolongado da hormonização, definição de estratégias que visem a redução da morbidade e mortalidade de travestis, eliminação do preconceito e discriminação da população LGBT no SUS e garantia do uso do nome social.

Norteadas por essa política, e considerando a importância da participação do movimento social em sua elaboração, neste segundo capítulo discutimos as negociações engendradas por travestis e mulheres trans com os dispositivos institucionais, bem como

outras estratégias micropolíticas, cartografando como, em seus percursos, saúde, desejo, afetos e serviços são constantemente negociados.

A discussão que propomos, portanto, não se restringe às negociações que travestis e mulheres trans fazem para acessar os serviços institucionais, como apresentado na etnografia realizada por Rodrigo Borba (2016), que considera que a participação de mulheres e homens trans no processo transexualizador é perpassada por constantes negociações acerca da legitimidade de sua presença no processo, de modo que as profissionais da saúde passam a atuar como diagnosticadoras, avaliadoras e/ou juízas das performances corporais e narrativas das pessoas atendidas, buscando sua biolegitimidade (MALUF, 2015).

A discussão sobre negociações que propomos aqui passa por outros questionamentos: os discursos biomédicos são apropriados ou recusados por travestis e mulheres trans? Essas apropriações e recusas se dão total ou parcialmente? Existem negociações com a própria saúde e os serviços ofertados? Se sim, como? Que trajetos são adotados para o acesso à saúde? Esses trajetos são hospitalocêntricos, institucionalizantes e/ou buscam também outros meios?

Para pensarmos tais questões, trabalhamos a partir de uma cartografia em Campo Grande sobre as demandas, negociações e itinerários de saúde de travestis e mulheres trans. A expressão itinerários de/em saúde é aqui adotada no lugar de itinerários terapêuticos, terminologia bem consolidada no campo da antropologia da saúde, referente aos caminhos percorridos pelas pessoas dentro da heterogeneidade de recursos para a solução de seus problemas de saúde (FERREIRA, SANTO, 2012). Tal substituição é inspirada nos usos da nomenclatura “itinerários de saúde” propostos por Carrara et al. (2019), em que esta aparece como

Uma crítica às abordagens patologizantes das experiências e identidades trans/travestis, salientando que os caminhos seguidos por essa população em suas estratégias de afirmação de gênero são cruciais para a promoção da saúde em um sentido amplo (CARRARA et al., 2019, p. 2, tradução livre).

Somando-se a essa perspectiva de caminhos traçados dentro da heterogeneidade de recursos para a promoção de saúde, entendemos que os itinerários transviados são “um processo que inclui, como itinerário, aspectos que podem ser relacionados à agência, uma vez que implica a dimensão de escolha nos percursos ao procurar cuidados que não seguem necessariamente os esquemas definidos pelos serviços de saúde” (BRAZ, 2019, p. 5).

Assim, em um primeiro momento apresentamos a etnografia alocada em um contexto institucional, acessado no breve período de trabalho no CentrHo, mas também a partir de outros contextos e entrevistas não-institucionais. Em um segundo momento discutimos as negociações feitas por travestis e mulheres trans para a (des)construção de seus corpos, em que o corpo passa a ser pensado como um conjunto de pedaços, pedaços que podemos negociar, remanejar, inserir ou retirar, e, nesses movimentos, experimentar uma construção corporal transviada.

A partir dessas negociações transviadas, neste e no próximo capítulo, ao contrário do primeiro, dá-se espaço para vidas e corpos coloridos, que transbordam as dicotomias cisheteronormativas e, dessa forma, adquirem sentidos inúmeros. Tais sentidos criativos e contestadores são aqui apresentados a partir de algumas ilustrações de autoria de Lune Carvalho, artista *trans masc nonbinary* (como se autodefine em seu Instagram @lunecornio), além de uma ilustração em homenagem à Alanys Matheusa feita por uma revista local¹⁹, dando corpo ao que escapa aos regimes normativos²⁰.

2.1. “O meu nome é Amanda*, quantas vezes vou ter que falar?”: itinerários de saúde, demandas e nome social²¹

No dia 29 de janeiro de 2020 foi realizado um evento em alusão ao Dia da Visibilidade Trans. Sobre a data, Jovanna da Silva, mais conhecida como Jovanna Baby, uma das idealizadoras e precursoras do movimento travesti e trans no Brasil, em um capítulo do livro organizado por Marcio Caetano et al. (2018, p. 99), comenta:

Em 29 de janeiro de 2004, militantes ativistas do movimento nacional organizado das Travestis participaram, no Congresso Nacional, do lançamento da primeira campanha contra a transfobia no país. A partir de então, o dia 29 de janeiro passou a ser o Dia da Visibilidade das Travestis, cujo objetivo é ressaltar a importância da diversidade e respeito para o movimento organizado desse segmento social politicamente organizado no Brasil.

Enquanto eu aguardava o início do evento (que será discutido nos subcapítulos 2.2 e 3.2), recebi uma mensagem por Whatsapp de Cris Steffany, que dizia: “Gente, Informo que o

¹⁹ Revista Badaró, disponível em: <https://revistabadaro.com.br/2020/04/20/alanys-matheusa-presente/>.

²⁰ Vale ressaltar que mantivemos as legendas originais das ilustrações aqui apresentadas, respeitando os significados a elas atribuídas.

²¹ O uso neste subcapítulo da escrita conjugada no singular, se comparada com os outros subcapítulos, em que se usa o plural, pode gerar incômodos e desconfortos; estas são sensações propositais. Enquanto nos eventos organizados pelos movimentos sociais eu me sentia acolhida, no CentrHo eu me sentia só e desconfortável todos os dias. Por isso, escrever este subcapítulo no plural me soaria estranho, inapropriado ou mesmo impossível.

Subsecretário Estadual LGBT informou que atual Psi está saindo de lá e pediu indicações de psicólogo para o Fórum” (sic). Conversando com Cris, ela me incentivou a concorrer à vaga, afirmando ainda que eu poderia enviar meu currículo diretamente para ela, que o encaminharia ao subsecretário.

Inicialmente estranhei o fato, pois era a primeira vez que eu ouvia falar da Subsecretaria Estadual de Políticas Públicas LGBT do MS. Anteriormente, algumas coorientadoras haviam comentado sobre a Coordenadoria Municipal de Políticas e Assuntos de Diversidade Sexual, parte da Subsecretaria Municipal de Defesa dos Direitos Humanos da cidade de Campo Grande-MS, e o subsecretário municipal estivera também presente na abertura de alguns eventos a que assisti, como no Miss Trans/Travesti 2019, mas era a primeira vez em que me falavam de um órgão em nível estadual.

Apesar do estranhamento, decidi enviar meu currículo para concorrer à vaga. Com esse trabalho eu poderia não apenas ter um comprometimento ainda maior com a causa LGBT, como também ter acesso a campo de pesquisa por uma via governamental, o que poderia ser interessante para a pesquisa e, em acréscimo, utopicamente tinha o desejo de que minha dissertação pudesse de algum modo contribuir com políticas públicas, a fim de ajudar na promoção da saúde de travestis e mulheres trans, tentando, de algum modo, oferecer um retorno a elas por sua contribuição – afinal, a pesquisa só pôde ser feita a partir da coorientação de todas cujo caminho cruzei e que me ensinaram sobre saúde e tantas outras coisas.

Na entrevista de emprego descobri que a vaga não era especificamente para a Subsecretaria Estadual, mas para um setor desta: o Centro de Referência em Direitos Humanos de Prevenção e Combate à Homofobia (CentrHo). Informaram-me também que a função da psicóloga no setor era acolher e encaminhar para a rede pública ou privada os casos de pessoas LGBTs com demandas de atendimento psicológico, que o setor não disponibilizava atendimentos de psicoterapia, pois “não dá tempo”, que eu notaria que lá as coisas eram muito corridas e que havia muito trabalho. No dia seguinte fui contratada e comecei a trabalhar uma semana depois, após a publicação no Diário Oficial.

O CentrHo foi criado em junho de 2006, a partir de uma parceria entre o Governo do Estado de Mato Grosso do Sul e a Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República, no âmbito do Programa Brasil Sem Homofobia²², e com participação do

²² Criado em 2004 no governo Lula (2003-2010), ampliando a agenda da administração pública federal em torno da cidadania LGBT (SIMÕES; FACCHINI, 2009, apud FEITOSA, 2019).

movimento social, sendo este considerado por alguns autores/as como “a grande protagonista dessa “transferência” de responsabilidade para o poder público” (FEITOSA, 2019, p. 93).

Uma das principais reivindicações do Movimento LGBT em termos de políticas públicas – e uma das principais linhas de ação do Programa Brasil Sem Homofobia – são os Centros de Referência LGBT. Estes Centros funcionam como órgãos capazes de oferecer serviços e atendimentos de ordem jurídica, psicológica e socioassistencial orientando, encaminhando e acompanhando usuários e usuárias vítimas de discriminação LGBTfóbica para outros equipamentos estatais responsáveis pelo atendimento ao público, como delegacias, defensorias, conselhos tutelares, hospitais ou secretarias de Assistência Social, a depender da necessidade de cada usuário/a (FEITOSA, 2019, p. 93-94).

O CentrHo é formado por uma assistente social (que acumula o cargo de coordenadora do setor), uma advogada, uma psicóloga (cargo que então eu ocupava) e uma assistente administrativa. Além disso, a equipe dividia a sala com a Subsecretaria Estadual de Políticas Públicas LGBT, formada pelo subsecretário e mais três pessoas. Apesar de reiteradas vezes afirmarem que “CentrHo é CentrHo e Sub é Sub, são coisas diferentes”, todas respondiam ao subsecretário. Apesar de entender que as equipes possuem atribuições diferentes, neste texto passarei a chamar todas as servidoras de “colega”, diferenciando-as por números, a fim de preservar seu anonimato.

Ainda sobre a equipe do CentrHo, quando comparamos com o cenário apresentado por Cleyton Feitosa (2019) acerca do Centro Estadual de Combate à Homofobia (CECH) de Pernambuco, percebemos que a equipe do Mato Grosso do Sul é reduzida, visto que aquela conta com uma coordenadora, uma psicóloga, uma assistente social, uma advogada, três auxiliares administrativas, duas estagiárias e duas educadoras sociais (número que as servidoras ainda consideram baixo para a demanda que recebem). Ademais, a equipe do CECH é predominantemente formada por homossexuais e homens, enquanto as equipes Sub/CentrHo eram formadas por quatro mulheres cis hétero, dois homens cis gays, uma mulher cis lésbica e um homem trans bissexual, todas autodenominadas²³.

Em acréscimo comparativo, praticamente toda a equipe do CECH veio do movimento social e apenas uma pessoa por parte de partido político (Psol), sendo a maioria de esquerda. Já nas equipes Sub/CentrHo, fui contratada após ser indicada pelo movimento social e me alinho politicamente à esquerda; por outro lado, duas colegas chegaram à equipe por meio da Diversidade Tucana, criada pelo PSDB (atualmente no governo do estado), cuja maioria

²³ À época eu ainda me considerava (supostamente) hétero.

parecia identificar-se politicamente com regimes de direita; algumas aparentavam ter rixas pessoais com pessoas importantes do movimento LGBT do MS.

Em termos genealógicos, o Decreto Estadual nº 12.212/2006 (MATO GROSSO DO SUL, 2006) cria o CentrHo “com a finalidade de prestar atendimento especializado, e ações de promoção da cidadania, combate ao preconceito e à discriminação praticada contra os GLTB” (sic). Compete ao mesmo

A orientação jurídica, psicológica e social às vítimas de discriminação e violência homofóbica, especialmente:

I – realizar atendimento psicossocial individual ou em grupos de usuários, inclusive com orientação jurídico-social em casos de ameaça ou violação de direitos individuais e coletivos;

II – encaminhar às autoridades competentes as situações de violação de direitos e agressões aos GLTB;

III – articular e promover a realização de encontros, seminários e palestras versando sobre direitos humanos e cidadania, enfocando a situação do público-alvo;

IV – promover ações de enfrentamento à violência, abuso e discriminação contra os GLTB, praticados por agentes do Estado ou por cidadãos comuns;

V – receber reclamação por atos de discriminação, prática de violência, seja de ordem física, psicológica, cultural e verbal ou de manifestação de caráter preconceituoso contra a pessoa por motivo de sua orientação sexual e gênero, feminino ou masculino (MATO GROSSO DO SUL, 2006, n.p., sic, grifo nosso).

A partir das atribuições previstas em decreto, serão analisadas quatro atividades desempenhadas pelo CentrHo: denúncias por discriminação contra pessoas LGBT, confecção de carteirinhas de nome social e capacitação (atividades com maior número de demandas), além dos atendimentos psicológicos, função para a qual fui contratada.

O decreto, ao especificar homofobia, entende-a como discriminação, sendo “ação ou omissão que, motivada pela orientação sexual, causar constrangimento, exposição a situação vexatória, tratamento diferenciado, cobrança de valores adicionais ou preterição no atendimento a gays, lésbicas, bissexuais, transgêneros e travestis” (MATO GROSSO DO SUL, 2006, n.p.).

Apesar de entender que a nomenclatura “homofobia” é utilizada pelo governo do estado para abarcar discriminações contra pessoas LGBTs de modo geral, este será aqui substituído pelo termo “LGBTfobia”. Essa escolha pauta-se no diálogo com Samantha e Kim. Samantha é mulher trans, negra e tem 29 anos e, em um áudio enviado pelo aplicativo WhatsApp em junho de 2020, afirma:

Miga, vamo lá, homofobia, homofobia eu creio que, no meu ponto de vista, ela não globaliza todas não, porque homofobia geralmente é considerada, deixa eu ser bem direta, vem de homossexualidade, uma pessoa tem interesse pelo mesmo sexo, [...] então eu acho que não engloba [...] aí eu acho que o que se enquadra mais é LGBTfobia, ou LGBTQIA+fobia, porque aí engloba todas né [...] Dez anos atrás [período em que estes decretos foram formulados] era muito diferente, dez anos atrás, nós mulheres trans, travestis, transgêneros não éramos vistas pela sociedade como na mesma magnitude que somos vistas hoje (transcrição do áudio de Samantha).

Ademais, Kim, que é travesti, negra, de 18 anos e sobrinha de Samantha, escreve em um comentário na rede social Facebook:

Eu não acho que representa minha luta a palavra “homofobia” além de pessoas trans já serem invisibilizadas no movimento, acho que quando eu escuto esse termo se referindo a mim como pessoa trans me sinto mais invalidada ainda, como se eu fosse a mesma coisa que um gay cis sabe, como se nossas lutas fossem as mesmas e o tipo de preconceito fosse o mesmo.

Ademais, no subcapítulo “Homofobia VS. Transfobia” da dissertação de Mario Carvalho (2011), são também apresentadas opiniões divergentes acerca dos usos do termo “homofobia”. Apesar de não haver um consenso sobre o termo, percebe-se que importantes lideranças do movimento trans brasileiro também não se sentem contempladas por tal nomenclatura.

Uma das LGBTfobias mais recorrentes no Brasil são as violências físicas praticadas contra pessoas LGBTs, que, em muitos casos, levam à morte. De acordo com Esmael Oliveira e Joalisson Araujo (2020, p. 296), essas ocorrências “possuem um caráter sistêmico cuja matriz de inteligibilidade necropolítica permite que determinados sujeitos e coletivos sejam convertidos em corpos matáveis”.

De acordo com o Mapa da Violência de Gênero no Brasil (2019a, apud OLIVEIRA, E., ARAUJO, 2020), em 2017 foram 225 casos de violência LGBTfóbica contabilizados por dia no Brasil (sim, **por dia**); entre 2014 e 2017, apenas na região centro-oeste, foram registrados 17.602 casos, 45% deles no Mato Grosso do Sul (mesmo sendo o estado menos populoso da região).

Os dados são alarmantes, de modo que não é possível desvincular tal cenário de violência contra LGBTs e outras minorias da ideologia machista, racista e patriarcal que impera no estado, sendo indicadores da intolerância e do ódio perpetuados aqui (BECKER, OLIVEIRA, MARTINS, 2016, apud OLIVEIRA, E., ARAUJO, 2020).

Esmael Oliveira e Joalisson Araujo (2020) consideram que, para além do fato de esse tipo de violência não ser uma exclusividade local, os dados nacionais permitem sustentar que “a violência contra mulheres e LGBTs só podem ser devidamente compreendidas se consideramos o valor simbólico que é atribuído e permanentemente reiterado ao lugar do masculino no mundo ocidental” (OLIVEIRA, E., ARAUJO, 2020, p. 301).

Primeiro não é possível ignoramos o grau de violência que é orientado contra os corpos considerados ininteligíveis: são inúmeras perfurações, golpes, pedradas. Segundo, são atos em partes do corpo que demonstram que as vítimas não tiveram condições de defesa (no geral nas costas). Terceiro, são agressões desferidas em regiões do corpo que são simbolicamente constituintes de nossa “humanização”: a face, o rosto. O grau de violência, a desproporção da força, o motivo fútil e injustificado da agressão, são emblemas de uma masculinidade que não permite a existência da diferença. Antes a deseja aniquilar. Não basta a distância, própria daqueles que não querem o contato, é preciso a eliminação (OLIVEIRA, E., ARAUJO, 2020, p. 302).

Em pesquisa realizada por Carrara e Vianna (2006, apud FEITOSA, 2019), observa-se outro elemento: há um padrão de baixa resolução dos casos nas investigações policiais, motivados “por um conjunto de fatores, entre os quais gênero e classe social, que se combinam para colocar as travestis entre os grupos socialmente mais desfavorecidos” (CARRARA; VIANNA, 2006, p. 237, apud FEITOSA, 2019, p. 102). A indiferença policial

Parece encontrar eco nas representações negativas de travestis como homossexuais especialmente desajustados, de modo que sua morte, em geral em idade bem inferior do que à das vítimas de latrocínio, tende a ser tomada por policiais como consequência de um modo de vida constantemente próximo da ilegalidade e que é recebida com poucas pressões, sobretudo familiares, por sua apuração e por justiça (CARRARA; VIANNA, 2006, p. 245-246, apud FEITOSA, 2019, p. 103).

Ademais, em suas buscas e análises de índices e notícias sobre LGBTfobia no Mato Grosso do Sul, Esmael Oliveira e Joalisson Araujo (2020, p. 296) denunciam uma “lacuna de dados provenientes do Estado – tanto em esfera estadual quanto federal – de crimes por motivação LGBTfóbica”, levando-os a buscarem por outras fontes que suprissem essa lacuna governamental: Grupo Gay da Bahia, Associação Nacional de Travestis e Transexuais (ANTRA), Instituto Brasileiro Trans de Educação (IBTE), Núcleo de Inclusão Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro (NIS/UFRJ) e o Mapa da Violência de Gênero no

Brasil, todas iniciativas da sociedade civil organizada por movimentos sociais e/ou pela academia.

Acerca dessa lacuna no Mato Grosso do Sul, percebo que além de uma não sistematização dos dados por parte do governo, há também uma questão de itinerários: no breve período em que trabalhei no CentrHo²⁴, e considerando que os casos de denúncia jurídica não eram de minha competência, as poucas ocorrências por LGBTfobia que chegavam no CentrHo (seja diretamente ou pelo Disque 100²⁵) aos quais tive acesso estavam, em sua maioria, relacionados à violência verbal, e não física.

Diante disso, e sem desconsiderar os impactos que as violências verbais têm sobre a vida, considero importante o questionamento sobre as vias pelas quais é denunciado o número exorbitante de violências físicas contra LGBTs no Mato Grosso do Sul. Seria essa ausência de dados apenas uma questão de período do ano, no sentido de que a época em que eu estava no setor o estado apresentava menores taxas de agressões físicas? Se sim, o que ocasionaria essa suposta característica sazonal? Se não, que outros caminhos são elencados por LGBTs para fazerem suas denúncias? E por que seus itinerários não passam por um órgão do estado especializado para tal atendimento?

São questões que considero de extrema importância, em especial ao nos depararmos com os altos índices de violência apresentados por Esmael Oliveira e Joalisson Araujo (2020) e seus efeitos mortíferos para a população LGBT do estado, mas para as quais, infelizmente, minhas investigações não proporcionaram uma resposta.

Cabe dizer que, mesmo que as pessoas busquem outros itinerários para denunciar as agressões físicas, considero importante o exemplo dado pelo CECH de Pernambuco, em que a equipe de servidoras (fortemente envolvidas também com o movimento social e militância) realizava levantamento, registro, sistematização e quantificação de homicídios contra LGBTs no estado, o que é “importante tanto para a denúncia social do ativismo quanto para orientar o

²⁴ Solicitei minha demissão após cerca de um mês do início do trabalho, mas me comprometi a permanecer no cargo até que encontrassem outra pessoa para ficar no meu lugar. No entanto, o isolamento social para prevenção por covid-19 fez com que o governador decretasse *home office* e, apesar de permanecer mais quatro meses em trabalho remoto e vinculada ao cargo (aguardando a seleção de outra psicóloga), o afastamento reduziu a experiência de campo.

²⁵ O Disque Denúncia foi criado em 1997 por ONGs contra o abuso sexual na infância e passou a ser ofertado pelo Governo Federal em 2003 no governo Lula (2003-2010), atendendo a violações aos direitos humanos. Cabe dizer que no governo Bolsonaro (2019-atual) o serviço está vinculado ao Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, sob coordenação da ministra Damares Alves e que atualmente as denúncias advindas do Disque 100 chegam no CentrHo com termos como “ideologia de gênero”, frequentemente utilizado pelo governo para deslegitimar a pauta LGBT. Além disso, na caracterização governamental das denunciante, o marcador “sexo” era respondido como “LGBT”.

desenvolvimento de políticas públicas afirmativas de enfrentamento à violência LGBTfóbica” (FEITOSA, 2019, p. 105).

Das demandas por orientação jurídica no CentrHo, outra bem recorrente é a confecção de carteirinhas de nome social para travestis e transexuais, juntamente com o parecer jurídico. As carteirinhas são emitidas gratuitamente por meio de autodeclaração, nas quais está inscrito o nome com o qual a pessoa se identifica socialmente, acompanhado por uma fotografia 3x4 disponibilizada pela solicitante (ou revelada pelo CentrHo em casos de impossibilidade de entrega, normalmente por situação prisional), e são válidas em todo o estado do Mato Grosso do Sul – iniciativa que visa encontrar linhas de fuga às burocracias estabelecidas nos processos de alteração do registro civil.

Na etnografia realizada por Lucas Freire (2015) no Núcleo de Defesa da Diversidade Sexual e Direitos Homoafetivos (NUDIVERSIS) da Defensoria Pública Geral do Estado do Rio de Janeiro, ao analisar a produção de verdade nos pedidos judiciais de requalificação civil de pessoas trans, “um dos aspectos mais relevantes da construção dos sujeitos através de documentos, no caso das pessoas transexuais é uma espécie de ‘certificação do sexo e gênero’ que estes papéis conferem” (FREIRE, 2015, p. 91), produzindo pessoas sexuadas e generificadas e explicitando os mecanismos por meio dos quais o Estado confere inteligibilidade às pessoas trans.



Figura 1: *Você se identifica ou é identificado?*
Créditos: Lune Carvalho. Disponível em: @lunecornio

Na época as petições iniciais para tais processos demandavam a atuação de uma equipe multidisciplinar para a produção de relatórios de atendimento com relatos biográficos

marcados por sentimentos e situações de desconforto com o próprio corpo e identidade de gênero atribuída no nascimento; laudos de psiquiatras, psicólogas, endocrinologistas, urologistas, ginecologistas e assistentes sociais; relatórios social e psicológico; e fotografias entregues pelas pessoas atendidas (FREIRE, 2015). Em um relatório produzido pela assistente social acerca de uma mulher trans atendida, lê-se:

[nome social da usuária] tem sexo biológico masculino, mas desde muito cedo sempre se identificou com o sexo feminino. A usuária informa que iniciou o processo transexualizador em 2005 e que este se tornou mais concreto após adquirir sua prótese de silicone no ano passado. [...] Sendo assim, há anos que [nome de registro da usuária] não existe mais. Na verdade, esta pessoa jamais existiu, sendo apenas consequência de uma imposição da vida civil, que lhe impôs um sexo jurídico, o cárcere de sua identidade feminina (FREIRE, 2015, p. 93).

Para Lucas Freire (2015, p. 93-94), os documentos emitidos pelo setor ocasionam “a produção da coerência dos sujeitos por meio do apagamento e silenciamento das ambiguidades. É este procedimento de fabricação da coerência que elimina qualquer possibilidade de dúvida ou questionamento [...] por parte dos juízes”, ao mesmo tempo que reiteram a ideia de “transexuais verdadeiras/oficiais”, dotadas de inteligibilidade e legitimidade (BENTO, 2006; BORBA, 2016), em que apenas um “tipo” de pessoa trans é reconhecida socialmente: aquela que está mais próxima da inteligibilidade cisheteronormativa e que é mais passável²⁶ por pessoa cisgênera.

Como discutem Berenice Bento (2006) e Rodrigo Borba (2016), a ideia de “transexual verdadeira” surge a partir de referenciais psicanalistas (Stoller) e, em especial, biologista (Benjamin), que consideram que para uma pessoa ser verdadeiramente transexual, deve ter as seguintes características:

1) vive uma inversão psicosssexual total; 2) pode viver e trabalhar como uma mulher, mas apenas vestir as roupas não lhe dá alívio suficiente; 3) intenso mal-estar de gênero; 4) deseja intensamente manter relações com homens normais e mulheres normais; 5) solicita a cirurgia com urgência; 6) odeia seus órgãos masculinos” (BENJAMIN, 2001, p. 45, apud BENTO, 2006, p. 152).

²⁶ Ser passável ou ter passabilidade é um termo êmico utilizado por travestis e transexuais para se referir às experiências de “passar por” homem ou mulher cis. No âmbito acadêmico, a grande referência sobre a discussão de passabilidade é o trabalho de Tiago Duque (2017). Cabe dizer que a passabilidade deve ser criticada, visto que implica em normatização cisgênera por uma via de apagamento das dissidências.

Todavia, como apontam as etnografias de Berenice Bento (2006) e Rodrigo Borba (2016), ao funcionarem a partir da busca por “transexuais verdadeiras”, os serviços estabelecem uma narrativa que é tida como adequada para as funções classificatórias e diagnósticas, que contraditoriamente apresentam grande descompasso se comparadas às diversas experiências vivenciadas no dia a dia e que produzem múltiplas e contingentes formas de ser trans.

Esse cenário burocrático foi alterado apenas em 2018, quando, em uma decisão histórica, o Supremo Tribunal Federal (STF) definiu por unanimidade que “todo cidadão tem direito de escolher a forma como deseja ser chamado” (POMPEU, 2018, n.p., grifo nosso), reconhecendo

Que pessoas trans podem alterar o nome e o sexo no registro civil sem que se submetam a cirurgia [e] sem decisão judicial [...] Com o resultado, o interessado na troca poderá se dirigir diretamente a um cartório para solicitar a mudança e não precisará comprovar sua identidade psicossocial, que deverá ser atestada por autodeclaração (POMPEU, 2018, n.p., grifo nosso).

Apesar de reconhecidos o grande avanço e a importância da decisão do STF sobre a alteração em registro civil de pessoas trans, é importante enfatizar que o Estado conferiu tal grau de inteligibilidade apenas para travestis e transexuais; o mesmo não se estende a outras pessoas que tensionam a cisgeneridade sem se identificar como travesti ou transexuais.

Duas pessoas não-binárias, sabendo que eu trabalhava em um setor que emitia carteirinhas de nome social, perguntaram-me se a mesma estava disponível para pessoas não-binárias e quais documentos eram necessários para a confecção, pois tinham interesse. Ao conversar com colega 1, fui informada de que o Estado não reconhece pessoas não-binárias e que, portanto, para ter acesso à carteirinha elas deveriam se autodeclarar enquanto travesti ou trans.

Esse imbróglio remete às reflexões de Simone Becker e Esmael Oliveira (2016), que, ao refletirem sobre os impasses e dilemas em torno do reconhecimento da cidadania de LGBTQs, apontam tanto para os limites da noção de cidadania quanto para a necessidade de seu questionamento e subversão. De acordo com as autoras, para ser cidadã no Brasil é preciso acessar uma série de requisitos cuja matriz de inteligibilidade é heteronormativa, ou seja, pressupõe uma linearidade entre sexo, gênero, práticas sexuais e desejo (BUTLER, 2019b). Como resultado, temos a exclusão de inúmeras pessoas cujos estilos de vida e/ou

sexualidade são ininteligíveis e que as inserem num lugar de inumanidade, ou, de acordo com Simone Becker e Esmael Oliveira (2016), (in)humanidade.

Falta, de maneira estrutural, o reconhecimento da humanidade plena e digna das travestis, mulheres e homens transexuais, demais transgênero e intersexuais. Essas pessoas não são tratadas da mesma maneira que as outras, e sofrem segregação cotidiana contra o direito à vida, ao corpo e à identidade de gênero (JESUS, 2015, p. 351).

Tal situação, em que, para haver acesso a algo que era decretado como direito de “toda cidadã”, pessoas deveriam se autodeclarar pertencentes a uma identidade de gênero diferente daquela com a qual se identificavam, tensiona com a ideia presente nos argumentos de petições iniciais analisadas por Freire (2015, p. 91), de que “os documentos têm a função legal de ‘refletir a realidade’”, enquanto o autor busca demonstrar que esse conjunto de papéis constrói ativamente a realidade (ao invés de simplesmente refleti-la), ao classificar as atendidas em categorias a partir da construção de narrativas e trajetórias concisas.

Ademais, para além dessa questão produtiva do discurso, atenta-se também para os itinerários elencados por pessoas LGBT para o acesso a direitos e serviços, por vezes fazendo o uso tático e intencional de identidades políticas ou estratégicas, o que, para María Luisa Femenías (2007, p. 16, tradução livre), “se trata de uma invenção ficcional, que permite gerar, canalizar e defender esforços e energias”. É importante ressaltar que a categoria identitária “pessoa não-binária” é recente e, de modo geral, não tem encontrado reconhecimento dentro do movimento social LGBT no Brasil, mas essa é uma questão para outro momento.

Cabe dizer que, mesmo após a redução de procedimentos burocráticos, o CentrHo manteve a confecção de carteirinhas, compreendendo que, apesar do avanço em relação aos procedimentos anteriormente solicitados, a alteração de nome e sexo em documentos de registro civil é institucionalmente lido pelos órgãos competentes como solicitação de segunda via de documento, o que implica cobrança de uma taxa, bem alta diga-se de passagem, e que, para além desse custo, algumas pessoas trans não desejam mudar oficialmente seus documentos, mas sim uma carteirinha com seu nome socialmente adotado. De qualquer modo, esses documentos são de extrema importância para muitas travestis e transexuais e, visto que

Se estar de acordo com as normas de gênero – ou seja, constituir-se enquanto alguém que possui um gênero inteligível – é condição fundamental para o reconhecimento da *humanidade*, ter documentos de identificação civil, que atestem o sexo/gênero com o qual se identifica, é condição fundamental para aquisição de *cidadania* no contexto brasileiro. É essa dupla busca – pelo

reconhecimento enquanto humana/o e cidadã/ão – que marca as trajetórias das/os assistidas/os do NUDIVERSIS, a qual nem sempre é bem sucedida (FREIRE, 2015, p. 101-102).

Acerca disso, em novembro de 2020, após escrever o subcapítulo 3.2., entrei em contato com Anne Arcoíris, que é mulher trans não-binária, autista e branca, para, assim como combinamos, mostrar-lhe o que eu havia escrito sobre a entrevista que me concedera e perguntar sua opinião. Enquanto conversávamos sobre o que mudou em sua vida desde a entrevista, Anne enfatizou a importância de ter conseguido mudar praticamente todos seus documentos oficiais, com exceção de seus laudos²⁷.

De fato, apesar de pouco termos falado sobre nome social e retificação de documentos na entrevista, minhas conversas com Anne Arcoíris são desde o princípio marcadas pelo nome. Quando nos conhecemos, em 2019, Anne ainda se identificava como homem cisgênero e, conversando em um café, já retirando da carteira seu RG, na certeza de que eu não acreditaria, contou que possuía nome composto e que seu segundo nome era Arcoíris (sem hífen), o que considerava interessante, visto que se identificava como pansexual e autista, cujas bandeiras são coloridas com as cores do arco-íris.

Em 2020 nos aproximamos mais; no início do ano Anne havia se entendido mulher trans não-binária e conversava comigo sobre como se sentia, além do desejo de, mesmo mantendo (e pode-se dizer que inclusive ampliando) seu arco-íris colorido e diverso, alterar seus documentos e corpo, processos para os quais foi pouco a pouco juntando dinheiro. Quando conseguiu alterar sua certidão de nascimento, publicou em seu Facebook uma foto com o novo documento, com a seguinte legenda: “EU NASCI! GENTE, EU NASCI!”

Qual seria a necessidade de marcação desse “nascimento”? Quando o assunto é travestis e mulheres trans, a temática da morte (seja física ou simbólica) é constante, por isso Letícia Carolina Nascimento (2020) afirma: “Precisamos ecoar com força: eu não vou morrer! Sem a crença nessa profecia, a vida se esvazia de sentido, perde o horizonte utópico. Desafiar a morte e viver é um ato de resistência contra a cis/hetero/branco/magro/normatividade que me quer morta” (NASCIMENTO, 2020, p. 3).

Considero que, para além da proposta de Letícia Carolina, de ecoar “eu não vou morrer!”, há também a importância de evidenciar a vida e (re)nascimentos, como

²⁷ Anne Arcoíris descobriu-se autista na adolescência e a princípio não aceitava o diagnóstico, atualmente compreende o autismo não como uma patologia, mas como uma neurodivergência, ou seja, que seu cérebro funciona de modo diferente se comparado com o de outras pessoas, denominadas neurotípicas. Nesta perspectiva, Anne prescinde da necessidade de ter um laudo que a defina como autista, no entanto, procura retificar seus laudos para que possa continuar recebendo o auxílio transporte a ela garantido por lei.

comemorado por Anne a partir da retificação de sua certidão de nascimento, ou ainda pela compreensão de Jaqueline Gomes de Jesus, para quem “a transição entre como nosso corpo era, para a forma com a qual nós nos identificamos, é um nascimento” (MOIRA et al., 2017, p. 7).

Luísa Marilac também se utiliza desse sentido de (re)nascimento em sua autobiografia, ao contar que, após ser expulsa de casa, foi acolhida por Luiza Marilac. “Ela me dava ali não só o amor maternal pelo qual eu sempre ansiara, mas um arquétipo de mulher. Ela era o espelho do que eu desejava ser. E me fiz, também, Luísa Marilac, só que com “s”. Nomeei-me em homenagem à minha segunda mãe” (MARILAC; QUEIROZ, 2019, p. 13). Posteriormente, com a ajuda de sua segunda mãe, “segurei na maçaneta como quem cumpre uma missão: ia sair mulher para o mundo, como quem sai de um novo ventre. Ia sair pro mundo Luísa e deixar o Pingo para trás” (MARILAC; QUEIROZ, 2019, p. 14).

Mas cabe dizer que, apesar da comemoração de Anne frente à atualização de (certidão de) nascimento, havia ainda um empecilho: para acessar o benefício de passe livre, a ela garantido por ser autista, Anne Arcoíris precisava que seu laudo fosse retificado em nome e pronome. Todavia, após afirmar-se mulher trans, psiquiatras responsáveis pelo laudo passaram a deslegitimar sua reivindicação como autista e como mulher trans.

A situação vivenciada por Anne pode ser contraposta com a etnografia de Rodrigo Borba (2016), que, ao entrevistar uma mulher trans, questionando-a sobre o que pensa a respeito de a transexualidade ser considerada até então como doença psiquiátrica, ela responde: “Já que pro Fernando isso é doença, sempre que tenho consulta com ele, chego lá de cabeça baixa, chorosa e me fazendo de autista (risos)” (BORBA, 2016, p. 186). Para além de uma discussão sobre capacitismo, é interessante ver como, por vezes, a patologização aparece como impeditivo (no caso de Anne) e, por outras, como possível uso estratégico (BORBA, 2016).

Além de Anne, em julho de 2020 realizei, também por videochamada, uma entrevista com Kim. Como somos amigas há 2 anos, quando comecei a trabalhar no CentrHo comentei em nosso grupo que no trabalho confeccionava carteirinhas de nome social. Assim, no dia da entrevista, Kim perguntou se eu ainda estava em *home office* ou se o CentrHo havia retornado para o trabalho presencial, pois gostaria de solicitar o “RG social”, e justificou:

Desde que passei a me identificar como Kim, parei de andar com documento. Eu já não andava muito com documento, na verdade, mas daí

parei de vez, porque esse documento com o nome morto²⁸ me gera muito desconforto. Mas eu tenho 18 anos, né, acho que é ruim andar sem documento, e tinha vezes, antes da quarentena, que eu não conseguia entrar em algumas festas, porque tinha que mostrar o RG e eu nunca tava (entrevista com Kim).

No campo da saúde, a falha no direito ao uso e ao respeito do nome social não apenas se configura como violência, mas também causa constrangimentos e sofrimento, frequentemente afastando essas pessoas do atendimento à saúde, ferindo os direitos das usuárias e os preceitos do SUS, baseados na universalidade do acesso, equidade, integralidade e humanização da assistência (SILVA, Lívia et al., 2017).

O uso do nome social é garantido pelo SUS desde 2009, sendo que desde 2007 era assegurado “o campo para preenchimento do nome social nos documentos de identificação do sistema de saúde (cartão do SUS), vetando o uso de formas desrespeitosas no atendimento” (BRASIL, 2007, apud SILVA, Lívia et al., 2017, p. 837). Sobre tal determinação, as enfermeiras Lívia Silva et al. (2017) consideram que

A presença do campo destinado ao nome social nos documentos e prontuários da saúde, bem como o respeito dos profissionais da área ao adotarem o nome de escolha do usuário em seu atendimento impede que o constrangimento bloqueie o acesso aos serviços ofertados, reafirma o compromisso de universalidade e equidade do SUS, extinguindo a violação de direitos no âmbito institucional, além de estimular uma cultura de respeito às diversidades. Todavia, o cumprimento e a consolidação das ações previstas na Política de Saúde Integral LGBT, dentre elas o uso do nome social de travestis e transexuais, dependem do bom senso dos profissionais, por se tratarem de ações descentralizadas e de âmbito institucional (SILVA, Lívia et al., 2017, p. 837-838, grifos meus).

Apesar de considerar de extrema importância o SUS assegurar o direito do uso do nome social dentro de seu sistema e rede, é necessário tensionar a ideia de que tal orientação impede e até mesmo extingue a violação de direitos no âmbito institucional, em especial a partir do reconhecimento de que esse asseguramento não garante de fato nem mesmo o respeito ao nome social, quem dirá outras violações. Como as próprias autoras apontam, o cumprimento de tal normativa depende, em parte, do bom senso das profissionais (SILVA, Lívia et al., 2017). Para Adriana Sales, Herbert Lopes e Wiliam Peres (2016), no entanto, essa não é apenas uma questão de “bom senso”.

²⁸ Termo êmico para se referir ao nome de registro de travestis e transexuais.

A utilização dos nomes de registro, preterindo o nome social, demonstra mais que o despreparo d@s profissionais, ou limitações de protocolos e procedimentos de atendimento. Constituem uma espécie de violência primária na medida em que, desde os contatos iniciais, promovem a negação de formas de vida que objetiva atender, não concedendo permissão social para essas pessoas serem tratadas conforme seus desejos e direitos políticos como cidadãs e cidadãos (SALES; LOPES; PERES, 2016, p. 68-69, sic).

Um dia eu e Ariel fomos juntas ao Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) para realizarmos os exames periódicos de ISTs. Na recepção Ariel apresenta seu cartão do SUS e a atendente, ao ler seu nome social, inclina-se e sussurra, perguntando: “Esse nome no seu cartão é seu nome mesmo?” Ariel responde: “Sim, é o meu nome”. A atendente certifica-se: “Seu nome social, né? [Ariel confirma] Ah, sim, tudo bem”.

Sentadas, aguardando o aconselhamento pré-teste, comentamos como seu nome social era unissex e bem andrógono, e como foi interessante a postura da recepcionista de, na dúvida, certificar-se de que o nome no cartão era o aquele pelo qual desejava ser chamada. No entanto, nem sempre essa é a postura adotada pelas profissionais da saúde.

Eu e Ariel retornamos outro dia no CTA para participarmos de uma espécie de “roda de conversa”. Cris havia me convidado para esse evento e solicitou que eu convidasse também travestis e mulheres trans que eu conhecesse. Ao conversar com Ariel, descubro que é uma fase inicial de uma pesquisa epidemiológica realizada com travestis e mulheres trans em Campo Grande, uma nova edição do Projeto Divas²⁹, no qual Ariel atualmente contribui como pesquisadora.

Quando cheguei à sala de recepção do CTA, havia uma roda com muitas mulheres, majoritariamente composta por travestis e mulheres trans (além de mim, havia mais duas mulheres cis – uma convidada e a pesquisadora responsável pela pesquisa, Dra. Ana Rita Coimbra Motta-Castro). Alanys, ao me ver, ofereceu um lugar para sentar-me ao seu lado e, após a rodada de apresentação, permaneci em silêncio. Com as perguntas da professora Ana Rita, algumas meninas relataram dificuldades para acessar o SUS, dentre elas o não respeito ao nome social. Frente a isso, a maioria das meninas desistia da consulta e ia embora. Esses relatos se aproximam da entrevista realizada com Kim.

Sobre hospitais, muita coisa tem que mudar no atendimento de pessoas trans, medicamento que falta, não respeitam o nome social... Eu não gosto de ir no hospital, evito passar por constrangimento de nome, daí eu só vou quando to quase morrendo mesmo, e vou acompanhada que daí fico menos

²⁹ Para mais informações: <https://www.nudhes.com/divas>.

constrangida, mas, assim, eu tenho uma teoria, eu espero sempre 5 dias, se eu não sarar em 5 dias, daí eu vou (entrevista com Kim).

Cabe dizer que frente a esses empecilhos, pessoas trans elencam para seus itinerários de saúde estratégias diferentes, como a apresentada na pesquisa que Camilo Braz (2019) realizou com homens trans no Brasil e na Argentina, em que um homem trans brasileiro, ao falar acerca das dificuldades enfrentadas, afirma:

No SUS não tem nome social, sabe? Se você (...) não existe isso. Tipo, só se você exigir, ir lá e bater o pé prá colocar o nome no cartão no SUS, de que que adianta? Estar no cartão do SUS e chega lá (...) no computador tá seu nome de RG! Não adianta nada (...) aquilo ali é um constrangimento, é como estar te xingando. E outra: o problema não é te chamar por aquele nome, o problema é todo mundo estar vendo, porque eles gritam, né? ‘Fulaaaano de tal!’ [...] Eu, inclusive, na hora em que eles falam o nome, eu já fico perto da porta, porque aí o povo (...) tipo, nem vai me ver levantar prá ir. Eu já fico perto da porta. Ou então, por exemplo, é (...) eu sei que eu sou o quarto na fila. Chama o terceiro, eu já vou. Prá eles não terem que chamar o meu nome. Isso quando dá prá fazer. Porque aí eu converso com alguém lá e falo ‘não, eu vou entrar antes e tal, porque eu não quero que fale o meu nome’ (BRAZ, 2019, p. 5, sic).

Outra estratégia é apresentada por Amanda*, uma travesti, amiga de algumas colegas, que chega ao CentrHo, abre a porta e diz “bom dia, flores do dia”. Alguma colega responde “bom dia, flor da noite”. Ela então fala: “Da noite, não. Já fui puta, hoje não sou mais”, ri e senta em uma cadeira. Após um tempo, comenta que na cidade do interior do MS onde reside, toda vez que vai ao SUS pede na recepção para ser chamada pelo nome social e solicita que o mesmo seja grifado e circulado. Mesmo assim, é chamada para o atendimento por seu nome de registro. Então levanta-se e diz “O meu nome é Amanda*, quantas vezes vou ter que falar?”.

Ela também conta que “o problema, eles me falaram, é que agora eles não entregam mais a ficha pro médico, vai pelo computador, e que lá não aparece. Mas eles tinham que dar um jeito nisso”. Aqui pensamos a importância do desvelamento dos dispositivos LGBTfóbicos que, operando no anonimato e na “asepsia” da burocracia tecnológica (no caso, o propalado “sistema”), acabam se autojustificando e eximindo de qualquer possibilidade de mudança, afinal “é coisa do sistema”.

Cabe dizer que tal situação causa desconfortos e que as dificuldades de acesso aos serviços de saúde na rede pública não se encerram na questão do nome social. Um dia eu conversava com colega 2 no trabalho e ele comentou que estava aflito, pois precisava fazer o

exame preventivo. Disse que esse era, de fato, um exame bem incômodo e desconfortável. “Não é nem isso, Dani, é que no Ambulatório Trans não estão fazendo, e eu não sei onde fazer, não sei onde vão respeitar meu nome social”.

Quando comento que o lugar onde faço meus exames possui no Google Maps um selo de “lugar LGBT *friendly*”, demonstrando-se um “espaço seguro para pessoas LGBT”, ele responde: “Ah, eu já fui lá, me trataram bem e acertaram meu nome, mas não gosto de fazer o preventivo lá, porque a sala de espera do preventivo é em outro andar, separado, e daí fica na sala de espera só mulheres e eu... É bem constrangedor”.

Tais recortes demonstram que os itinerários de saúde estão intimamente ligados a percursos individuais por experiências em saúde, que se confundem com a história de vida de cada pessoa, modificando e dando novos sentidos (MALUF, 1999), bem como a uma questão de agência (BRAZ, 2019), em que as pessoas elencam diferentes estratégias para lidar com situações adversas e constrangedoras, o que varia muito individualmente – algumas acabam desistindo do atendimento, outras buscam lugares diferentes para serem atendidas ou ficam tão próximas da porta para que não chamem seu nome, assim como a estratégia de corrigir em alto e bom tom o erro das profissionais – mas essas diferenças não indicam que uma estratégia seja melhor do que a outra, são apenas as formas como cada pessoa consegue manejar a situação.

No caso de Amanda*, por exemplo, percebe-se, desde o momento em que entra na sala, que ela não possui dificuldades em se impor e corrigir as situações que considera erradas, não apenas reivindicando seu nome, mas afirmando-se pela via da jocosidade. Todavia, mesmo tal postura servindo para se autoafirmar, há que se considerar que ela estava em um contexto de relativa segurança, acompanhada de amigas (minhas colegas de trabalho) – nem sempre as pessoas trans estão em situações cujo questionamento (jocoso ou não) pode ser facilmente acionado.

Como dito anteriormente, não é incomum que acabem por abandonar os serviços de saúde (e outros) por se sentirem constrangidas. Além disso, não podemos exigir ou esperar que todas as pessoas trans reajam da mesma maneira que Amanda* – o que implicaria uma espécie de responsabilização individualizante.

Ao contrário, a cobrança deve ser direcionada para os serviços de saúde e suas profissionais, pois, para os homens trans entrevistados por Camilo Braz (2019, p. 6), “muitos dos conflitos experienciados em consultórios poderiam ser evitados caso tivessem suas identidades de gênero respeitadas”, enquanto o uso correto do nome social pode ser utilizado

como ferramenta para humanização da assistência, acolhimento e promoção do acesso à saúde e efetivação da integralidade (SILVA, Livia et al., 2017).

Sobre tal questão, pesquisas apontam como possível solução a promoção de palestras, formações continuadas e capacitações para profissionais da saúde acerca da temática LGBT (RONCON et al., 2018; SILVA, Livia et al., 2017). A oferta de formações e capacitações é um serviço que ganha destaque na agenda institucional dos Centros de Referência LGBT de Pernambuco e Mato Grosso do Sul. No caso do CECH de Pernambuco,

São promovidas capacitações, cursos, rodas de diálogo, oficinas, seminários, jornadas, peças teatrais, campanhas, intervenções em empresas que violaram direitos de empregados/as LGBT, notas técnicas orientadoras, dentre outros formatos educativos, que trabalham diversidade sexual e de gênero na perspectiva da cidadania e dos direitos humanos. Nesse sentido, a educação não formal e a ideia de um papel pedagógico são elementos caros à atuação do CECH, apesar de não contarem com a presença de pedagogos em sua equipe (FEITOSA, 2019, p. 104-105).

No caso do Mato Grosso do Sul, dentro da sala das equipes Sub/CentrHo havia uma prateleira de armário com vários panfletos que sobraram de ações anteriores, nos quais havia explicações acerca das diferenças entre orientação sexual e identidade de gênero, o que significava a sigla LGBT e a função do CentrHo. Um modelo ampliado desses materiais era utilizado nas capacitações promovidas tanto no setor público quanto privado da capital e das cidades do interior do estado.

Não pude comparecer a nenhuma capacitação no período em que trabalhei no CentrHo, visto que foram realizadas em outros locais (inclusive em outras cidades); apenas as colegas responsáveis pela ação foram, enquanto o restante continuava no setor. Houve apenas uma capacitação realizada dentro do próprio prédio onde fica a sala da Sub/CentrHo, e da qual toda a equipe participou, mas precisei ficar na sala para o caso alguém chegar necessitando de atendimento, visto que o CentrHo não pode fechar durante o expediente, nem mesmo para horário de almoço, por se tratar de atendimento ao público.

Apesar de não ter participado de nenhuma capacitação, ouvi relatos de algumas pessoas que já passaram por algumas. A partir dessa escuta é possível pensar sobre os limites das mesmas. Afinal, em que medida, ao centrarem-se apenas numa discussão de esclarecimento de categorias (sexualidade, orientação sexual, identidade de gênero, transexualidade...), posicionando-se enquanto produção de verdades, essas intervenções têm sido efetivas na forma como a sociedade em geral (ou um grupo de pessoas de uma

determinada instituição ou organização) lida não apenas com o tema da diversidade, mas, principalmente, com a população LGBT?

Fernando Seffner (2013) tem chamado a atenção para a importância de repensarmos nossas estratégias de combate à discriminação por orientação sexual e identidade de gênero e se pergunta se, ao privilegiarmos determinados temas, não deixamos intocada a matriz de inteligibilidade heteronormativa.

Nesse sentido, houve um dia em que, enquanto eu lia *Problemas de gênero* (BUTLER, 2019b), o telefone do CentrHo tocou e colega 4 atendeu. A pessoa que ligou gostaria de tirar dúvidas sobre como funcionavam as capacitações e quais informações eram passadas. Então colega 4, que frequentemente realizava as capacitações enquanto palestrante, elencou os pontos principais da apresentação (citados anteriormente). Ao responder sobre a definição de mulher trans e homem trans, afirma: “É que, assim: mulher trans é a mulher que nasce do sexo feminino, não, quer dizer, do sexo masculino, é, do sexo masculino, e se identifica como mulher, e o homem trans nasce do sexo mas[culino]... é... feminino, e se identifica como homem trans”.

Considero particularmente irônico que, enquanto ouvia tal ligação, lia a seguinte frase de Judith Butler:

Quanto ao discurso sobre o gênero, em que medida esses dualismos problemáticos continuam a operar no interior das próprias descrições que supostamente deveriam nos levar para fora desse binarismo e de sua hierarquia implícita? De que modo se marcam claramente os contornos do corpo como a base ou superfície presumida sobre a qual se inscrevem as significações do gênero, uma mera facticidade desprovida de valor, anterior à significação? (BUTLER, 2019b, p. 224).

A ironia é expressa não por uma disputa de quem “detém a verdade”, mas pela existência de regimes de verdades tão diferentes em um órgão governamental que aparentemente tem assumido o papel de “responsável por legitimar e ensinar a verdade” com suas capacitações. Ou seja, em um mesmo espaço de “produção de verdades” e em um tempo simultâneo, enquanto uma servidora (eu) lia um texto da perspectiva *queer*, outra pautava sua explicação em uma abordagem construtivista social.

O construtivismo social, sob influência de críticas feministas da década de 1970, pautava o sexo como equivalente à natureza e o gênero como equivalente à cultura, de modo que “este tipo de construtivismo carrega em si algo do essencialismo, uma vez que o sexo é

posto em um lugar de naturalidade e, como consequência, é encarado anterior ao gênero” (FREIRE, 2015, p. 94).

A teoria *queer*, por outro lado, se desenvolve entre fins da década de 1980 e início da década de 1990, e tem como expoente figuras como Teresa de Lauretis e Judith Butler. A teoria contesta a naturalidade que é atribuída à divisão sexual, tensionando essa ideia de que o gênero é construído e que de o sexo seria “lugar” onde se inscreve o gênero. Tal divisão binária, além de ser também uma construção social, desconsidera a multiplicidade de combinações diversas e tende a acoplar sexo, gênero, desejo e práticas sexuais (lembrando que essa é grande crítica de Butler em *Problemas de gênero*). Já a formulação proposta por Judith Butler

Retira a produção do gênero de um modelo essencial de identidade e a coloca em relação a uma determinada *temporalidade social*. Se os gêneros são instituídos por atos descontínuos, essa *ilusão de essência* não é nada mais além de uma ilusão, uma identidade construída, uma performance (BUTLER, 2019a, p. 214).

Mas, para além dessa discussão sobre regimes de verdade, a explicação de colega 4 foi tão confusa, cometendo equívocos dentro de seu próprio referencial, que mesmo conhecendo o referencial em que pautava sua explicação, e mesmo realizando uma pesquisa sobre o tema, me confundi com sua fala, bem como a pessoa do outro lado da linha, fazendo com que esta pedisse para que explicasse novamente e mais devagar.

Após o fim do telefonema, colega 1 elogia colega 4, afirmando: “Nossa, você deu uma aula para ela!”. Mais tarde converso com colega 2 sobre o ocorrido e comentamos como essa ligação havia sido um desastre total pela forma como a explicação se deu, e como colega 1 havia achado “um máximo”, como se fosse “a” aula, ao que colega 2 (único transsexual da equipe) comenta que o problema é que as pessoas que davam as capacitações haviam estudado muito no começo, mas depois se acomodaram no conhecimento que tinham e não estudaram mais. “Eu até me ofereci para dar as capacitações, acho que seria interessante né, um homem trans explicar sobre trans, mas não quiseram” – o que não deixa de ser um dado para pensarmos a necessidade da superação de uma lógica tutelar da parte das pessoas cisgêneras em relação às pessoas trans.

Sobre as pessoas responsáveis pelas capacitações, há também outra questão. Um dia eu estava estudando em minha mesa, quando colega 5, que há anos realizava capacitações e frequentemente recebia convites de outras colegas para apresentar por ser considerado “muito

bom para dar capacitação”, me pergunta: “Você, enquanto psicóloga, não acha que tem algo de errado com essas pessoas que são trans? Assim, algum problema psicológico, sei lá, porque pra mim não é possível a pessoa nascer homem e querer virar mulher, e nem o contrário, deve ter algum problema, você não acha? O que a psicologia acha disso?”

Não tão surpresa com sua pergunta, considerando outros comentários preconceituosos (normalmente realizados de forma jocosa) e levados com “naturalidade” pela maioria das outras colegas (enquanto eu apresentava desconforto e frequentemente me opunha), respondo: “Acho que você tá perguntando pra psicóloga errada, eu não sou a favor da patologização das pessoas, e queria te lembrar que você, enquanto homem gay, também seria considerado ‘doente’, ‘com problemas psicológicos’ ou simplesmente ‘errado’ até um tempo atrás, na verdade, até hoje, a depender do lugar e das pessoas”.

Ele me responde que “não, mas é diferente, eu sou viado, mas eu sou homem. Sinto falta quando era só viado e sapatão, agora ficam inventando essas coisas aí de trans e etc.”. Depois de um tempo debatendo, decido não insistir em uma discussão que claramente não levaria a lugar algum.

Os discursos esperados como resposta por colega 5 são consequências de uma psicologia que se propõe a apenas “observar, classificar, esquadrinhar, diagnosticar, trancafiar, tratar, curar e até produzir morte civil das pessoas que de alguma maneira tornam-se dissidentes das ordens e modelos impostos como únicos, corretos e normais” (PERES, 2013, p. 56, apud SALES, LOPES, PERES, 2016, p. 60).

A Campanha Pela Despatologização das Identidades Trans é uma campanha internacional que traz como uma das pautas a retirada das transexualidades e travestilidades dos códigos de doença oficiais (DSM e CID). Esse movimento tem levantado questões importantes que ultrapassam o debate no campo da saúde pública, quando pautam a reformulação dos modelos de atenção em saúde. É de interesse da luta emancipatória discutir a produção de saberes/poderes e prazeres que mantém lógicas reducionistas da classificação e patologização que a limita a uma dimensão biopolítica (SALES, LOPES, PERES, 2016, p. 64).

Sobre as campanhas de despatologização das travestilidades e transexualidades, algumas pessoas trans entrevistadas por Berenice Bento (2006), Camilo Braz (2019) e Rodrigo Borba (2016) afirmam que, apesar de discordarem da patologização de suas identidades, temem que com a despatologização, a luta e o acesso aos serviços de atenção à saúde sejam fragilizados ou até mesmo completamente interrompidos.

Tal receio nos remete a uma lógica biomédica, que demanda “biolegitimidade como um instrumento para produção de direitos, reconhecimento e acesso à serviços e cuidados do Estado, e como um meio para demandar e conquistar direitos” (MALUF, 2015, p. 323, tradução livre), para o qual só se apresentam como questão de saúde os casos em que há necessidade de tratamento de doenças, evocando “processos de patologização, medicalização ou biologização de experiências sociais” (MALUF, 2015, p. 325, tradução livre).

Mas esse instrumento se estende para além do Estado, alcançando os movimentos e grupos que trabalham na defesa dos direitos, como é o caso da luta pelos direitos das pessoas transgêneras e a centralidade dada às intervenções biomédicas ou medicamentosas, seja por meio de hormônios ou operações de mudança de sexo (MALUF, 2015, p. 325, tradução livre).

Todavia, quando partimos da despatologização e de uma perspectiva de saúde coletiva, as estratégias de saúde deixam se der pensadas somente no âmbito do tratamento de doenças para se situarem também na promoção da saúde e no reconhecimento de outros sentidos de saúde, como discutimos no primeiro capítulo.

Para Adriana Sales, Herbert Lopes e Wiliam Peres (2016), o que mais chama a atenção na luta pela despatologização das identidades trans é o questionamento aos sistemas modeladores de gênero, que revelam uma urgente necessidade de subverter o sentido da questão, de modo que o que parece transtornado não são as dissidências, mas o sistema, que se demonstra insuficiente em sua produtividade modelar.

Com isso, as experiências transviadas se inscrevem nas fissuras dos discursos hegemônicos. Assim, “quando a medicina e o Estado nos definem como transtornad@s põe em evidência que nossas identidades, nossas vidas, transtornam o sistema. Por isso, dizemos que a doença não está em nós, mas no binarismo de gênero” (REDE INTERNACIONAL PELA DESPATOLOGIZAÇÃO TRANS, 2012, n.p., grifo da autora, apud SALES, LOPES, PERES, 2016, p. 65).

Segundo as autoras, é necessário criar práticas em psicologia (bem como em outros saberes-fazer) que sejam atravessadas por perspectivas *queer*, e tal psicologia (e qualquer outro campo disciplinar comprometido com práticas libertárias) necessita reconhecer seu viés político emancipatório, assumindo posicionamentos de transformação social, voltado às demandas ético-estético-políticas por direitos, em especial ao direito fundamental à singularidade (PERES, 2013, apud SALES, LOPES, PERES, 2016).

Em relação às demandas por atendimento psicológico no CentrHo, atendi em momentos diferentes duas mulheres trans adolescentes que chegaram por demanda espontânea, ao contrário do que esperam os discursos patologizantes. Suas demandas não estavam relacionadas a uma suposta “patologia trans”, mas sim a conflitos familiares.

Após a primeira sessão, encaminhei ambas para atendimento no Centro de Atenção Psicossocial Infanto Juvenil (CAPSi), visto que demandavam acompanhamento psicoterápico, atuação que não era ofertada pelo CentrHo, e me ofereci como apoio matricial, que “em saúde objetiva assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde, de maneira personalizada e interativa” (CUNHA; CAMPOS, 2011, p. 964), acompanhando na primeira sessão e colocando-me à disposição tanto da equipe quanto das meninas.

Outra demanda foi feita pelo próprio Estado, quando, após sermos convocadas para uma visita técnica em uma unidade educacional de internação (UNEI), a fim de verificar a situação psicossocial de uma travesti interna, solicitou-se que a mesma fizesse acompanhamento psicológico especializado no CentrHo. Frente a tal demanda, colega 4 afirmou que era necessário explicar para quem demandava quais eram as funções do CentrHo, afirmando que o mesmo só realizava encaminhamentos.

Todavia, a primeira competência atribuída ao CentrHo em seu decreto de criação é “realizar atendimento psicossocial individual ou em grupos de usuários” (MATO GROSSO DO SUL, 2006, n.p.). Tal equívoco por parte de colega 4 provoca a pensar também se quem trabalha nessas instituições ou organizações conhece, de fato, as normativas que regem sua atuação. O que parece evidente é que nem sempre se sabe exatamente as competências e atribuições, o que acaba por ter implicação direta (ou grande chance de tê-lo) na qualidade e no resultado dos atendimentos/serviços prestados à população a que se destina.

Tais atendimentos, assegurados pelo decreto, mas não ofertados pelo CentrHo, são demandados não apenas pelo próprio Estado, mas também pela sociedade civil. Exemplo: saindo de uma roda de conversa, Fernando* (homem trans) me pergunta se eu estava atendendo, pois estava precisando de atendimento psicológico, mas todos os lugares estavam com agenda lotada. Informo que não estava clinicando, pois com o trabalho no CentrHo e o mestrado estava tudo muito corrido, mas que, se desejasse, eu poderia encaminhá-lo para atendimento pelo CentrHo. Fernando* agradece, mas afirma que não precisava de encaminhamento, visto que todos os lugares aos quais eu poderia encaminhá-lo estavam lotados.

Desde 2018, quando eu estagiava no último ano do curso de Psicologia, sabia que os serviços de saúde mental de Campo Grande estavam sobrecarregados e com uma fila interminável de espera, cenário que permanece até hoje. No que diz respeito aos serviços de saúde mental específicos para a população LGBT, fui informada de que todas as 15 voluntárias Casa Satine estavam com lista de espera, pois não conseguiam atender toda a demanda.

Em março fiz uma visita técnica ao Ambulatório Trans para conhecer a psicóloga responsável pelos atendimentos do ambulatório e criar minha rede de contatos. Segundo ela, eu era a quinta psicóloga do CentrHo que ela conhecia em dois anos. O setor psicossocial do ambulatório oferece atendimento ambulatorial e encaminhamento para hormonioterapia para pessoas trans, afirmando que não impede o início do tratamento hormonal, mas avalia se tem “capacidade psicológica para discutir isso” e faz acompanhamento a cada 3 meses ou 15 dias, a depender da demanda, que de modo geral está para questões familiares, e não para questões identitárias e de gênero, que, na opinião da profissional, já estão bem resolvidas pelas atendidas.

A psicóloga também afirmou que o serviço demorou para ganhar a forma que tem atualmente e acha que “ainda não é o formato ideal, mas é o que dá”. Contou também que devido à alta demanda, quando a agenda está lotada, deixa seu número pessoal e tenta fazer encaixes. Conversando, concordamos que não havia necessidade de outra pessoa afirmar, com um laudo, por exemplo, se alguém é ou não é trans, pois quem sabe disso é a própria pessoa, mas afirma: “Eu só dou laudo porque a lei pede, mas a contribuição aqui, pra mim, é mais de estar disponível para quem quer atendimento”.

Frente a esse cenário de sobrecarga dos serviços de saúde mental de Campo Grande, a justificativa do CentrHo para ofertar apenas encaminhamentos e não atendimentos psicológicos (mesmo estando previstos no decreto estadual) está em uma suposta “falta de tempo”.

Ocorre que, mesmo cumprindo em média 44 horas semanais³⁰, sendo a primeira a chegar e a última a sair, eu não tinha nada para fazer no trabalho. Com o tempo passei a inventar coisas para me manter ocupada: além das ações de apoio matricial e o fortalecimento da rede (que não eram exatamente minhas obrigações, mas que para mim são importantes para um bom trabalho em psicologia), e dos livros que eu tentava ler durante o expediente, passei a também carimbar e organizar pastas que não estavam sob minha responsabilidade.

³⁰ Quatro horas a mais que a carga horária para a qual fui contratada, mesmo nas sextas-feiras trabalhando até 12h, para no início da tarde poder realizar meu estágio docência na UFMS.

Ao organizar as pastas dos últimos cinco anos que precisariam ir para arquivo, percebi que, enquanto as de denúncias jurídicas e carteirinhas de nome social ocupavam duas caixas grandes e uma gaveta no armário de arquivo (cada), as de atendimento psicossocial ocupavam somente uma gaveta.

Desconfiada pela aparente baixa procura por atendimento psicossocial, conversei com colega 2, perguntando se a demanda era de fato baixa ou se era uma questão de época do ano (visto que no Brasil há uma popular frase de que “o ano só começa depois do carnaval”). Sua resposta foi: “Olha, já foi mais alta, mas daí as pessoas começaram a aprender os caminhos pelos serviços de saúde e passaram a precisar menos dos encaminhamentos do CentrHo, e reduziu ainda mais depois que o ambulatório trans foi aberto e passou a oferecer acompanhamento psicológico”.

Quando comentei que a falta de trabalho estava me desmotivando e adoecendo, colega 2 conta: “É, isso também desmotivava os antigos psicólogos. A maioria estudou pra concurso e saiu daqui. Eu também queria sair, mas por enquanto preciso do dinheiro e não tenho outro jeito de me sustentar”, o que justifica o fato de eu ser a quinta psicóloga em dois anos.

Alguns dias após eu pedir demissão, um psicólogo que conheço dos movimentos sociais me mandou mensagem perguntando se eu havia saído, pois lhe informaram que o setor estava buscando uma nova psicóloga. Ao confirmar, conversamos sobre nossas insatisfações sobre o setor, e ele afirmou: “Então, pra nós aquele modelo não funciona. Do CentrHo. Funcionou há 10 anos rs” (sic).

Cabe dizer que no segundo semestre de 2020, esse mesmo psicólogo passou a ocupar o cargo de subsecretário, substituindo o anterior, que foi exonerado para concorrer a um cargo político nas eleições de 2020. Acompanhando pelas redes sociais, percebi que em poucos meses já haviam sido realizadas inúmeras reuniões com o movimento social, sendo ele próprio um grande ativista LGBT da cidade, e, partir de tais reuniões, tem movimentado a Sub LGBT e o CentrHo, o que nos dá esperança de um melhor funcionamento.

As políticas LGBT são frágeis institucionalmente e deficientes estruturalmente em face de precariedades jurídicas que as tornam políticas de governo e não de Estado, o que as deixam ao sabor das conjunturas e das conveniências políticas; das dificuldades em gerir as políticas de maneira transversal e em diálogo com a sociedade civil; do pouco ou nenhum recurso previsto em peças legislativas orçamentárias [...]; e do baixo número de servidores/as permanentes especializados/as responsáveis pela elaboração, a implementação, o monitoramento e a avaliação (MELLO et al., 2012a, apud FEITOSA, 2019, p. 107).

Tal fragilidade faz com que, apesar dos Centros de Referência LGBT terem sido fortemente demandados pelo movimento social durante o Programa Brasil sem Homofobia, sua atuação dependa, em grande parte, das servidoras que as gerenciam, de modo que, se por um lado, pelo menos durante meu breve período de trabalho/observação participante, seu modelo de atuação não atendia a demandas reais em seu setor de atendimentos psicossocial, por outro lado, sob nova gestão e em um contato mais próximo com o movimento social, espera-se que o setor seja reformulado.

Ademais, para além de uma discussão sobre gestão governamental, essa cartografia também demonstra que em seus itinerários de saúde, em especial quando falamos em saúde mental, travestis e mulheres trans negociam com serviços e caminhos diversos, passando majoritariamente por percursos não governamentais, visto que o órgão de referência para seu atendimento não dava conta de suas demandas, acarretando em pouquíssima (para não dizer nula) procura, sendo direcionada para ONGs do movimento social, como a Casa Satine, favorecendo arranjos micropolíticos, e, por vezes, para o SUS (considerando-o como uma ferramenta de Estado, e não de governo), por meio do Ambulatório trans e do CAPS.

2.2. “Não ter silicone não me faz menos mulher hoje”: (des)construção corporal trans e outras reflexões sobre sentidos corporais.

A pele é orgânica, mas, sob os fartos seios, próteses de silicone: a negação de uma condição natural. A busca por aceitação em uma instância governada por seres que sempre estiveram em declínio (VIEIRA, 2017b, p. 86).

Para experimentar as reflexões que aqui seguem acerca da corporalidade trans, partimos de três pontos que se interconectam rizomaticamente, se aproximam e produzem linhas de fuga diversas: a ideia do escritor, editor e dono de casa campo-grandense Leonardo Triandopolis Vieira (2017b), que, em um de seus livros traz a ideia de pedaços humanos, dos quais somos todas feitas; a terminologia *construcción corporal trans*, adotada por Anahí Farji Neer (2017) para pensar a reconfiguração do papel da psicologia nos tratamentos ofertados a pessoas trans na Argentina; e a ideia de corpo-poesia, como escreve o homem trans Bruno Hats, que em linhas, corpo em traços, traça de si transformações (INVISÍVEIS PRODUÇÕES, 2017).

Em meio aos contos e poesias de Vieira (2017b), a *Antologia trans* (INVISÍVEIS PRODUÇÕES, 2017) e a etnografia de Neer (2017), o corpo humano deixa de lado

organizações funcionalistas dos órgãos (que frequentemente fazem com que sejamos lidas a partir de quais órgãos possuímos, gêneros impostos a partir de pênis e vaginas) e passa a ser pensado como um conjunto de pedaços – pedaços que podemos negociar, remanejar, inserir ou retirar, e, nesses movimentos, experimentar uma construção corporal que nos seja própria e até mesmo poética.

Acreditamos que os atravessamentos entre esses pontos (e tantos outros) são interessantes para pensarmos a corporalidade trans, (re)configurando um campo potente para escaparmos da ideia de uma *redesignação* ou *readequação* sexual, termos comumente utilizados pelo campo biomédico e psi para se referir ao processo de “mudança de sexo” das pessoas trans e que teria como pressuposto a adequação a padrões binários impostos ao gênero.

O questionamento dessas amarras binárias nos permite, ao contrário, pensar em uma construção de um novo corpo, que não necessariamente se adeque aos padrões estabelecidos, mas que possa tensionar ao que outrora foi imposto, e construir para si, a partir de pedaços humanos disponibilizados, um corpo próprio e singular, que escape e transborde das normativas e narrativas impostas.

Assim sendo, analisamos neste subcapítulo algumas estratégias e dispositivos utilizados pela biomedicina em suas intervenções sobre a construção de corpos trans. Para tal, apesar de reconhecermos a importância de atributos como cabelo, roupa, maquiagem, entre outros, em um primeiro momento focamos nossas discussões em intervenções que teoricamente são mais dependentes da figura de médicas, envolvendo procedimentos cirúrgicos e de hormonioterapia, o que nos possibilita pensar as aproximações, os distanciamentos e as ambiguidades.

Em relação aos distanciamentos e ambiguidades, analisamos as linhas de fuga engendradas por pessoas travestis, transexuais e não-binárias em suas experiências corporais, pensando alguns afastamentos com relação ao saber-poder biomédico. Sobre os traços dessas linhas de fuga, a proposta de Deleuze e Guattari (1996) de um corpo sem órgãos (CsO), que se opõe à organização imposta pelo organismo, abrindo o corpo a conexões, distribuição de intensidades e desterritorializações, nos parece oportuno para pensarmos formas alternativas de um cuidado de si e de experimentações corporais que subvertem os ditames dicotômicos historicamente produzidos e socialmente impostos.

Para discutir tais situações, as provocações que Deleuze e Guattari (1996) trazem na capa de seu livro³¹ nos mobilizam, afirmando que a esquizoanálise (prática-teoria por eles inaugurada) incide apenas em linhamentos e na análise do desejo, questionando que linhas traçamos, remanejamos, interrompemos, prolongamos ou retomamos.

Assim, propomos que o desenrolar da análise desses pontos se dê a partir da experimentação e cartografia de linhas com pequenos trechos, de modo que na análise das relações, aproximações e afastamentos entre a construção corporal trans e o saber biomédico, trabalhamos com quatro imagens-cena, duas conversas entre amigas e uma entrevista.

Imagem-cena 1: “o gênero não é material, o gênero não existe”

Dia 29 de janeiro de 2020, evento em alusão ao dia da visibilidade trans, realizado em parceria entre instituições governamentais e da sociedade civil, com o intuito de valorização cultural, debate de gênero, reconhecimento pela luta e visibilidade. Na abertura, a organização fala sobre visibilidade e redes de afeto. Ao abrir o microfone para perguntas e relatos, mais falas sobre afetos e relacionamentos (falas depois exploradas no terceiro capítulo), até que chega a vez de Gabriela*, mulher trans intersex e negra que, após também falar sobre afetos, afirma que “o gênero não é material, o gênero não existe, a gente se prende na expressão de gênero”.

Enquanto fala, Gabriela* pega um papel entregue na sala do evento, com explicações acerca de diferenças entre sexo biológico, expressão e identidade de gênero e orientação sexual (figura 2), com as mãos rasga o papel de modo a retirar o quadrado de sexo biológico do espaço da legenda, separando esse pedacinho do resto do infográfico, segura-o e diz: “Precisamos começar discutindo isso aqui, precisamos combater o biologicismo e o genericismo. Eu sou uma mulher trans intersex e fui submetida a cirurgia de reparação genital aos 3 anos, então eu queria saber: que transição é essa? De onde você sai? Da onde você veio? Nascer com pênis não te faz homem”.

³¹ Na versão digital do livro, a qual tivemos acesso, após a capa e ficha catalográfica, há três páginas em que estão transcritas “das abas do livro” e “da capa do livro”, é a esta segunda que nos referimos, localizada na quinta página digital. Cabe dizer que é provável que existam diferenças entre a versão física e a digital, que está disponível em: <<https://escolanomade.org/wp-content/downloads/deleuze-guattari-mil-platos-vol3.pdf>>.

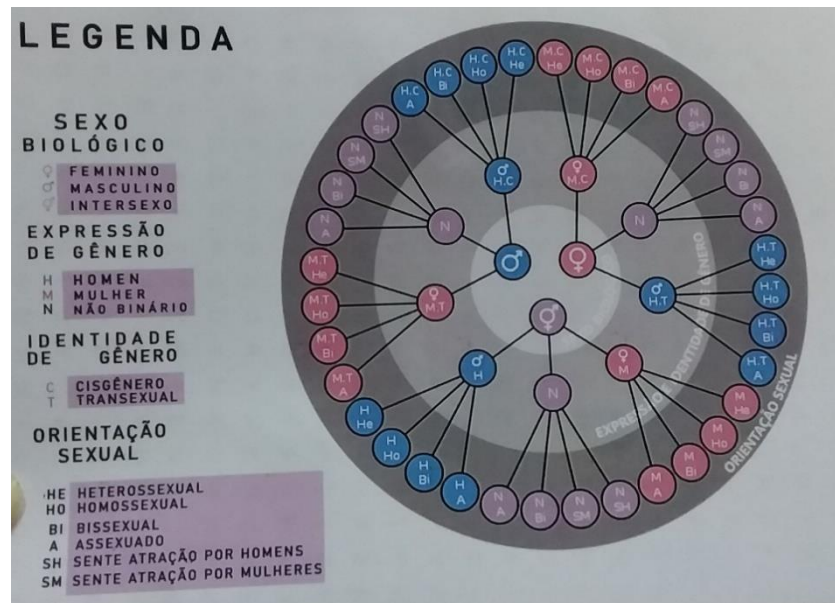


Figura 2: Infográfico distribuído no evento do Dia da visibilidade trans de 2020.
 Créditos: Organização do evento.

Imagem-cena 2: a mastectomia coagida

Maio de 2019, IV SIGESEX – Gêneros, sexualidades e conservadorismos: a política dos corpos, os sujeitos e a disputa pela hegemonia dos sentidos culturais, realizado na Universidade Federal do Mato Grosso do Sul (UFMS), que dentre as convidadas contou com a participação da pesquisadora Berenice Bento. Ao final de uma mesa-redonda, o microfone é aberto para perguntas e da plateia uma pessoa pede a fala. Nesse momento a pergunta dá lugar a uma performance-desabafo: Henrique*, um homem trans branco, segurando o microfone e relatando sua dor, tira a blusa, desabotoa botão por botão sua roupa pós-cirúrgica e a joga no chão.

Segundo ele, foi o primeiro homem trans a realizar a mastectomia no Mato Grosso do Sul. Seu corpo ainda cicatrizava e doía. Ao contrário do que se possa imaginar, o procedimento cirúrgico não fora demandado por ele, não era sua vontade fazê-lo. Escolheu o procedimento cirúrgico de retirada das mamas, com recuperação lenta e dolorosa, para que fosse aceito e reconhecido como homem, reconhecimento social que era negado pela permanência de seus seios “femininos”. Uma coagida adequação social de seu corpo – para acessar o “passaporte” da inteligibilidade heteronormativa e seu consequente reconhecimento no mundo social, precisou mutilar a si mesmo.

Imagem-cena 3: “a liberdade de postar uma foto sem camisa”

Ikaro*, um homem trans negro, posta nas redes sociais uma foto sem camisa com a seguinte legenda: “Sou homem, um homem com seios, seios que me incomodam, seios que me causam uma disforia absurda. Dias eu convivo bem, dias nem tanto. Seios que caíram, mas infelizmente ainda não sumiram... Já que estão em meu corpo, são meus e não me tirarão a liberdade de postar uma foto sem camisa, de sentir o vento bater, de sentir a brisa... I’m free”. A foto foi denunciada na rede social Facebook. Censura de uma experiência que escolheu não mais esconder.

Imagem-cena 4: “não ter silicone não me faz menos mulher hoje”

Dia 6 de dezembro de 2019, evento anual do Miss Trans/Travesti Mato Grosso do Sul 2019. Cris Stefanny, uma das organizadoras do evento e importante liderança da ATMS, ao abrir o evento fala de seu significado e importância, afirmando que este existe para cultivar a beleza e cultura trans/travesti. “Esse é o momento de dizermos que somos resistência, nossos corpos são resistência e militância, em que para uma mulher trans ou travesti, ir até a padaria, ocupar esse espaço, é um ato de militância”.

Durante os desfiles das candidatas, duas em especial se destacam: uma candidata do interior (Corumbá) e a outra da capital (Campo Grande). A Miss Corumbá tem seu corpo todo desenhado e esculpido, curvas e silicone. A Miss Campo Grande, segundo ela mesma narrou em outro evento, passou a entender-se como mulher trans há pouco tempo, após receber o prêmio Miss Gay Mato Grosso do Sul 2018, e seu corpo ainda não se adequava ao estereótipo do corpo feminino, apesar de traços faciais delicados.

Ao final, ambas as candidatas disputavam o prêmio de primeiro lugar. Da plateia, as espectadoras gritavam “Corumbá! Corumbá! Já ganhou!”, mas o veredito das juradas (todas pessoas cisgêneras) era outro: a candidata de Campo Grande ganha o título, ajoelha no chão e chora, depois levanta-se e, ainda emocionada, agradece o apoio dos pais e afirma: “Não ter silicone não me faz menos mulher hoje”.

No dia seguinte, diante da insatisfação das espectadoras com o resultado, a organização do evento envia uma mensagem contendo uma “Nota Pública de Esclarecimentos sobre o Miss Trans/Travesti MS - 2019 e Miss Plus Trans/Travesti MS - 2019”. Um pequeno trecho é apresentado a seguir:

É preciso esclarecer que ser Trans/Travesti, não é encher o corpo de silicone, plásticas e/ou hormônio como muitas pessoas pensam. Ser travesti/transexual, está muito mais alinhado com o ser feminina, com o que

está no psicológico, no papel social assumido diuturnamente – (sendo quem realmente você é), – do que encher o corpo de hormônio, plásticas e silicone! É importante ressaltar, que se assim for, então qualquer mulher ou homem CISgênero que fizer aplicação de qualquer substância do tipo, poderão serem chamadas/os de TraveTraestisnsexuais. O que não condiz com a realidade! (sic).

Conversa 1: a troca de hormônios

Dia 9 de novembro de 2019, sexta-feira. No intervalo da aula do mestrado sobre interseccionalidades e marcadores sociais da diferença, conversando com Ariel, comentamos como seus seios cresceram subitamente. Em resposta à pergunta do que fizera para tal resultado, Ariel afirma: “Troquei de hormônio. Este novo é pior para minha saúde, mas apresenta resultados mais rápidos. Eu estava cansada de esperar”.

Conversa 2: erro de pronomes

Dia 7 de dezembro de 2019, sábado. Na Feira Vegana de Campo Grande encontro-me novamente com Ariel, agora acompanhada de Jamie*, uma pessoa amiga. À noite um forte incômodo toma conta de mim, resultado da confusão ocorrida no referido encontro em que continuamente erro os pronomes de tratamento ao referir-me à Jamie*, ora no masculino ora no feminino. Apesar de inserida nos estudos e discussões acerca de gêneros e dissidências, o mal-estar gerado pela confusão permitia pensar como somos capturadas pela busca da ordem, da coerência, das definições.

Em cena, a confusão com seu corpo que, embora masculino, apresentava seios, ao mesmo tempo em que em seu rosto era possível deparar-se com uma linda, longa e volumosa barba. Algumas dúvidas logo vieram à cabeça: Identificava-se como homem trans, mas não havia realizado mastectomia? E, se sim, por que Ariel a chamaria no feminino? Ou identificava-se como mulher trans, tomando hormônios ou fazendo uso de silicones para aumento dos seios, mas mantinha há tanto tempo e com tanto cuidado a barba? Dez dias depois, comentando com Ariel acerca de tais confusões e incômodos por errar os pronomes, Ariel revela que se Jamie* se identifica como pessoa não-binária e fazia uso de hormônios, mas que preferia ser chamada no feminino.

Entrevista 1: sobre o ambulatório transexualizador

Dia 21 de dezembro de 2019, entrevista com uma das médicas responsáveis pelo ambulatório transexualizador do Hospital Universitário da UFMS/Campo Grande, aberto desde janeiro de 2017. Atualmente o ambulatório oferece gratuitamente os seguintes serviços:

acolhimento, testagem rápida para ISTs, assistência social, atendimento psicológico e médico. A hormonioterapia feminina é realizada pela ginecologista e a masculina pela urologista. Após dois anos de acompanhamento, as pessoas que desejam e que atendem aos critérios de avaliação são encaminhadas para cirurgia.

No referente a processos cirúrgicos, a entrevistada estima que praticamente 100% dos homens demandam a mastectomia, enquanto apenas 1/3 solicita cirurgia de redesignação sexual; já entre as mulheres, 70% solicita a redesignação e menos da metade das travestis demanda o mesmo. Acrescenta ainda o fato de que, em teoria, o SUS não banca os custos do silicone e que “a maioria das pacientes consegue ganhar mama com a hormonioterapia”. Abaixo, parte do diálogo com a profissional de saúde.

Pesquisadora: E você acha que o desenvolvimento da mama é uma das questões centrais na hormonioterapia, ou não?

Médica: Sim, porque, assim: elas desejam um corpo feminino, e poucas partes do corpo são mais evidentemente femininas do que a mama, porque, assim, o cabelo, por exemplo, é uma coisa que qualquer pessoa deixar crescer e tratar fica do jeito que for, pode ficar com um aspecto feminino ou masculino, não precisa de uma coisa, tipo assim, cirurgia, remédio... Mas, agora, a mama é o que evidencia mesmo. E, assim, mas aí é um dado da USP, de quando a gente foi visitar elas, elas falaram que mais de 90% ficam satisfeitíssimas com a hormonioterapia. Algumas poucas não tinham desenvolvimento nenhum, daí elas propunham cirurgia, que lá elas fazem.

Pesquisadora: Pensando a construção de um corpo trans, que questões você acha que são mais importantes e que a medicina consegue dar maior suporte nessa construção de um corpo trans?

Médica: O trabalho com o hormônio, ele faz uma coisa, assim, até estranho você ver como que muda da água pro vinho. E eu acho que a grande questão aí, primeiro a pessoa se sentir feliz com ela mesma, ela consegue através da hormonioterapia, mas em termos de... como eu vou falar... assim, de saúde pública, o que eu penso é: com a hormonioterapia a pessoa consegue passar invisível dentro das outras, dentro das outras pessoas cis (sic).

Pesquisadora: Consegue o quê?

Médica: Ela ser mais invisível.

Pesquisadora: Tá falando da passabilidade?

Médica: De diminuição de violência, de agressão. Então, assim, porque com a hormonioterapia, em seis meses, um pouquinho mais, uma mulher trans realmente parece uma

mulher cis, e um homem trans realmente parece um homem cis. Então, assim, a menos que a pessoa fale, os outros não conseguem ver, e isso tira essas pessoas daquele grau de violência por... não é homofobia... enfim...

Pesquisadora: Transfobia.

Médica: Transfobia, isso. Tá, então, aí, eu, para mim, saúde pública é a principal, incluindo hormonioterapia. É claro que elas não vêm só por conta disso, é para se sentir satisfeita com o próprio corpo. Então consegue ter as duas coisas, então: ganho psicológico e diminuição de uma vulnerabilidade social. Então, isso, só com hormônio a gente já faz bastante isso, já dá para ver bastante isso daí. É claro que, assim, as mulheres que começaram a hormonioterapia bem mais cedo, ali perto da adolescência, elas têm um resultado estético muito maior. Agora os homens trans não, na hora que começou tomar testosterona dá cabo do negócio e faz mesmo, muda voz [trecho incompreensível]. E aí, então, por exemplo, o hormônio feminino, ele não consegue tirar o que a testosterona já fez ao longo da vida, né, então pomo de adão não volta, a voz não fica mais fina, então alguns ganhos a gente não consegue. Por isso que o ideal começar mais cedo, só que o começar mais cedo a gente entra aí: ah, mas é adolescente, vai ter condição de tomar uma decisão dessa? Então é coisa que se discute muito.

Pesquisadora: Entendo. E alguma outra questão que você acha que a medicina contribui bastante na construção do corpo trans, além do hormônio?

Médica: As cirurgias avançaram bastante né, então se você pegar uma foto de uma genitália feminina trans, é bem próximo do de nascimento, né? O genitália masculina, ela ainda não tá, assim... o procedimento cirúrgico não é tão bom quanto, o resultado final, né, não é tão bom quanto da genitália feminina. Mas, assim, é uma mudança, não sei, é até difícil de... Você tem uma mudança praticamente completa de um corpo, desde genitália, desde mamas, que podem ou não complementar [trecho incompreensível]. Mas a hormonioterapia já faz também uma redistribuição de gordura no corpo, ela dá o formato de uma pessoa com o gênero com o qual ela deseja. Então, só isso eu já acho que é um negócio grande, mas eu acho o principal é... parte do que você fala de, como que fala, que você falou, de construção do corpo trans, então eu vejo a ajuda médica muito mais como um invólucro, né, a gente vai mexer na casca da pessoa. Então, a grande questão, das outras questões internas, a gente não consegue mexer só com a hormonioterapia, a gente mexe no sentido, assim, ela vai ficar mais feliz, então ela tende a ter mais facilidade de sair da depressão, mas é... [trecho incompreensível] a chance de depressão. Então, com isso a gente precisa muito do apoio da psicologia, que é uma coisa que não tem como mexer, é claro, tem medicação pra depressão, ok, eu vou tirar essa pessoa do basal depressivo dela e colocar ela um pouquinho mais acima, mas são construções que ela

precisa trabalhar. E é engraçado que às vezes tem alguns pacientes que, não é que transita mal, mas é que, assim, às vezes eles também têm essa transição psicológica conforme vão fazendo essa transição hormonal, transição física, né? [...] Por exemplo, teve coisas bem interessantes que eu aprendi aqui com elas, né? Na primeira vez, tava atendendo um homem trans, sem nada de hormônio, primeira vez pra tomar, então chegou uma mulher com roupas masculinas, ponto, né? Aí o residente falando porque ela, porque ela [...], e aí eu falei: não, é ele, tem que tratar pelo que a pessoa deseja, nome social, papapá... Daí ela falou assim: “Não, doutora, eu que pedi pra chamar de ela, porque eu olho no espelho [trecho incompreensível]” [grifo nosso].

Pesquisadora: Por que o quê?

Médica: Ela: “Eu me olho no espelho e ainda sou uma mulher, então não consigo ainda ouvir Paulo, Pedro, João, enfim... não consigo ainda ouvir meu nome masculino. Um dia, quando meu eu masculino nascer de verdade, quando eu tiver transicionando, aí eu vou falar para vocês me chamarem de ele”. Então foi aí que eu parti pra ver que, assim, que a construção psicológica, não é que ela, ela se sente um homem. Então essa pessoa sente um homem, mas não é por conta disso que ela já se definiu totalmente como homem, porque o corpo precisa acompanhar pra o crescimento psicológico, dar o formato final que ele quer, mas é que o corpo tá de um jeito, e a percepção do outro ela também não consegue organizar, ela tem dificuldade [grifo nosso].

Pesquisadora: A gente tem falado muito da hormonioterapia e a gente sabe também que muitos medicamentos tão aí, disponíveis, e que tem como comprar sem passar necessariamente pelo atendimento médico. Por exemplo: anticoncepcional, qualquer farmácia você compra.

Médica: Por essa forma algumas delas já vem usando hormônio desde a adolescência, porque o anticoncepcional é muito fácil de achar. O difícil é testosterona. A testosterona, é, assim, até pra prescrever, não aceita uma via só, tem que pôr o seu CPF, CID, é uma enjoeira, então é difícil de prescrever, mas o anticoncepcional qualquer um vai comprar. E, inclusive, por exemplo, se você tem, se... mesmo se a mulher trans né, nunca usou, tem a cara masculina ainda, uma amiga dela pode comprar um anticoncepcional, falando que é pra si mesma, é muito fácil.

Pesquisadora: E o que que você pensa sobre isso?

Médica: Bom, de certo modo, um lado mais ou menos, que você dá pra pensar em redução de danos, até danos psicológicos, é que essa pessoa às vezes consegue fazer isso desde muito cedo, não precisa esperar os 18 anos que tá colocado na lei, mas o maior problema disso é

que, na maioria das vezes, usam errado e usam superdosagem. Se usassem a dosagem normal, igual a qualquer mulher usando para anticoncepcional, a gente tem uma chance menor de ter problema, mas eu já vi aqui mulher que tava usando a cartela de anticoncepcional junto com a injeção, junto com o outro lá, uns dois, três anticoncepcionais ao mesmo tempo, juntos, fazendo superdosagem, como uma outra que veio aqui só uma vez... Essa realmente era usuária de droga pesada, tinha várias questões, e tomou uma cartela inteira de anticoncepcional em um dia só, então tem uma chance de ter o pior evento que eu posso ter com o uso do anticoncepcional, que é trombose. Trombose é um entupimento dos vasos do corpo. Na maioria das vezes dá na perna, mas pode dar no cérebro, embolia pulmonar. Os riscos de... morte. Isso é principalmente para o hormônio feminino; com o hormônio masculino isso não tem tanto.

Pesquisadora: [...] Na concepção que eu tenho, pelos amigos trans e pelas amigas trans, travestis, que tenho, me parece que o seio é mais importante do que o órgão genital na construção de um corpo trans. Então, assim, é tomar o hormônio, colocar o silicone, mesmo que continue com pênis; é tirar os seios, mesmo que continue com a vagina.

Médica: O que eu vejo muito, é... é porque a representação social da feminilidade, então tá exposto. O genital a gente esconde, seja ele masculino ou feminino, a gente esconde muito bem na roupa, mas o seio não, ele salta na roupa, tanto para mais, quanto para menos, que o homem trans, ele quer esconder essa aparência, enquanto a mulher trans quer que essa aparência brote, cresça. Então é assim, o que as pessoas veem, o que chama atenção. Mas uma coisa, também, já que você falou até sobre o programa e tudo mais, um ponto que eu não abordei e que é importante era sobre o uso do silicone industrial. A gente tem poucas pacientes aqui, mas, sim, travestis que são, ou que já são ou que já foram em algum momento garotas de programa – e aí uma das coisas que elas falam, mesmo que elas não queiram ter um peito grande, o que chama a atenção justamente para a profissão, né, de garota de programa, é ter seios grandes –, então na pressa de conseguir isso, porque realmente pelo silicone é muito mais difícil conseguir, e o próprio hormônio às vezes demora conseguir o tamanho desejado, às vezes elas recorrem às bombadeiras pra poder fazer o uso do silicone industrial, e esse sim é outra catástrofe, né? Além de deformar o corpo, ele pode migrar do local, então às vezes cair... Tem mulheres que colocam na perna, silicone vai parar lá no tornozelo, porque, assim, tem deformidade por efeito da gravidade ao longo do tempo, além de que, na hora de colocar, pode infeccionar, pode pegar um vaso, aquele silicone parar, fazer a mesma coisa da trombose, só que aí vai fazer uma embolia com um óleo, então ele entope o coração, o cérebro, pulmão, do mesmo jeito. Então é uma questão meio complicada também.

Os corpos não são estáticos: sobre performances, próteses e “ciborguias”

O que tais cenas/imagens/narrativas têm em comum? Segundo a crítica *queer*, a diferença sexual é uma heterodivisão do corpo, marcada por práticas discursivas, para a qual o “sexo” funciona não somente como norma, mas como parte de uma prática regulatória de simetria impossível, que produz os corpos que governa como um texto socialmente construído, cria a materialidade dos corpos, divide-os e fragmenta-os em órgãos e materializa a diferença sexual no corpo, a serviço da (cis)heteronormatividade (BUTLER, 2014, 2019a; PRECIADO, 2019).

Desse modo, o “sexo” não é o que alguém tem, nem uma descrição estática do que alguém é, mas uma das normas que tornam alguém viável, que lhe conferem inteligibilidade, corpo e identidade, configurando-se, assim, como uma norma cultural que governa a materialização dos corpos, e não como um dado corporal e natural em si mesmo (BUTLER, 2014; FOUCAULT, 1999a). Por isso, Judith Butler (2019a, p. 2016) considera que “as pessoas não são seus corpos, mas fazem seus corpos”.

Essa materialização se dá por meio da reiteração forçada de tais normas, o que indica que a materialização dos corpos “não é nunca totalmente completa, que os corpos não se conformam, nunca, completamente, às normas pelas quais sua materialização é imposta” (BUTLER, 2014, p. 2), como Gabriela* apresenta em sua fala *queer* na imagem-cena 4, afirmando que “o gênero não é material, o gênero não existe, a gente se prende na expressão de gênero”, ou na performance de gênero, para usar o conceito de Judith Butler.

Para Félix Guattari e Suely Rolnik (2013), a diferenciação elencada pela sociedade estudada por Pierre Clastres (2007), em que as mulheres carregavam a cesta e os homens carregavam o arco, é reencontrada em nossas sociedades nas teorias relativas ao falo. Ou seja, as teorias ocidentais, em sua maioria, separam os sexos em uma diferenciação binária sob uma perspectiva falocêntrica, “um universo inteiro organizado pela existência ou ausência de um penduricalho de carne. Quanta fragilidade!” (MARILAC; QUEIROZ, 2019, p. 17).

Somos então segmentarizadas em nossos corpos em oposições duais: os homens e as mulheres, de forma que o imperativo heterossexual possibilita ou impede certas identificações, em uma matriz excludente, que produz simultaneamente seres abjetos (BUTLER, 2014; GUATTARI; ROLNIK, 2013). Para Paul Preciado (2019, p. 416), o gênero é protético, “não se dá senão na materialidade dos corpos. É puramente construído e ao mesmo tempo inteiramente orgânico. [...] O gênero se parece com o dildo”.

O que estou sugerindo aqui é que o sexo e o gênero deveriam ser considerados como formas de incorporação prostética que se fazem passar por naturais, mas que, em que pese sua resistência anatômico-política, estão sujeitos a processos de transformação e de mudança constantes (PRECIADO, 2017, p. 166).

Para o autor, esses processos seriam resultantes de uma tecnologia sofisticada de fabricação de corpos sexuais em uma era farmacopornográfica, com “processos de governo biomolecular (fármaco-) e semiótico-técnico (-pornô) da subjetividade sexual” (PRECIADO, 2018, p. 36). Discutindo as relações promíscuas entre tecnologia e corpos, Paul Preciado (2017) retoma como o homem-máquina, a “máquina viva”, e a masculinidade prostética foram construídas nos séculos XVIII, XIX e XX (respectivamente) e, a partir destas construções,

Torna-se impossível estabilizar a prótese, defini-la como ou mecânica ou orgânica, como ou corpo ou máquina. A prótese pertence por um tempo ao corpo vivo, mas resiste a uma incorporação definitiva. É separável, desenganchável, descartável, substituível. Mesmo quando é ligada ao corpo, incorporada e aparentemente dotada de consciência, a qualquer momento pode voltar à ordem do objeto (PRECIADO, 2017, p. 163).

Donna Haraway (2009) fala em termos de um corpo ciborgue; em uma sociedade cada vez mais baseada e sustentada pelas novas tecnologias, por circuitos, *hardwares*, nanotecnologias, suplementos alimentares, anabolizantes, vacinas, psicofármacos etc., os limites entre o “natural” e o “artificial” mostram-se cada vez mais insustentáveis. É assim que se erigem corpos híbridos que, ao utilizarem algum tipo de prótese corporal (silicones, pernas ou braços protéticos etc.), questionam a ordem “natural” das coisas e dos corpos. Não mais meros silicones, mas “meus seios”, não mais próteses mecânicas, mas “minhas mãos, braços e pernas”.

Tomaz Tadeu (2009), na apresentação que faz do *Manifesto ciborgue*, indaga: afinal, “onde termina o humano e onde começa a máquina? [...] onde termina a máquina e onde começa o humano?” (TADEU, 2009, p. 10). Como indica Paul Preciado (2017, p. 158), “é impossível estabelecer onde terminam “os corpos naturais” e onde começam as “tecnologias artificiais”: os ciberimplantes, os hormônios, os transplantes de órgãos, a gestão do sistema imunológico no HIV, a web etc.”.

O “corpo ciborgue está aberto ao (furo) simbólico, a uma incompletude que o significa. [...] Há muito, sem dúvidas, de discurso no corpo de ciborgue” (BAGAGLI, 2013, p. 22). Nesse sentido, e a partir das imagens/cenas/narrativas acima descritas, indagamos:

onde começa e onde termina nossa masculinidade e nossa feminilidade? Que peito ou que pau é esse que tem a última palavra sobre nosso corpo, nosso gênero e nosso desejo?

No início de abril de 2020, Alanys publica em sua rede social uma imagem na qual se lê a seguinte frase: “Mulher é igual feijoadá, as boa msm tem linguiça” (sic). Alguns dias depois a publicação recebe um comentário de um homem cis branco e gay repreendendo a travesti, ao afirmar que muitas denúncias são feitas contra discursos assim e que ela, como militante conhecida, não deveria adotar tal postura. Três dias depois Alanys faz uma nova publicação, em que escreve:

Se você é trans e tem disforia com sua genitália, tá tudo bem.
E se você é trans e gosta do seu pênis de tal modo que o denomina de linguiça, tá tudo bem também.
Até porque nosso corpo é poesia, merecedor de liberdade sem fim.
Não tem nada de errado com nossos corpos, e se a Cisgeneridade se incomoda com nossas particularidades, pau no cú dela.
Nossa liberdade não está condicionada a militância de corpos cis.
E ser gay não te dá passe livre para constranger o corpo alheio.

Assim, a partir da experiência de uma corporalidade plástica, travestis e transexuais questionam noções ontológicas de corpo e de identidade. Produzindo sua “carne”, colocando ou retirando mamas, produzindo uma vagina ou um pênis (ou mesmo deixando-as como estão), constituindo deliberadamente uma androgenia não binária que questiona as normas de gênero, erige para si um corpo-ciborgue que “nos força a pensar não em termos de “sujeitos”, de mônadas, de átomos ou indivíduos, mas em termos de fluxos e intensidades” (TADEU, 2009, p. 14).

A travesti, entretanto, faz mais do que expressar a distinção entre sexo e gênero. Ela desafia, ao menos implicitamente, a diferença entre aparência e realidade que estrutura boa parte do imaginário popular sobre identidade de gênero. Se a “realidade” dos gêneros é formada pela própria performance, não é possível recorrer a um essencial e irrealizado “sexo” ou “gênero” cujas performances de gênero ostensivamente expressam. O gênero da travesti é tão real quanto qualquer outro que performe de acordo com determinadas expectativas sociais (BUTLER, 2019a, p. 224).

Beatriz Bagagli (2013, p. 22), ao considerar que “transgênero envolve o ponto em que o corpo aparece num ponto máximo de opacidade” e que “o corpo opaco é um corpo ciborgue”, afirma que

O que o ciborgue faz é justamente questionar a transparência cisgênera, ao interpelar o corpo cisgênero em sua historicidade, suas tecnologias tão opacas quanto às ditas cirurgias de redesignação sexual. [...] O cisgênero também faz seu gênero e para isso utiliza seus instrumentos. Torná-los visíveis – opacos – é tarefa transfeminista em resposta à colonização e exotificação de corpos e identidades transgêneros (BAGAGLI, 2013, p. 25).

Não podemos ignorar que nossos corpos, forjados sob a égide de uma identidade pretensamente ontológica, de uma generidade dicotômica, de uma coerência aparentemente intransponível, mais que “natural”, são, antes, resultado de uma longa produção de um saber-poder no tempo. Sobre isso nos alerta Michel Foucault (1999a). De acordo com o autor, “as disciplinas do corpo e as regulações da população constituem os dois pólos em torno dos quais se desenvolveu a organização do poder sobre a vida” (FOUCAULT, 1999a, p. 131) e, mais do que o corpo, com as mudanças do capitalismo, “sexo”, “gênero”, “sexualidade”, “identidade sexual” e “prazer” são transformados em objetos de gestão política da vida (PRECIADO, 2018).

Gêneros são organizados para contribuir com um modelo de verdadeiro e falso, que não apenas contradiz sua característica performática fluida, como também colabora com uma política de regulação e controle deles mesmos. Performar seu gênero de maneira errada implica um conjunto de punições, tanto óbvias quanto indiretas, e performá-lo bem garante a reafirmação de que, no fim das contas, existe uma essência nas identidades de gênero (BUTLER, 2019a, p. 225-226).

Para Preciado (2018), a ciência (principalmente a psicologia, sexologia e endocrinologia) só alcançou hegemonia discursiva e prática em nossa cultura em decorrência de seu funcionamento como aparato discursivo-material da produção físico-corpórea. Ou seja, a hegemonia do saber e das práticas científicas está relacionada às construções corporais.

O prestígio do saber e da prática médica remetem a “uma tradição que remonta a muito longe na cultura grega, o cuidado de si está em correlação estreita com o pensamento e prática médica” (FOUCAULT, 1985, p. 59). Esse cuidado de si, gerador de uma arte de viver, é resultante de uma cultura de si, na qual “o aumento do cuidado médico foi claramente traduzido por uma certa forma, ao mesmo tempo particular e intensa, de atenção com o corpo” (FOUCAULT, 1985, p. 61).

No século XVIII, os médicos tornam-se especialistas e administradores do espaço público. Sua administração governamentalizada foi uma das grandes herdeiras do pastorado, propondo-se a conduzir condutas. Todavia, essas práticas não se dão apenas pela via da

repressão, mas em um campo de tensionamentos, em estratégias de controle-estimulação. O poder é forte porque é produtivo, fabrica corpos, corpos dóceis e submissos (FOUCAULT, 1999b; 2008; 2015).

Tudo o que é do domínio da ruptura, da surpresa e da angústia, mas também do desejo, da vontade de amar e de criar, deve se encaixar de algum jeito nos registros de referências dominantes. Há sempre um arranjo que tenta prever tudo o que possa ser da natureza de uma dissidência do pensamento e do desejo. Há uma tentativa de eliminar aquilo que eu chamo de processos de singularização. Tudo o que surpreende, ainda que levemente, deve ser classificável em alguma zona de enquadramento de referência (GUATTARI, ROLNIK, 2013, p. 52).

Tal enquadramento de dissidências é expresso no relato de Gabriela*, que conta ter passado por uma cirurgia aos 3 anos para “corrigir” sua genitália intersex, ao que lhe foi atribuído o sexo masculino. A respeito dessa temática, Paula Sandrine Machado (2005) realizou uma pesquisa etnográfica sobre as representações corporais e práticas sociais acerca de crianças e jovens intersex, contrapondo a visão de médicas e familiares, em que o discurso médico estabelece que esse “problema” de “inadequação genital” pode ter o manejo de profissionais capacitadas para restaurar uma “natureza incompleta”.

Com isso, não apenas percebemos que o sexo é construído socialmente **como se fosse** natural, mas também que as fronteiras entre “natural” e “não natural” são facilmente borradas em um olhar generificado sobre a anatomia (MACHADO, 2005), para o qual se cria todo um aparato tecnológico para adequar corpos ao padrão estabelecido como “natural”. Sim, corpos nascidos em não conformidade com o que foi socialmente convencionado como “natural” são artificialmente construídos para se adequarem a uma falsa e binária naturalidade. “Isso equivale a dizer que não é necessariamente a partir da natureza que se criam as dicotomias, e sim que se aprende a perceber o mundo como dicotômico, restando pouca tolerância para a indefinição e a ambigüidade” (MACHADO, 2005, p. 261, sic).

O fato de a realidade dos gêneros ser criada por performances sociais estabelecidas significa que a própria noção de uma essência do sexo, uma masculinidade ou feminilidade verdadeira ou tão antiga quanto o tempo, também é concebida como parte de uma estratégia que disfarça o aspecto performático do gênero (BUTLER, 2019a, p. 225).

O poder, ao invés de proibir, reprimir ou barrar, busca regular, governar e conduzir corpos e almas, conter as dissidências. Isso implica uma tentativa constante de normalização.

É como se o regime cisheteronormativo imperativamente dissesse (e o diz constantemente): “Quer ser uma pessoa trans? Tudo bem, mas tem que ser de uma determinada forma. Para ser homem deve retirar os seios, deixar a barba crescer, cortar os cabelos; para ser mulher precisa retirar o pênis, colocar silicone, megahair, fazer as unhas e estar sempre depilada. Deve escolher entre ser homem **ou** mulher. Meninos vestem azul e meninas vestem rosa³². Se você se adequar ao meu padrão binário referenciável, eu te autorizo a transição”. Mas, como indaga Gabriela*, “que transição é essa? De onde você sai? Da onde você veio?”.

Através do controle dos corpos e dos desejos, os dispositivos de poder atuam de forma a tomar a materialização dos gêneros, dos corpos e das sexualidades, como elemento fundamental da experiência das pessoas. [...] Ao contrário de considerar o gênero como um substantivo, noção essencialista, deveríamos pensá-lo como efeito de discursos e práticas que operam sobre os corpos das pessoas, como parte de estratégias de regulação dos prazeres e de disciplinarização dos corpos. São as vias nas quais se opera a materialização do bio-poder, efetuados em consonância com instâncias de saber que lhe garantem legitimidades (SALES, LOPES, PERES, 2016, p. 62).

Nesse enquadre, vale lembrar como o dispositivo biomédico tem historicamente operado como uma engrenagem produtora de uma vontade de “verdade” (LEITE JR., 2011) produzido um ideal de ‘transexuais verdadeiras’ (BENTO, 2006; BORBA, 2016), para o qual “o conceito de transexualismo concebeu-se, na medicina psiquiátrica, pela perspectiva de que algumas pessoas são patologias que necessitam de correção por métodos de intervenção corpórea” (LUSTOSA, 2016, p. 391).

Não por acaso, a nova resolução do Conselho Federal de Medicina (Resolução nº 2.265/2019), que regula as intervenções em torno das transições de gênero, estabelece, dentre as reiterações do dispositivo disciplinar, o regime pastoral: “o atendimento médico deve contar com anamnese, exame físico e psíquico completos” [grifo nosso].

Essa busca pela regulação de dissidências se faz presente também no relato de Henrique*, em sua performance-desabafo. O primeiro homem trans a realizar o procedimento de mastectomia no Mato Grosso do Sul relata que não desejava retirar seus seios, mas que realizou o procedimento por uma questão de adequação social, para que fosse aceito e reconhecido como homem. Assim, o poder governamentaliza os corpos e sujeitos de modo a medir, controlar e corrigir aqueles que são lidos como anormais, em um disciplinamento dos corpos (FOUCAULT, 1999b).

³² Como dito e reiterado várias vezes por uma ministra do atual governo brasileiro.

Na pesquisa realizada por Carrara et al. (2019) no Rio de Janeiro, evidencia-se que não apenas os procedimentos cirúrgicos são um elemento crucial na construção corporal trans, como

Entrevistados parecem priorizar procedimentos envolvendo superfícies mais “externas” e visíveis de seus corpos, como a mamoplastia masculinizadora, ao invés daqueles que podem ser considerados “internos” e não imediatamente visível, como a histerectomia ou orquiectomia. Essa priorização pode estar ligada ao fato de que, além de ser menos complexos, esses procedimentos médicos criam marcas corporais visíveis que são essenciais para o reconhecimento social de uma experiência corporificada de gênero (CARRARA et al., 2019, p. 6, tradução livre).

Acrescenta-se que, durante a entrevista, a profissional do hospital universitário relata a situação da primeira consulta de um homem trans que solicitou que a princípio fosse chamado no feminino, pois, apesar de entender-se enquanto homem trans, ao olhar no espelho ainda via uma mulher cis, então desejava ser chamado no masculino somente após a hormonioterapia fazer efeito. Apesar da impossibilidade de ter acesso ao usuário³³, não podemos ignorar o fato de como sua autorização de si estava intrinsecamente dependente da aprovação desse poder governamentalizado, que delimita “casca”/“invólucro” e “questões internas”.

Mas, como aponta Judith Butler (2019b, p. 233), “o efeito de um espaço interno estruturante é produzido por via da significação do corpo como recinto vital e sagrado”, e, portanto,

Se a verdade interna do gênero é uma fabricação, e se o gênero verdadeiro é uma fantasia instituída e inscrita sobre a superfície dos corpos, então parece que os gêneros não podem ser nem verdadeiros nem falsos, mas somente produzidos como efeitos da verdade de um discurso sobre a identidade primária e estável (BUTLER, 2019b, p. 236).

Nesse contexto governamentalizado, a medicina apresenta-se como um campo útil ao disciplinamento de corpos, dispondo de estratégias e tecnologias como as apresentadas na entrevista no ambulatório transexualizador: hormonioterapia e cirurgia para aumento ou retirada das mamas, redistribuição de gordura no corpo, conferindo novo formato, uma “mudança praticamente completa de um corpo, desde genitália, desde mamas que podem ou não complementar”. É uma adequação do corpo a um padrão binário e inteligível que, para a profissional, levaria a uma maior passabilidade e, conseqüentemente, uma melhora na saúde

³³ Usuário nos termos do que preconizam as diretrizes do SUS.

pública – esta entendida pelo dispositivo transexualizador como a que permite a “coerência” entre sexo, gênero e desejo (BUTLER, 2019b).

Cabe dizer que tais processos passam também por outros padrões estéticos além do que é socialmente tomado como masculino ou feminino. Em uma entrevista realizada em dezembro de 2019, Bruna*, que é travesti negra e trabalha com prostituição, diz que tem “quase 27 anos, mas com corpinho de 15”, e é falando de seu corpo que conta que o construiu com prótese de silicone nos peitos e na bunda e retirada de costela, e desde então parou de tomar hormônio. Conta ainda que sua prótese foi paga por um homem com quem havia se casado, porque “eu não guardo dinheiro não, gasto tudo em festa, nas boates, sou baladeira, e vou ser aquelas velhas que curtem a vida”.

A valorização que Bruna* tem para com o corpo e a vaidade está atrelada também ao fato de que antes ela pesava 120kg, sofria gordofobia e era humilhada. Por tais cobranças estéticas, decidiu emagrecer por meio da alimentação e *shakes*. Letícia Carolina Nascimento (2020), que compartilha desses marcadores sociais por ser uma travesti negra e gorda, considera que a dimensão estética é correlativa às estruturas de funcionamento do racismo e da transfobia, de modo que o enfrentamento à gordofobia não deve ser minimizado.

Essa relação com a estética do corpo é também evidenciada por Kim, que, assim como Letícia Carolina, partilha dos marcadores travesti negra e gorda. Kim publica em sua rede social Facebook que recebeu uma mensagem afirmando: “você não é trans, é um cara vestindo top e brinco kk”, e respondeu: “toma vergonha na cara maricona”. Na sequência, recebeu: “eu? kkkk não sou eu que tô passando essa vergonha aí filho, tanta trans gata aqui e tu põe um top e uns brinco e se diz trans, a vergonha é tua cara” (sic). Ao publicar um print da conversa, Kim escreve sarcasticamente na legenda: “ai gente fui exposta, a verdade que sou um cara de brinco e top, oh meu deus ele me descobriu” (sic).

Durante entrevista em julho de 2020, conversamos sobre o ocorrido. “Amiga, eu postei rindo o print da maricona... Eles falam como se eu fosse falar: ‘não, beleza, você tá certo’. Até parece!”. Mesmo que Kim tenha recebido a mensagem de forma jocosa, é importante evidenciar como sua aparência estética foi utilizada para deslegitimar sua identificação como travesti, o que corrobora o apresentado por Letícia Carolina do Nascimento (2020).

Mas, como questiona Lohana Berkins (2000, n.p.), “por que eu deveria sentir vergonha do meu corpo, se o mais valioso que temos é o corpo? É o corpo para a vida, o corpo para a luta, o corpo para tudo. É o bem mais absoluto que temos”. Assim, o investimento normativo/disciplinar/médico ao corpo não é uma via de mão única, ao

contrário, o investimento do corpo pelo poder possibilitou também o domínio e consciência do próprio corpo. Em uma consequência direta, houve a

Reivindicação de seu do corpo contra o poder, da saúde contra a economia, do prazer contra as normas morais da sexualidade, do casamento, do pudor. E assim, o que tornava forte o poder passa a ser aquilo porque ele é atacado... O poder penetrou no corpo, encontra-se exposto no próprio corpo (FOUCAULT, 2015, p. 235).

Assim, por mais pesada que seja a artilharia de guerra que busca docilizar, capturar e normalizar, a experiência dissidente subverte continuamente as técnicas de sujeição e gestão a partir das próprias fissuras e incoerências existentes no interior dos regimes de verdade (FOUCAULT, 1999a).

O corpo é a peça de arte da travesti. [...] É nele que expressamos nossa visão de beleza, de transgressão às normas, nossa leitura do feminino. É um processo de digestão: a gente pega a mulher que nos é dada pela sociedade, a interioriza, elabora, dá cara própria – enfim, digere – e a exterioriza de novo, modelando-a no próprio corpo (MARILAC; QUEIROZ, 2019, p. 71).

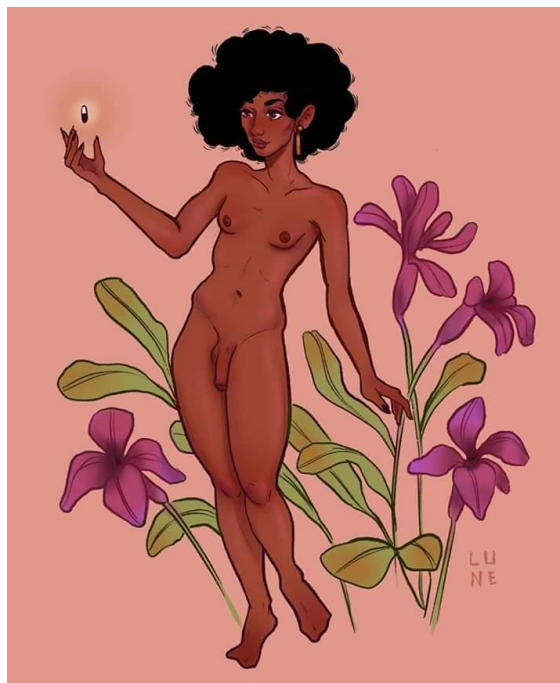


Figura 3: Travesti e seus hormônios.
Créditos: Lune Carvalho. Disponível em: @lunecornio³⁴.

³⁴ Essa versão foi posteriormente censurada no Instagram após inúmeras denúncias. Frente a isso, Lune repostou sua ilustração tampando partes do desenho, e na legenda posicionou-se contra tal censura, afirmando também que a ilustração original está disponível em seu site (<https://www.behance.net/gallery/87058219/Trans-Woman-Digital-art>). Por repudiarmos a censura aos corpos e falas dissidentes, apresentamos aqui a versão original.

Uma dessas experiências dissidentes é a realizada por Ariel, situação apresentada na conversa 1, em que relata sua negociação entre saúde e a construção do corpo que deseja, com o aumento dos seios. O novo hormônio era mais prejudicial para sua saúde, mas apresentava resultados mais rápidos. Na negociação com seu corpo e com os serviços disponibilizados pela medicina, a demora pesou mais. Como não aguentava mais a espera, determinou que a construção sobre seu próprio corpo precisava acelerar, um CsO não pode esperar. Antes, tem pressa de produzir e assumir para si “a dor e a delícia de ser o que é”³⁵.

A espera também é uma questão para Ikaro*, que aguarda o tempo exigido pelos protocolos para a mastectomia, tentando lidar com os seios que (ainda) se encontram em seu corpo. Em sua pesquisa com homens trans, Camilo Braz (2019, p. 3) argumenta que “a questão da espera talvez seja fundamental para interpretar antropologicamente as experiências trans no Brasil contemporâneo, considerando a tensão entre o tempo dos sujeitos e o tempo protocolar, entre o tempo de cada um e o tempo institucional”, de modo que “a maioria das travestis não sente que tem esse tempo todo. [...] E nossas vidas já são curtas, afinal. Vivemos no tempo das urgências” (MARILAC, QUEIROZ, 2019, p. 75).

O contraste entre temporalidades aparece nas críticas à obrigatoriedade de no mínimo dois anos de atenção psicológica para a possível obtenção de um laudo para entrar na fila para cirurgias no âmbito do processo transexualizador. Está nas expectativas acerca dos efeitos da hormonioterapia. E permanece na fila para entrar no processo transexualizador, quando os escassos serviços gratuitos para a atenção à saúde trans estão sob o risco constante de fecharem suas portas (BRAZ, 2019, p. 3).

Apesar desse tempo de espera ter sido recentemente reduzido pela nova resolução do Conselho Federal de Medicina (Resolução nº 2.265/2019), outras negociações com a saúde e o tempo aparecem na entrevista realizada no ambulatório transexualizador. Pelos relatos da profissional da saúde, algumas travestis e mulheres trans faziam uso de hormônios sem acompanhamento, frequentemente porque esse procedimento era barrado por lei em decorrência da faixa etária. Ocorriam então superdosagens ou ainda o preenchimento do corpo com silicone industrial. Em ambos os casos a médica alerta para os perigos de trombose, embolia, e até morte.

³⁵ Aludimos à música *Dom de iludir*, de autoria de Caetano Veloso.

Nós concordamos com outros pesquisadores que é crucial criticar discursos individualizantes que culpam pessoas trans e *travestis* pelas doenças resultantes do uso excessivo e autoadministrado de hormônios (ou até mesmo silicone industrial): afinal, estes itinerários de saúde refletem o contexto social marcado por processos de estigmatização e discriminação. Isso também pode ser visto na falta de treinamento dos profissionais da saúde para lidar com a transexualidade e outros obstáculos mais estruturais para o acesso aos hormônios (CARRARA et al., 2019, p. 6, tradução livre).

Uma experiência similar é narrada por Paul Preciado (2018); o escritor e seus amigos se autodenominavam piratas do gênero ou *hackers* de gênero, considerando-se “usuários *copyleft*”, ou seja, entendiam “os hormônios sexuais como biocódigos livres e abertos cujo uso não deve estar regulado nem pelo Estado nem confiscado pelas companhias farmacêuticas” (PRECIADO, 2018, p. 59). No que diz respeito às dosagens, o autor questiona: “Mas qual é a dose justa de testosterona? A que meu corpo produz? Ou outra? O que seria justiça hormonal? E se há justiça hormonal, eu deveria administrar essa justiça a mim mesmo?” (PRECIADO, 2018, p. 151).

É assim que lemos todo o movimento de autoadministração de hormônios que algumas travestis e trans realizam à revelia do aparato biomédico. Nesse processo transgressor, o que seria entendido dentro de uma ordem do discurso biomedicalizante restritivamente como perigoso passa a ser reivindicado como o direito de gerir e produzir o próprio corpo, a própria vida.

Sim, um corpo plástico, um corpo anárquico, um CsO que é “perigosamente”³⁶ hormonizado. Aqui manifesta-se a possibilidade da construção de um corpo que lhe seja próprio, negociando pedaços humanos, tecnologias (médicas também, por que não?), saúde e pronomes, em uma construção corporal à sua própria maneira, ora aproximando-se dos saberes hegemônicos, jogando com definições impostas pela medicina e deixando que estas pensem o que quiserem, a fim de tirar proveito das tecnologias médicas (BENTO, 2006), ora afastando-se desses saberes, encontrando caminhos outros.

No *post* de Ikaro*, pedaços humanos são negociados, os seios causam incômodo, quem os porta preferiria não os ter, todavia, esse pedaço humano estava anexado ao seu corpo, até então sem a possibilidade de retirado. É interessante como, apesar de se apropriar de um termo tão patologizante quanto “disforia”, para lidar com tal desconforto o uso de faixas comprimindo os seios, juntamente com roupas não apertadas, costumam ser tecnologias

³⁶ Utilizamos o termo perigo/perigoso na contramão de um discurso moralizante. Inspirando-nos em Nietzsche, a experiência do perigo é aqui entendida como um contramovimento, ou seja, todas aquelas experiências e experimentações que manifestam nossa vontade de potência à revelia dos mecanismos/sistemas/dispositivos opressores.

mais disponíveis. Assim, mesmo com o uso de um termo patologizante (disforia), provavelmente decorrente da circulação em espaços e sentidos hospitalocêntricos, situação também presente nas pesquisas de Berenice Bento (2006) e Rodrigo Borba (2016), a negociação com o próprio corpo encontra uma via possível em outras tecnologias.

Mas havia mais coisas que desejava para seu próprio corpo que não a compressão de uma faixa, desejava a ausência delas ou de blusas, a liberdade de ficar sem camisa, de ser um homem sem camisa. Apesar do incômodo e de desejar que seus seios caíssem de seu corpo com a gravidade, Ikaro* decidiu que esse pedaço humano preso em seu corpo não o impediria mais de fazer o que queria; os seios marcados em seu corpo não o impediriam de andar sem camisa, “sentir a brisa” e se afirmar homem: “Sou homem, um homem com seios”.

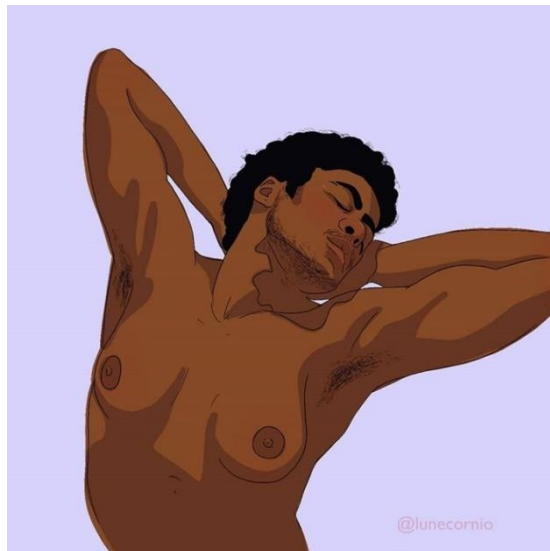


Figura 4: T r a n s Masculinidade s [sic].
Créditos: Lune Carvalho. Disponível em: @lunecornio.

Em sua ausência, os seios também não impediram que a Miss Trans/Travesti 2019 do Mato Grosso do Sul se afirmasse como mulher. Emocionada e convicta, ela sustenta que “não ter silicone não me faz menos mulher hoje” e a nota da organização do evento já dava o tom: ter à disposição silicone, plásticas e hormônios não é sinônimo de ser trans, pessoas cis também fazem uso. Todavia, a disponibilidade dessas tecnologias pode ser negociada e utilizada por cada sujeito para construir para si seu corpo, caso deseje.

Tal situação aparece também no documentário *Laerte-se* (BRUME, SILVA, Lygia 2017). Laerte, cartunista brasileira de 69 anos, que em 2010 se definiu como mulher trans, construiu para si sutiã-peitos em uma ciborguia, mas lamenta: “Quando chego em casa e tiro o

meu sutiã, meu peito vai junto, eu gostaria que ele ficasse” (OLIVEIRA, E.; MARTINS; NASCIMENTO, 2019, p. 119). Cabe dizer, no entanto, que “para além dos peitos, Laerte compreende que ser mulher é um desejo, um sentimento: o de se sentir mulher” (OLIVEIRA, E., MARTINS, NASCIMENTO, 2019, p. 119-120).

Uma situação muito similar à apresentada por Laerte aparece na entrevista com Anne Arcoíris: “Fui com minha namorada e a filha dela nadar, mas eu não tinha roupa de banho, então ela me emprestou um maiô. Me senti uma gata! A filha dela só falou ‘você tá de maiô’, e mais nada. O preconceito e receio tava todo na minha cabeça. Quando tirei o maiô para tomar banho depois de nadar, parecia que faltava algo: o bojo do maiô! Daí eu entendi o que ela me falou, que ser mulher tá na cabeça! Independentemente de maquiagem, eu durmo mulher, acordo mulher, eu sou mulher – uma mulher sem peito, mas eu vou corrigir isso. Mas, dependendo da roupa, tenho peito”.

Todavia, apesar de a fala da Miss se aproximar da nota do evento, bem como do documentário e do trecho da entrevista com Anne Arcoíris, durante a banca de qualificação Tiago Duque fez um questionamento pertinente sobre essa cena, tensionando como seria isso da porta do evento para fora: “Até onde vai mesmo essa fluidez?” Se considerarmos que as juradas não eram trans e que a plateia contestou o resultado, talvez possamos presumir que não muito longe.

Mas essas formas próprias de enxergar e construir um corpo são importantes processos de singularização, em que há a possibilidade de construção de referenciais próprios, viver seus processos e ler a própria situação, em um devir diferencial que recusa a subjetividade capitalística para produzir modos de subjetivação originais e singulares, sendo a criação sempre dissidente e *transindividual* (GUATTARI, ROLNIK, 2013).

Precisamos entender que, se no passado os modelos de masculinidade e feminilidade à disposição não levavam em conta o próprio corpo das pessoas trans, agora quanto mais elas vão conseguindo ocupar a sociedade, mais vão poder se espelhar em si mesmas para pensar seus próprios modelos de masculino e feminino, a forma como querem existir (MOIRA et al., 2017, p. 11).

Para Félix Guattari e Suely Rolnik (2013, p. 58), os novos movimentos sociais dependem disso: “Devem criar seus próprios modos de referência, suas próprias cartografias, devem inventar sua práxis de modo a fazer brechas no sistema de subjetividade dominante”, afirmando-se na posição singular ocupada e fazendo-a viver.

Do mesmo modo, para Michel Foucault (1999a, p. 147), “contra o dispositivo de sexualidade, o ponto de apoio do contra-ataque não deve ser o sexo-desejo, mas os corpos e os prazeres”, de modo que transformações realizadas na construção de corpos trans levam (mesmo que sem o saber) à transgressão das fronteiras de gênero, que, a partir de suas corporalidades, colocam em debate a naturalização das sexualidades e dos gêneros (PELÚCIO, 2004, apud SALES, LOPES, PERES, 2016). Assim, em resposta às subjetividades dominantes, produzidas também pelo dispositivo da (tran)sexualidade, passa-se pela (des)construção de corporalidades.

Ademais, inspiradas na proposta foucaultiana de dispositivo de sexualidade, Berenice Bento (2006) e Rodrigo Borba (2016) discutem criticamente o dispositivo da transexualidade, que atravessa os ambulatorios transexualizadores e “é alimentado pelas verdades socialmente estabelecidas para os gêneros” (BENTO, 2016, p. 23), baseando-se na racionalidade biomédica e na matriz de inteligibilidade de gênero, legitimando seu funcionamento pela suposição de que a fonte dos conflitos está na pessoa e seu corpo, não nas normas de gênero e na sociedade (BENTO, 2006; BORBA, 2016).

No dispositivo da transexualidade, nada é enunciação constatativa. Mais do que uma fábrica de corpos dimórficos, o hospital tenta reorganizar as subjetividades apropriadas para “um homem/uma mulher de verdade”. No hospital, realiza-se um trabalho de “asepsia de gênero”, retirando tudo que sugira ambiguidades e possa pôr em xeque um dos pilares fundantes das normas de gênero: o dimorfismo natural dos gêneros (BENTO, 2006, p. 67-68).

Mas, opondo-se ao frequente discurso de que “pessoas trans nasceram no corpo errado”, no dia 23 de março de 2020, em uma *live* de quarentena pelo covid-19, através da rede social Instagram, enquanto as pesquisadoras trans e negras Letícia Carolina Nascimento e Ana Flor Fernandes Rodrigues dialogavam sobre transfeminismos, Letícia afirmou: “Nasci no corpo certo, que me possibilita a construção do meu gênero, e isso independe de querer ou não cirurgia”.

A afirmação de que os/as transexuais odeiam seus corpos está baseada em tropos metonímicos. Toma-se a parte (as genitálias) pelo todo (o corpo). É como se a genitália fosse o corpo. Esse movimento de construir o argumento metonimicamente espelha a própria interpretação moderna para os corpos, em que o sexo define a verdade última dos sujeitos (BENTO, 2006, p. 182).

Eu não odeio meu corpo.
Eu não nasci no corpo errado.

Não me venha falar que ele é inadequado.
 Se eu mudo é para melhorar o que sinto
 que possa ser melhorado.
 Se eu mudo é porque mudança faz parte da vida
 e eu não quero me sentir parado.
 Cada forma.
 Cada traço.
 São todos pedaços
 de quem eu sou.
 Comecei só como um rabisco.
 Agora estou transcendendo o padrão fabricado.
 E ninguém tem nada com isso.
 E não tem nada de errado.
 Eu sou eterno rascunho da vida.
 Nunca vou ser terminado.
 (INVISÍVEIS PRODUÇÕES, 2017, p. 74).

Na construção de corpos dissidentes, a criação de um CsO nos parece particularmente potente ao produzir um processo de desterritorialização do corpo e do biológico. O CsO “não é de modo algum o contrário dos órgãos. Seus inimigos não são os órgãos. O inimigo é o organismo. O CsO não se opõe aos órgãos, mas a essa organização dos órgãos que se chama organismo” (DELEUZE, GUATTARI, 1996, p. 19). O organismo está relacionado à acumulação e sedimentação, com imposição de formas e funções, “uma territorialização arbitrária do corpo, que procura reduzir drasticamente as possibilidades de experimentação com esses órgãos” (MOMBAÇA, 2015, n.p.).

Aparenta haver então um paralelo entre a etnografia de Clastres (2007) e a ideia de Deleuze e Guattari (1996) de um corpo sem órgãos. Clastres investiga sociedades contra o Estado, portanto, não ter Estado não se apresenta como algo faltoso, mas como uma oposição a ele, firmando outros arranjos políticos.

De modo similar, a ferramenta conceitual de Deleuze e Guattari (1996) pensa um corpo que é sem órgãos não por uma situação faltosa, mas por uma oposição pessoal e política contra a organização dominante destes, contra o organismo, se esvaziando de significâncias e subjetivações hegemônicas: “é feito de tal maneira que ele só pode ser ocupado, povoado por intensidades. Somente as intensidades passam e circulam” (DELEUZE; GUATTARI, 1996, p. 12).

Pessoas trans continuamente questionam o organismo, a organização generificada dos órgãos, a diferenciação sexual a partir de pedaços humanos e seus arranjos sedimentarizados. Com isso, na construção de seus corpos e em suas vivências, mesmo nas mais cotidianas, “pouco importa a anatomia da genitália, e sim forjar para si uma materialidade desejante, um corpo protético” (OLIVEIRA, E.; MARTINS; NASCIMENTO, 2019, p. 119).

Para Deleuze e Guattari (1996, p. 9), “o CsO já está a caminho desde que o corpo se cansou dos órgãos e quer licenciá-los, ou antes, os perde”, situação relatada por Ikaro*, com o desejo que os seios caíssem do corpo com a gravidade, que fossem “perdidos”. Sobre CsO, os órgãos são distribuídos independentemente da forma do organismo, então “perdem toda constância, quer se trate de sua localização ou de sua função (...) órgãos sexuais aparecem por todo o lado” (BURROUGHS, s.d., p. 21, apud DELEUZE, GUATTARI, 1996, p. 13).

Nesse sentido, e por considerar que a nomenclatura “órgãos sexuais” está atrelada a uma sofisticada tecnologia que prescreve o contexto de significação dos órgãos, a uma “tecnologia de dominação heterossocial que reduz o corpo a zonas erógenas em função da distribuição assimétrica do poder entre os gêneros (feminino/masculino), fazendo coincidir certos afetos com determinados órgãos” (PRECIADO, 2019, p. 414), a partir de experiências transviadas é possível pensarmos uma outra configuração: já não “órgãos sexuais” (binários, sexistas, heteronormativos...) mas “órgãos do prazer”.

A ideia de órgãos do prazer é aberta a múltiplos sentidos e experimentações e, ao substituir a nomenclatura hegemônica “órgãos sexuais”, abre o corpo a conexões múltiplas, em que o prazer não fica restrito a um órgão ou outro, determinado pelo organismo e pela ciência – qualquer pedaço humano que lhe afete e gere a sensação de prazer pode ser um órgão do prazer. Ou ainda, na proposta de Amara Moira (2018, p. 138), “vontade de pôr o corpo todo a produzir prazer, o corpo um órgão [do prazer] gigante”.

Por essa via, pode-se experimentar o CsO ao esvaziar-se desses significantes dominantes e preencher a si mesma com afetos e prazeres, desarticulando, ou ainda realizando articulações múltiplas, no qual os órgãos só aparecem e funcionam como intensidades puras, como um campo de imanência do desejo (DELEUZE, GUATTARI, 1996) – “alguém que conseguiu finalmente, ter acesso a si próprio é, para si, um objeto de prazer” (FOUCAULT, 1985, p.70).

Com isso, há a possibilidade de firmação de um contrato contrassexual, no qual “os corpos se reconhecem a si mesmos não como homens ou mulheres, e sim como corpos falantes, e reconhecem os outros corpos como falantes” (PRECIADO, 2019, p. 411), sendo uma teoria do corpo situada fora das oposições homem/mulher, masculino/feminino, heterossexualidade/homossexualidade.

Consideramos que esse contrato necessita ser continuamente firmado, a exemplo do que foi relatado na conversa 2, em que, apesar de inserções nas discussões sobre gêneros e dissidências, apesar das inúmeras amigas que não se adequam ao padrão cisheteronormativo, e apesar da leitura de textos de autores como Paul Preciado, não estamos isentas de deslizar na

matriz de inteligibilidade normativa, de confundir-nos com corpos, de tentar encaixá-los em uma grade binária que não lhes satisfaz.

As experiências travestis e trans (sim, é necessário cada vez mais pluralizá-las) propõem, por meio de seus discursos e corpos, que é necessário continuamente afirmarmo-nos nessa posição político-pessoal-teórica, nessas dimensões tão imbricadas entre si. A experiência que Jamie* faz com os serviços médicos, por meio do acompanhamento hormonoterápico, de assimilação e incorporação de hormônios externos em seu corpo, aproxima-se de uma

Homeopatia política de gênero. Não se trata de passar de mulher para homem ou de homem para mulher, mas de contaminar as bases moleculares da produção da diferença sexual, entendendo que estes dois estados do ser, homem e mulher, existem apenas como “ficções políticas”, como efeitos somáticos dos processos técnicos de normatização. Trata-se de uma questão de intervenção intencional neste processo de produção a fim de acabar com as formas viáveis de incorporação de gênero, de produzir uma nova plataforma sexual e afetiva que não é masculina nem feminina no sentido farmacopornográfico do termo (PRECIADO, 2018, p. 153).



Figura 5: H o r m o n i z a ç ã o [sic].
Créditos: Lune Carvalho. Disponível em: @lunecornio.

Para Paul Preciado (2018), a aplicação de hormônios sem o desejo e projeto de transitar de uma ficção de sexo para outra, como experimentado pelo próprio autor e por

Jamie*, seria nada além de um devir molecular. E acrescentamos: nesse linhamento, há também a possibilidade de experimentações de CsO e de um contrato contrassexual.

Sendo essa construção corporal incessante, uma experiência de eterna tecnologia de produção, por vezes o corpo apresenta-se como incompleto, não porque lhe falte algo, mas por estar constantemente em construção e mutação, confrontando-se com o instável, precário, incerto, não-predeterminado, contornos ambíguos, um corpo inconcluso, em movimento (LAURETIS, 1994, apud OLIVEIRA, E.; MARTINS; NASCIMENTO, 2019).

Corpos inconclusos, desfeitos e refeitos, arquivos vivos de histórias de exclusão. Corpos que embaralham as fronteiras entre o natural e o artificial, entre o real e o fictício, e que denunciam, implícita ou explicitamente, que as normas de gênero não conseguem um consenso absoluto na vida social (BENTO, 2006, p. 19-20).

Nesse movimento, em que nem tudo é o que parece, enquanto o aparato biomédico, a partir do dispositivo vontade de verdade, vê na “casca” uma verdade ontológica dos sujeitos, ao mesmo tempo que busca acessá-la incansavelmente, as experiências transviadas falam e performam uma casca enquanto prótese de si. Próteses estas nunca prontas, nunca acabadas, em constante fazer-se e refazer-se, constituem-se como dinâmicas, poéticas e criativas formas de experimentação, desejo e autodeterminação, em uma “*poesia de gênero*, abrindo porosidades das membranas liminares entre corpo e sensibilidade. As escritas de gênero ocupando os territórios movediços da literatura expandida...” (LUSTOSA, 2016, p. 397, *itálico da autora*).

Literatura do corpo

Picumã,
cílios de garota,
prótese, eu quero prótese,
neca,
Pirelli,
edi,
e unha de boneca.
Corpo de pajubá,
travestilidade comunica,
travestilidade comunista.
(INVISÍVEIS PRODUÇÕES, 2017, p. 49, sic).

A breve cartografia que fizemos desses movimentos mostra que a aproximação do saber médico dá-se inicialmente pela via de normalização, buscando a adequação de corpos e

sujeitos a um padrão cisheteronormativo imposto. Alguns linhamentos mostraram a coerção que sofriam para adequar seus corpos em grades de inteligibilidades binárias, em especial os procedimentos cirúrgicos pelos quais passaram Gabriela* e Henrique* e em partes da entrevista realizada no ambulatório transexualizador, a exemplo do caso do homem trans que tinha sua autorização de si enquanto homem dependente dos resultados de tecnologias médicas.

Posteriormente, a prática médica (já não tão presa à hegemonia do saber médico como nas situações anteriores) é apresentada como apenas mais uma das tecnologias disponíveis para a construção do corpo trans, juntamente com outras tecnologias que se afastam da medicina, como os casos de autoaplicação hormonal, uso de silicones industriais, autoafirmação independente de uma estética corporal imposta, uso de faixas e bojos e até a construção de um corpo sem órgãos que funcione dentro de um contrato contrassexual, como apresentado nas imagens-cena 3 e 4, nas conversas 1 e 2 e também em alguns trechos da entrevista, como a ideia de que a ajuda médica serviria apenas para auxiliar na adequação do corpo ao formato em que a pessoa se sinta feliz.

Desse modo, esperamos ter evidenciado ao longo do capítulo que, mais do que analisar as tecnologias ofertadas pela hegemonia médica, é importante que não percamos de vista os múltiplos arranjos micropolíticos traçados pelas travestis e transexuais em suas próprias biocartografias, cartografias em que escrevem com órgãos do prazer, pedaços humanos diversos e mesmo com as tripas, como propõe Gloria Anzaldúa (2000).

Há de se pensar como estas dispõem e negociam com pedaços humanos, tecnologias inúmeras (e não apenas tecnologias médicas ou farmacológicas), redes de afeto e saúde para construir, a seu modo, um corpo sem órgãos, poético e ciborgue, que questiona e se extravia dos regimes normativos.

CAPÍTULO 3: “SAÚDE É ESTAR BEM COMIGO MESMA, SABER COM QUEM EU ANDO”: AFETOS, SOBREVIVÊNCIAS E SAÚDES TRANSVIADAS

Nos capítulos anteriores buscamos explicitar os dilemas e complexidades que cercam as incursões de travestis e mulheres trans no campo da saúde, seja por meio do foco único nas ISTs, negligenciando outras demandas, seja pelo não reconhecimento do nome social em suas jornadas por aqueles espaços que deveriam produzir saúde, ou ainda pelos dilemas em torno do dispositivo transexualizador.

Neste terceiro capítulo, compartilhamos da emblemática frase de Adriana Sales que trazemos no título (“nós não somos só saúde e doença, nós somos muito mais”), e, assim, da ideia de que “para diversas [...] pessoas trans, a transexualidade não se resume só a doença e sofrimento. A descoberta da possibilidade de existir nesse mundo de outra maneira, ainda que capturante, de morte, é também de produção de vida” (NEVES, 2015, p. 79). Nosso desejo é o de trazer para a primeira cena as concepções de saúde elaboradas por travestis e mulheres trans expressas nos eventos e diálogos que tivemos em Campo Grande e que, no geral, acabam por escapar da noção biomédica e asséptica de saúde.

Tal investida se aproxima da proposta elaborada por Sônia Maluf (2015) frente à biolegitimidade: de evocar uma sócio-lógica para falar sobre aflições, expandindo a percepção e discursos acerca da doença e do sofrimento para além das práticas e discursos hegemônicos, incorporando as dimensões sociais e políticas da experiência vivida, “um entendimento baseado na circunstancialidade e na historicidade da experiência, para além e fora da ontologização biomédica da pessoa” (MALUF, 2015, p. 341, tradução livre).

É importante, no entanto, notar que não estou aderindo a uma abordagem sociológica redutora ao identificar a condição social como causa de suas aflições. Por um modelo ou perspectiva sócio-lógica, estou me referindo exclusivamente a conhecimentos mencionados nas declarações e narrativas das mulheres e ao reconhecimento desses conhecimentos como legítimos, e às vezes em contraste com o conhecimento científico biomédico. Esse reconhecimento não é feito pelo Estado, e pelas políticas públicas de saúde. Não é só a experiência dessas mulheres que não é reconhecida pelas políticas públicas, mas suas epistemologias, ou seja, seus modos de conhecimento, percepção da experiência e do mundo (MALUF, 2015, p. 341, tradução livre).

As concepções transviadas de saúde que conseguimos cartografar por meio da etnografia e de entrevistas partem de suas relações amorosas e de afeto (família, amigas,

amigos, ficantes, namoradas, namorados, companheiras, companheiros, dentre outros/as), da alimentação, do trabalho e/ou as oportunidades de empregabilidade, bem como do movimento social e ativismo – aspectos que as práticas de/em saúde geralmente desconsideram, mas cuja importância e centralidade são fundamentais para a compreensão de um jeito transviado de produzir e se relacionar com a saúde.

Assim, diferente da proposta do primeiro e do segundo capítulo, que tensionavam os discursos de/em saúde com os relatos de travestis e mulheres trans, e que, para tanto, fazia-se necessária uma discussão prévia sobre saberes hegemônicos, neste terceiro capítulo a proposta é partirmos do que elas retratam como importante, de modo que o que propomos é que os subcapítulos aqui inseridos iniciem-se com as falas delas, retiradas diretamente dos diários de campo, transcrições de áudio das entrevistas e de textos e conversas por elas escritos em redes sociais³⁷.

Cabe dizer que, na realização das entrevistas, com a intencionalidade de ouvir o que as entrevistadas consideravam importante, esta não era iniciada com perguntas, mas com escuta, atitude ético-política necessária frente ao silenciamento produzido pelo dispositivo “panóptico-inquiridor” que por vezes norteia nossa escrita academicista. Sabedoras de que elas tinham muito a dizer, estaríamos nós despretensiosamente disponíveis para escutá-las?

Para produzir tal escuta, orientamo-nos por uma ética pajubariana, que nos convoca a falar sobre as margens, visibilizando agenciamentos da violência e admitindo intelectualidades das pistas, sites e pensões, cavando assim outras hipóteses e mudando a forma de fazer perguntas (FAVERO, 2020). Assim, as entrevistas tiveram seus percursos traçados a partir do relato das próprias entrevistadas, afinal, nesta pesquisa estas possuem o papel de coorientadoras.

Após a escuta inicial, havia apenas uma pergunta pronta (outras eram elaboradas a partir dos relatos): “O que é saúde para você?”. É interessante que uma das entrevistadas devolveu a pergunta: “Saúde pessoal ou geral, de hospitais e etc.?”, o que denota que há, para ela, uma multiplicidade de saúdes que não se esgotam no regime hegemônico-hospitalar. “A pergunta é aberta, o que você quiser responder”, eu disse, e então, a partir desta abertura, apesar dos rápidos comentários sobre algumas dificuldades de acesso à saúde hospitalar

³⁷ Apesar desses relatos serem datados, sua apresentação não seguirá necessariamente uma ordem cronológica. Deixando-se a lógica de *cronos* de lado, priorizaremos uma organização pautada em uma lógica do sentido, agrupando falas com temáticas similares.

(questões abordadas nos capítulos anteriores), debruçamo-nos sobre suas concepções e sentidos de saúde que deliberadamente extraviam-se dos ditames hospitalocêntricos.

3.1. “Pra ser puta precisa ter talento”: a noite, a rua e outros sustentos

Dia 23 de dezembro de 2019, entrevista em uma casa de travestis e mulheres trans que trabalham com prostituição em um bairro periférico na cidade de Campo Grande, onde o asfalto ainda não chegou. A casa era grande e tinha chão de concreto. Um homem cis, negro e muito jovem guia o caminho do portão da casa, passando por um corredor com várias portas fechadas e, no meio, três mulheres trans ajudando outra (sentada em uma cadeira de plástico) a alisar seu cabelo, para um espaço repleto de plantas suspensas que lembravam um manguezal.

O menino vai até a porta que dá do “mangue” para a cozinha e conversa com Bruna*, uma travesti negra que trabalha na casa: “Avisa a Dona Ully*³⁸ que a menina já chegou”. Bruna*, ainda segurando o rodo que usava para limpar a cozinha, vai até a divisória entre a cozinha e a sala e grita: “Velha, tem visita pra você”. Vira e dá um sorriso largo.

Enquanto aguardava Ully*, Karen*, que é mulher trans, branca, recém-chegada a Campo Grande e que estava sentada em um banco de madeira no “mangue”, pergunta:

Karen*: É você a menina da Associação?

Pesquisadora: Associação? Não sei... Qual Associação?

Karen*: A das travestis.

Pesquisadora: Ah, a ATMS? Eu não sou da ATMS, mas sou amiga da Cris, que é da ATMS.

Karen*: Mas não era você que vinha aqui falar com a gente hoje?

Pesquisadora: Sim, eu vim aqui conversar com vocês.

Karen*: Então! Você é sim a menina da Associação.

Analisando esse diálogo inicial a partir da proposta de Sofia Favero (2020, p. 6), de que “não é o suficiente dizer quem se é ou de onde se fala. É necessário que esse dado consiga ser articulado com o processo metodológico da pesquisa”, entendemos na análise posterior da entrevista que: o fato de ter sido apresentada a Ully* (dona da casa) por intermédio de Cris Stefanny (fundadora da ATMS) e então ter sido referenciada para as meninas que trabalham

³⁸ Diferentemente dos outros pseudônimos que foram escolhidos seguindo uma ordem alfabética, o pseudônimo de Ully* foi escolhido a partir de seu significado: “poderosa”, “aquela que prospera”, “determinada”.

na casa como “a menina da associação das travestis”, nos possibilitou que a entrevista carregasse em si uma conotação diferente do que se a pesquisadora chegasse ao “mangue” apenas como “mais uma garota cis branca querendo fazer uma pesquisa”.

Com tal análise não temos a ingenuidade de pensar que aquele corpo cisgênero não fosse ali demarcado como diferente, mas de, seguindo a indicação que o professor Tiago Duque fizera na banca de qualificação, apontar como, a partir de diferentes inserções, nossa pesquisa foi acolhida de modo diferente do que normalmente ocorre com outras pesquisadoras cis no campo dos estudos trans em Campo Grande.

Ully*, uma mulher trans de aproximadamente 40 anos e que parece boliviana, é mais do que a dona da casa. Bruna* a considera como mãe e conta que aos 12 anos fugiu de casa, depois de sua mãe biológica “puxar um facão” para ela por ser praticante do Candomblé. Passou então a virar-se sozinha, começou a trabalhar na prostituição e afirma que foi acolhida na casa, sendo muito grata à Ully*. Com relação a esses vínculos afetivos estabelecidos entre travestis e transexuais que trabalham com prostituição e seus impactos nos processos de hierarquização, Haydeé Schuster (2019) nos diz que:

Também será mais valorizada se morar em uma das pensões das travestis mais velhas, que acolhem e recebem essas bichas logo que se assumem, quando são expulsas de casa ou saem por conta própria para prostituir-se [...]. Por conta disso, além de bichas, travestis e travestis tops, a hierarquia também inclui o símbolo máximo e ascensão: ser dona da pensão onde as travestis moram e administrar os pontos. As donas de pensão do Zero são figuras conhecidas por serem as primeiras a se prostituir na região e abrir espaço dos pontos para travestis. São elas que ocupam o lugar de reconhecimento e, por isso, insinuar que a dona da pensão é uma cafetina ou agenciadora pode gerar grandes conflitos (SCHUSTER, 2019, p. 100, grifos nossos).

Ully* vem então até o “mangue”, nos cumprimentamos com um beijo na bochecha e ela convida a sentar nos bancos de madeira. Por ser a dona da casa, é a primeira a ser entrevistada. Reproduzimos a seguir um trecho da entrevista:

Ully*: Aqui em casa nós somos um grupo de meninas. Nós trabalhamos, assim, na noite, nós temos site, todo mundo hoje em dia tem site. E eu vim do tempo que era tudo bruto, né, na raça, que tinha que ser na guerra mesmo, brutal. Então já teve muita violência, mas hoje em dia já tá tudo tranquilo. Mas eu já passei por muita violência, por cadeia, minha vida é assim. Hoje em dia, graças a Deus e à Cris [Stefanny], que veio, né, socializar todos nós (agradeço muito à paz da Cris), então nós estamos todas bem, tudo bem, é, de saúde, de tudo, mas tem

muitas histórias que já foi: briga com polícia, briga com vagabundo, já fui atirada, já fui esfaqueada, também já fiz tudo... Enfim, à noite rola tudo, rola droga, rola violência, rola tudo. Isso é assim, um pedaço da minha história. [...] Hoje em dia já tá todo mundo civilizado, já aceita, mas graças ao trabalho aqui em Campo Grande da Cris... E o mundo inteiro tá assim, sempre tem uma que representa, igual tá você aqui, né, procurando harmonizar, socializar mais a gente, e a gente só tem que agradecer. [...] Mas a rua é rua, né, então a luta continua, sabe, mas a saúde, assim, no começo todo mundo assusta, hoje em dia já tá também, né, todas que têm [HIV], têm, mas tratando; eu não conheço ninguém que é rebelde em relação à saúde [grifos nossos].

Pesquisadora: O que que é saúde para a senhora?

Ully*: Ah, saúde é, em geral, né, é ter um bom alimento pra manter em pé, alimento não é só arroz e feijão, é tudo que tem direito, e como eu tive um AVC, né, a pressão veio com tudo, mas hoje em dia já tá normal, né, com tratamento... Fiz terapia na APAE, fiz terapia... E todas são assim, todas se previne, que hoje em dia tudo é se prevenir, né? [grifos nossos].

A narrativa de Ully* inicia com um relato de um período anterior, de um tempo bruto e de violências rotineiras que eram sentidas na pele, “atirada” e esfaqueada. Esmael Oliveira e Joalisson Araujo (2020) atestam que são inúmeras as violências a que está submetida cotidianamente a população LGBT, de modo geral, e travesti e trans, em particular, e o quanto tais violências são deliberadamente dirigidas para partes específicas de seus corpos. Segundo os autores, tais violências estão revestidas de uma dimensão simbólica que não pode ser facilmente desconsiderada.

Primeiro não é possível ignoramos o grau de violência que é orientado contra os corpos considerados ininteligíveis: são inúmeras perfurações, golpes, pedradas. Segundo, são atos em partes do corpo que demonstram que as vítimas não tiveram condições de defesa (no geral nas costas). Terceiro, são agressões desferidas em regiões do corpo que são simbolicamente constituintes de nossa “humanização”: a face, o rosto (OLIVEIRA, E; ARAUJO, 2020, p. 302).

Na experiência de Ully*, a passagem desse período brutal para o atual momento, em que, na sua perspectiva, está “tudo bem, (...) de saúde, de tudo”, há importantes contribuições do movimento social, personificado na imagem da militante Cris Stefanny, de modo que a militância, somada a uma socialização, foram para Ully* produtoras de saúde, também vinculada à diminuição de violências contra seu corpo.

Todavia, apesar de considerarmos relevantes as narrativas de Ully*, alertamos que tal relato não deve ser tomado como autoevidência de extinção de violências transfóbicas no Mato Grosso do Sul. Ao contrário, há também de se considerar a posição privilegiada que Ully* adquiriu enquanto dona da casa. Cabe dizer que pesquisas apontam um aumento de 39% de casos de assassinatos de pessoas trans durante a pandemia por covid-19 (BENEVIDES; NOGUEIRA, 2020, apud NASCIMENTO, 2020).

A narrativa de Ully* segue: “Mas a saúde, assim, no começo todo mundo assusta, hoje em dia já tá também, né, todas que têm, têm, mas tratando. Eu não conheço ninguém que é rebelde em relação à saúde”. Esse dado tensiona com falas de outras travestis que participaram da pesquisa de Larissa Pelúcio (2011), em que fica evidente uma questão de ordem geracional, prevalecendo um complexo jogo de acusações entre gerações diferentes (no caso, entre as “experientes” e as “novinhas”). Assim, diferentemente do que aparece na pesquisa de Pelúcio, Ully*, que convive tanto com travestis de sua geração quanto mais novas, que trabalham em sua casa, afirma enfaticamente que “eu não conheço ninguém que é rebelde em relação à saúde”.

A perspectiva de Ully* atribui importância à prevenção, afirmando que “todas são assim, todas se previne, que hoje em dia tudo é se prevenir, né?”, sendo que uma das motivações expressas para o acesso à Unidade Básica de Saúde (UBS) perto da casa é para ter acesso a preservativos e medir sua pressão e glicose.

Quando questionada sobre o que é saúde, Ully* afirma que, em sua concepção, a saúde está relacionada à alimentação: “Saúde é, em geral, né, é ter um bom alimento pra manter em pé. Alimento não é só arroz e feijão, é tudo que tem direito”, acrescentando que já teve acidente vascular cerebral (AVC), com pressão alta e histórico de uso de drogas, e que, por isso, precisa se alimentar bem.

Consideramos essa fala bem emblemática, pois, ao afirmar que sua concepção de saúde está atrelada a ter acesso a um bom alimento e que esse “alimento não é só arroz e feijão, é tudo que tem direito”, podemos interpretar de diferentes formas, de modo que “arroz e feijão” podem significar literalmente arroz e feijão, mas também podem se referir a um jeito brasileiro de dizer que algo é básico. Tomando por esse sentido, a saúde para Ully* não está no simples acesso ao básico, mas a tudo a que ela tem direito.

Ademais, sua fala denota também um entendimento daquilo que é necessário para se “manter em pé”. A saúde não estaria restrita a uma simples ingestão de alimentos, mas seria aquilo que fornece as condições necessárias para que se tenha capacidade de enfrentar as dificuldades da vida (um permanecer em pé), construindo para si uma concepção encarnada

de saúde. A vida/saúde aqui aparece como algo a ser conquistado a cada dia, pois, pertencendo a um universo marcado pela imprevisibilidade (dadas as situações de violência), também se pode “cair”.

Sobre a afirmação acerca de seu histórico de AVC, na entrevista que apresentamos no segundo capítulo, a médica, ao ser questionada sobre comorbidades frequentes entre a população atendida, afirma que há uma predominância de casos de hipertensão entre as pessoas trans com mais de 40 anos e que, de modo geral, há também muito tabagismo e uso de outras drogas, que, de acordo com ela, precisam ser discutidos, pois aumentam os riscos da hormonioterapia, questões estas normalmente invisibilizadas.

Mas, apesar dos riscos apontados, consideramos que não se deve desprezar as duras condições sociais em que vive boa parte das travestis, pois isso pode resultar facilmente num processo de responsabilização face aos seus processos de adoecimento. Muito embora o campo da saúde coletiva tenha cada vez mais ampliado o debate em torno dos “determinantes sociais”, observamos que muitas profissionais da saúde permanecem alheias ou pouco implicadas no debate.

Enquanto Ulyly* terminava de responder às indagações acerca da disponibilidade de acesso aos serviços de saúde, Bruna* comentou que, quando precisou ir à Santa Casa para atendimento médico, foi bem recebida, sendo chamada por seu nome social. Quando questionada sobre qual demanda a levou para ao hospital, responde que foi vítima de violência, mas que não queria conversar sobre isso.

O modo como se iniciou a entrevista com Bruna* nos remete a um posterior debate, que ocorreu em agosto de 2020, durante o I Congresso Online de Resistência LGBTI+. Em um dos grupos de trabalho, Lana Larrá, que é travesti negra e ativista, pede para comentar o trabalho recém-apresentado acerca de mulheres trans no cárcere. Emocionada, ela diz: “Quando você for fazer uma pesquisa assim, te peço para ter muito cuidado com o que pergunta, porque elas já sofreram demais, violências”.

Assim, insistir para que Bruna* comentasse sobre a violência que sofrera não levaria a nada além de mais violência (agora a epistemológica) e sofrimento. Para tanto, a atitude tomada foi de questioná-la sobre o que ela gostaria de conversar. Ela afirma então que “saúde é se cuidar, alimentos, cuidar da vida, ser vaidosa, e prevenção em primeiro lugar, dos vários tipos de doença”, estabelecendo uma ligação entre saúde e vaidade/beleza ou cuidado de si, também presente nos resultados da pesquisa de Larissa Pelúcio (2011).

A relação entre saúde e cuidado de si também é investigada por Michel Foucault (1985; 2004), que remonta às tecnologias de si, as quais permitem aos indivíduos efetuar

operações em seus próprios corpos, almas, pensamentos, conduta e modo de ser, de modo a transformá-los para alcançar felicidade, pureza, sabedoria, perfeição ou imortalidade, tecnologias estas que estão relacionadas às práticas gregas de cuidado e conhecimento de si, que fundamentam a necessidade e organizam as práticas da cultura de si.

Ainda no início de sua entrevista, Bruna* conta que está com vergonha e não sabe o que falar, e pergunta: “Essa reportagem que você tá fazendo, você vai cortar algumas partes, né?” Foi apenas após explicar melhor sobre o que era a pesquisa, que não era uma reportagem, e que estava ali para ouvir e aprender com elas, que ela se sentiu mais à vontade em participar; a timidez deu espaço ao carisma e riso fácil.

Bruna*: Ai, que bom. E você sabe o que é aqué/acué?

Pesquisadora: Aqué? Ai, pera, eu lembro aquendar a neca³⁹.

Bruna*: Não, aqué é dinheiro, tipo “ah, cê tem aqué?”. É linguajar da gente, você tem que aprender.

Pesquisadora: Eu sei algumas coisas do pajubá, porque eu tenho amigas travestis, trans e não-binárias, então eu sei algumas coisas, mas tem outras coisas que eu fico muito perdida.

Bruna*: Mas tem que aprender, já que você quer estudar aqui com as trans, tem que falar iorubá. Aí, convivendo e aprendendo.

É interessante o caminho que Bruna* traçou para falar de si, de seu universo, de seu mundo, ensinando “pajubá, língua com sabor de rua e som de mistério, forjada no iorubá das religiões de matriz africana, umbanda, candomblé, únicas a, por décadas e décadas, aceitarem gente feito nós, feita à revelia das regras” (INVISÍVEIS PRODUÇÕES, 2017).

Nós, trans, estamos montando uma linguagem que nos caiba, que consiga dar conta de nossas vidas, de nossas emoções; uma linguagem outra que possa tensionar os borrões que a cisgeneridade insiste em trazer para nossas perspectivas. [...] Quero acreditar na produção de um mundo linguístico que cuide de nossos testemunhos, que nos complexifique e que boicote um mundo-cis que consome carne travesti todo dia (ARARUNA, 2018, p. 136).

Ademais, trata-se literalmente de um convite para um “ser afetada” (FAVRET-SAADA, 2005). Se desejamos conhecer seu mundo, sua visão de mundo, é preciso estar familiarizadas com seus códigos de significação. É importante dizer como o pajubá, principalmente entre as travestis, se apresenta como um código de comunicação intersubjetiva

³⁹ Técnica utilizada para esconder o pênis (neca), é também chamada de *tucking*.

que ultrapassa o mero uso/sentido estético (LIMA, 2017). Antes, trata-se de um código de sobrevivência para aquelas que cotidianamente estão expostas aos perigos das “zonas de batalha” (BENEDETTI, 2005). De acordo com Lima, “para apagar as palavras. Desbotar os sentidos. Rasurar a semântica. E sambar nenada na cara da sociedade. Para isso é que serve o pajubá” (LIMA, 2017, p. 156).

Não por acaso, Bruna, após a chegada de um cliente que se sentou no “mange” para aguardar a profissional contratada e que me perguntava se eu era psicóloga, me interrompe e pergunta:

Bruna*: E diag? Você sabe o que é?

Pesquisadora: Não... O que significa?

Bruna*: É quando é para fazer silêncio, parar de falar, disfarçar.

Tais situações, somadas à maior abertura que Bruna* apresentou depois de ouvir que a entrevistadora estava ali para aprender com ela, bem como ter afirmado, ao final, que para entrevistá-las bastava ir lá, sentar com elas e conversar enquanto elas fumavam, convidando a pesquisadora a retornar outro dia, mas negando a proposta de acompanhá-la na rua (“não, na rua não, porque lá é perigoso, não é lugar pra você”), denotam não apenas a postura de coorientadora assumida por Bruna*, mas também o reconhecimento da entrevistadora como aliada (provavelmente reforçada pela ideia de que esta era “a menina da associação das travestis”), mesmo que reconhecida como diferente, apresentando suas estratégias linguísticas e cuidados afetuosos.

Foi também por meio do pajubá que Bruna* contou sua relação com otim (bebida alcoólica), bebendo todos os dias. “Senão parece que não sou eu, parece que não é bixa, não fica animada, então precisa descer uma cachacinha”. Além do álcool, Bruna* também faz uso diário de maconha e cocaína e se considera baladeira. Sobre o uso rotineiro de álcool e outras drogas na prostituição, Luísa Marilac e Nana Queiroz (2019) contam:

Eu, que gostava de beber apenas socialmente, havia me visto obrigada a ingerir álcool e drogas todos os dias para suportar o peso daquela vida – praticamente acabei com minha saúde fazendo isso. E eu que queria viver mais, queria viver muito. Se continuasse naquele ritmo, sabia que ia morrer. Se tantas travestis morrem antes de completar 35 anos, não é só por espancamentos e facadas, é também porque essa vida cobra o preço (MARILAC, QUEIROZ, 2019, p. 170).

É também a partir da relação com as drogas que Luana* inicia sua entrevista. Mulher trans branca que também trabalha na casa, ela conta que no começo tinha medo de vir para Campo Grande, mudando-se para cá a convite de Bruna*. “Aí aqui a gente conhece tudo, né, a gente conhece a rua, conhece as drogas, conhece tudo, as máfias, as coisas, [...] fiquei perdidíssima no pó”. Depois de se perder na cocaína, Luana* aceitou o convite de uma amiga e viajou para vários lugares, para sair um pouco de Campo Grande.

Ully* interrompe sua fala: “Mas conta o porquê da droga. É que nunca tinha visto um menino branco, daí chegou aqui se apaixonou”. E Luana* conta: É, porque eu me apaixonei por um menino... E ele destruiu a minha vida, né, acabou comigo. Eu pensava que ele me queria, que ele gostava de mim, mas na verdade ele só queria arrancar o que eu tinha. Aí eu acordei pra realidade, né? Daí a gente se cuida. Aprendi a me amar, a gostar de mim, aprendi a me valorizar, aí eu vi que eu era bonita, que eu tinha que investir em mim, daí viajei de cidade em cidade juntando dinheiro, botei meu peito.

Quando, mais ao final da entrevista, retomamos sua história de desilusão amorosa, Luana* conta: “Eu me iludi por ele, tratava ele como um príncipe, dava tudo que ele queria, e só fui me acabando, me esqueci de mim, daí eu descobri que ele tava me traindo”. Quando questionada sobre como fez para superar tal situação, conta: “Foi um aprendizado que eu tive, né? A gente tem que estar com uma pessoa que gosta da gente do jeito que a gente gosta dela, eu acho”. Apesar disso, no momento não quer outro relacionamento: “Tô num momento muito meu, tô numa fase boa da minha vida, me cuidando”.

A desilusão amorosa de Luana* nos remete à história de Luísa Marilac e Mário. Depois de ter sido vítima de tráfico sexual para a Europa, Luísa conhece Mário em Roma e se apaixona perdidamente, considerando-o até hoje o amor de sua vida. Naquele período, por influência papal, a polícia dificultava a prostituição em Roma, então Luísa decide ir para a Espanha, juntar dinheiro com a prostituição para se casar com Mário. Assim que consegue 15 mil euros, envia-lhe a quantia antes de embarcar de volta para Roma. Mas, ao chegar, descobre que ele havia fugido com seu dinheiro. “O mais cruel dos cafetões. Porque eu deixaria que levasse mais se ficasse mais alguns dias. Só mais alguns dias” (MARILAC, QUEIROZ, 2019, p. 166).

Casos de relações (des)amorosas são frequentes na vida de travestis e mulheres trans, a ponto de Amara Moira (2018, p. 175) afirmar que “não é fácil ser travesti em ponto algum, mas talvez ainda mais no amor e ainda mais se você só gostar de homem cis”. Apesar de tais relações de (des)afeto e (des)amor serem a temática central do próximo subcapítulo, consideramos importante enfatizar como nas histórias de Luana* e Luísa Marilac tais relações

são complexificadas com a exploração econômica, em que a prostituição desempenha um papel significativo, ao que os homens em questão assumiram o papel que Marilac e Queiroz (2019, p. 166) apontam como “o mais cruel dos cafetões”.

Cabe dizer que, apesar de sentir-se destruída, Luísa Marilac deu a volta por cima, dizendo para si mesma: “Emocionalmente, não estou bem. Mas tenho estrutura para sacudir a poeira. Não preciso mais chamar a morte” (MARILAC, QUEIROZ, 2019, p. 167). Teve uma epifania de esperança e decidiu conhecer a piscina do prédio. Bebendo na piscina, desejou que Mário a visse naquele momento, dando a volta por cima. Foi então que gravou seu icônico vídeo⁴⁰ que a tornou famosa e de onde surgiu o bordão: “E teve boatos que eu ainda estava na pior. Se isso é estar na pior, PORRAM! O que quer dizer tá bem, né?” (MARILAC, QUEIROZ, 2019, p. 168).

Assim como Luísa Marilac, Luana* também deu a volta por cima e conta: “Hoje em dia eu não me drogo mais, tô muito feliz pelas minhas metas que alcancei até hoje e quero alcançar muito mais, vai vir muitas muitas conquistas”. Ao ser questionada sobre quais metas possui no momento, responde: “Comprar uma casa pra minha mãe, um carro pra mim e deixar minha mãe mais estabilizada, né?”.

Pesquisadora: E como é a relação com a sua mãe?

Luana*: Maravilhosa, me ama, minha família inteira me adora, me aceita numa boa, não tem preconceito nenhum, só do meu tio, um pouquinho, mas hoje em dia ele até pediu desculpa. E pronto, é isso.

Pesquisadora: E o que é saúde pra você?

Luana*: Saúde é a gente comer bem, né, a gente se alimentar bem, se cuidar, e tem que tomar bastante líquido.

Pesquisadora: Então pra você ter saúde tem que se alimentar bem?

Luana*: Isso, e a gente tem que estar bem com a gente, né?

Cabe dizer que, assim como para Ully*, Bruna* e Luana*, a alimentação também é apontada como fator de saúde por Kim, que, em sua entrevista, realizada por videochamada em julho de 2020 (que abordamos no subcapítulo seguinte), enfatiza que não somente a saúde está ligada à alimentação, como também “coisas gordurosas e carne fazem mal para saúde”.

⁴⁰ Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=ONEmpBxM-tA&ab_channel=LuisaMarilac.

No período da entrevista, fazia mais de 4 meses que Kim havia transicionado para o veganismo, motivo pelo qual também aproveitamos a entrevista para trocar receitas.

Luísa Marilac, ao explicar sua escolha de aderir à alimentação vegetariana, estabelece uma relação entre tal escolha e a violência transfóbica, ao lembrar um episódio de violência em que foi esfaqueada em um bar, lutou por sua vida e, no processo “quebrei o bar inteiro, derrubei cinco homens no braço e saí correndo até cair desmaiada” (MARILAC, QUEIROZ, 2019, p. 64). Depois de dias internada, conta que

Sai dali mudada. Entendi que tenho disposição de sobrevivente e descobri um potencial homicida dentro de mim, disposto até a matar na hora do desespero. Com medo dele, decidi tornar-me mais pacífica – acho até que começou aí, gradualmente, minha jornada ao vegetarianismo. Mas passei a afiar as pontas de brincos e chaveiros, transformando-os em facas sempre à mão para a hora que eu precisasse deixar o bicho à solta novamente (MARILAC, QUEIROZ, 2019, p. 66).

Mas, para além dessa discussão em torno da alimentação no veganismo e vegetarianismo⁴¹, percebemos na entrevista com Ully*, Bruna* e Luana* que o trabalho na prostituição possui relações paradoxais com suas concepções de saúde. Se, por um lado, a prostituição lhes proporciona sustento, condições econômicas para acessar uma boa alimentação, além das redes de afeto e acolhimento na casa – fatores por elas indicados como produtores de saúde –, por outro lado, como apontado por Ully*, “a rua é rua né, então a luta continua”, também sendo desencadeador de processos de adoecimento, à medida que é na rua, no exercício da prostituição, que a violência e as drogas surgem com mais força.

Indianare Alves Siqueira, travesti, ativista precursora do movimento social de travestis e transexuais no Brasil e prostituta, escreve no prefácio do livro de Amara Moira:

Eu sempre falava: ser travesti tudo bem, puta jamais. E quando saí de casa, justamente com todas minhas qualificações profissionais como chef de cozinha, cozinheira, pizzaiola etc., ninguém me dava trabalho. Eu teria que sobreviver de alguma maneira, né? Sim, e eu dormi na rua, tudo, tudo, até ir enfim pra prostituição. Encontrei nas prostitutas justamente uma acolhida, nas travestis prostitutas uma grande acolhida. [...] Era sexo pago, nada demais. Como costume dizer, todo mundo faz sexo [...]. Então a questão é cobrar, é acreditar que aquilo que faço vale algum dinheiro, que posso pagar minhas contas com isso. Mas depois que você consegue passar por essas

⁴¹ Importante salientar que a diferença entre ambos é que, enquanto o vegetarianismo é considerado uma dieta alimentar em que alimentos de origem animal (como carnes, leite, ovo e mel) são excluídos, o veganismo vai além do prato, sendo um posicionamento ético-político de boicote (dentro do possível e praticável) de todas as formas de exploração animal.

questões e ver que na realidade é só sexo pago, você vai em frente (MOIRA, 2018, p. 13-14).

Amara Moira et al (2017) conta que quando estava no segundo ano de sua graduação em Letras, quando ainda se identificava como homem cis e não tinha nenhuma experiência profissional, conseguiu um emprego. Mas em 2017, finalizando seu doutorado em Teoria Literária na Unicamp, estudando James Joyce, nenhum lugar lhe contrataria como professora, “porque é preciso coragem para contratar uma travesti, é preciso comprar briga com os demais professores, funcionários, alunos, pais de alunos. E ninguém está disposto a comprar essa briga, não por uma travesti” (MOIRA et al., 2017, p. 35).

Diante disso, Amara se autoidentifica como “travesti que se descobre escritora ao tentar ser puta e puta ao bancar a escritora” (MOIRA, 2018, p. 21), com “euforia gritando, ainda em choque com o que descobri em mim, essa talvez vocação pra ganhar dimdim dando tesão” (MOIRA, 2018, p. 24).

Ademais, em entrevista realizada por videochamada em julho 2020, Anne Arcoíris afirma: “Antes ninguém tentava me explicar nada, mas desde que me revelei trans, homens héteros brancos passaram a me explicar coisas básicas sobre o meu próprio trabalho. Nisso perdi meu trabalho por ser trans. O irônico é que antes as pessoas me chamavam de ‘gênio da música’, agora ninguém me contrata”, e acrescenta: “Estou precisando de dinheiro, pensando em vender *pack* [de fotos sensuais]. Não queria ter que recorrer a isso, mas é o que tem pra mim no momento”.

Como Indianare, Amara e Anne relatam, temos no Brasil um grande problema no que diz respeito às oportunidades de empregabilidade para travestis e transexuais, em que, mesmo havendo diversas qualificações profissionais, de modo geral é somente a prostituição que se apresenta como oportunidade de trabalho – um cenário não tão diferente do que o apresentado pela etnografia de Hélio Silva (2007), em que a sociedade mais abrangente tinha contato com as travestis apenas na rua e no palco.

Esses dados nos ajudam a pensar em termos das continuidades, ou seja, ainda que haja um processo de visibilização da causa trans e que inúmeras conquistas tenham se dado, no que tange às oportunidades de emprego e renda há muito a ser superado. Nesse sentido, não há como desconsiderar o fato de que as oportunidades de trabalho são drasticamente reduzidas quando uma pessoa passa a reivindicar-se travesti ou mulher trans, fazendo com que o universo da prostituição (na maior parte das vezes) seja a única possibilidade de sobrevivência.

Como afirma Amara Moira (2018, p. 117), “é como se a palavra puta estivesse tatuada em minha testa, e muito antes de eu fazer rua a primeira vez. Me veem como travesti e já me imaginam puta [...], já que querem tanto que eu seja, já que só conseguem me pensar dessa forma”.

Embora se possa observar o crescimento de travestis e transexuais no universo acadêmico, se comparados a outros segmentos da “sopa de letrinhas”, pessoas travestis e trans lutam cotidianamente por outras possibilidades de existir para além da prostituição. Não por acaso Adriana Sales inicia sua palestra no evento organizado pela ATMS em setembro de 2019 afirmando que “pra ser puta precisa ter talento, e eu não tinha esse talento, não levava jeito. Então, graças ao movimento social tive a oportunidade de fazer mestrado”. Agora ela é (em sua própria definição) professora, doutora em Psicologia e ex-puta.

No último dia desse mesmo evento, Alanys Matheusa, conhecida por ser a primeira advogada travesti negra do Mato Grosso do Sul, tenta realizar sua palestra, abordando questões sobre transfobia e racismo a partir do Direito e da legislação, todavia sua fala é continuamente interrompida, impossibilitando-a de finalizar uma frase sequer. Da plateia, travestis brancas que trabalham com prostituição deslegitimam seu discurso acerca do racismo, alegando que ela assumia uma posição privilegiada por estar na universidade e ser advogada, argumento que elenca uma “hierarquia da opressão”, em que o trabalho se sobrepõe à cor. Nesse ponto é importante enfatizar que concordamos com Audre Lorde quando esta afirma que

Aprendi que a opressão e a intolerância com o diferente existem em diversas formas, tamanhos, cores e sexualidades, e que, dentre aqueles de nós que têm o mesmo objetivo de libertação e de um futuro possível para as nossas crianças, não pode existir uma hierarquia de opressão (LORDE, 2019, p. 235).

Mariana*, uma travesti branca que trabalha com prostituição, interrompe Alanys e afirma que “na esquina a bala vem pra matar a travesti, independentemente da cor, se é branca ou preta”. Em resposta, Natália*, travesti negra que também trabalha na prostituição, afirma que “a negra tem que se colocar duas vezes mais arrumada para o cara ter coragem de sair com ela, então não vem me dizer que a cor não faz diferença”.

Vale ressaltar que no século passado, enquanto travestis só eram toleradas em seus locais de trabalho, restritos aos palcos e a rua, como etnografado por Hélio Silva (2007), Megg Rayara de Oliveira (2018) discute as marcas da raça nas oportunidades de trabalho, pois

enquanto travestis brancas eram transformistas em companhias de teatro, travestis negras eram relegadas à prostituição, malandragem, pobreza, violência e vigilância policial.

Quando consegue falar, Alanys afirma que não estava reduzindo os dilemas vivenciados na prostituição, mas defendendo “a importância de colocar a questão racial na questão T e, além da raça e do gênero, a classe social”, acrescentando que “a travesti negra é sempre deslocada, é deslocada no movimento trans por ser negra, é deslocada no movimento negro por ser trans”.

Na análise dessa cena etnográfica, duas questões se destacam: o racismo sofrido por Alanys em forma de interrupção e silenciamento, enquanto tentava (d)enunciar as implicações e correlações entre transfobia e racismo, e a diferença de profissões sendo utilizada para deslegitimar sua fala. Sobre as relações entre transfobia e racismo, Megg Rayara de Oliveira (2018, p. 168) considera que “a negritude no Brasil se constitui a partir da cis heterossexualidade e ignora outras possibilidades de expressão da negritude”, e acrescenta que

As múltiplas desvantagens que incidem sobre travestis e mulheres transexuais negras – socioeconômicas e educacionais, por exemplo – confirmam a falta de comprometimento do movimento TT (travestis e transexuais) no combate ao racismo, da mesma maneira que apontam também para a manutenção do sexismo e da transfobia no Movimento Social de Negras e Negros (OLIVEIRA, M., 2018, p. 174).

Ademais, acerca da relação desses marcadores com as possibilidades de empregabilidade, Alanys afirma em uma entrevista concedida ao *The Intercept Brasil* (BARBOSA, 2019, n.p.) que “todo mundo gosta de travesti na esquina, não na universidade”. Ao contar dos caminhos que lhe guiaram para a universidade, diz que

Nesse processo de compreender minha identidade e meu corpo, sofri algumas violências na escola. Uma situação que me marcou muito foi quando fui agredida durante um evento. Eu tinha 11 anos, e um garoto me deu um chute nas costas. Não era a primeira vez que ele me batia. Falei para o diretor o que houve e, como eu já havia procurado ele outras vezes, ouvi: “Você tem vindo muito aqui, talvez o problema não seja ele, mas você”. Na ocasião, pensei em parar de estudar. Minha mãe me disse que eu tinha que me manter firme, porque haveria muitos outros momentos assim na vida. Ouvir seu conselho me levou à universidade (BARBOSA, 2019, n.p.).

Determinada a ir para a universidade, Alanys Matheusa conta: “Escolhi o Direito por acreditar que ele é um instrumento de mudança social. [...] Acredito que ao ocupar uma dessas

profissões, vou conseguir mudar a realidade de muitas pessoas que tiveram as mesmas vivências que eu, uma transexual” (BARBOSA, 2019, n.p.). Da periferia de Campo Grande, lugar que chamava de ‘quebrada’, ela afirma ainda que

A quebrada valoriza o fato de eu ser a primeira trans negra prestes a se formar em advocacia no Mato Grosso do Sul, mas ela não compreende a minha transexualidade. Por mais que ela reconheça essa conquista, parece que esse é o limite da aceitação. Posso ser aquela lacradora, deusa, rainha, a que ‘closa’ demais, mas ser boa o suficiente para ter um relacionamento, um trabalho digno já é outra coisa. Eu sempre questiono: qual é o conceito de trans que a periferia tem? O valor de uma trans não pode estar atrelado somente ao seu trabalho e sucesso (BARBOSA, 2019, n.p.).



Figura 6: Alanys Matheusa, presente!

Créditos: Revista Badaró.

Disponível em: <<https://revistabadaro.com.br/2020/04/20/alanys-matheusa-presente/>>

Márcia Rocha, que é travesti branca, advogada, e a primeira pessoa trans a usar o nome social pela OAB de São Paulo, considera que ter se identificado como travesti quando já era mais velha, bem como ter uma estrutura financeira e social adequada, foram determinantes para que seu sucesso profissional não fosse tão abalado pela transfobia. Ao reconhecer tais condicionantes, mobilizou-se para a criação do projeto TransEmpregos, voltado para a empregabilidade de pessoas transgêneras (MOIRA et al., 2017).

O projeto TransEmpregos foi então criado em 2013, com o objetivo de, juntamente com o corporativismo, atuar como ponte e inserção de pessoas trans no mercado de trabalho formal. Inicialmente o projeto juntou currículos de pessoas trans de todo Brasil, apresentando-os em empresas para possível contratação, posteriormente constataram que esta ação não era suficiente, pois muitas empresas não possuíam ambiente acolhedor, que entendesse e

respeitasse a diversidade que almejavam, por isso o TransEmpregos passou a realizar também capacitações de empresas parceiras (TRANSEMPREGOS, s.d.). Sobre a importância do TransEmpregos, Márcia escreve:

Ainda que eu, fosse como empresária, fosse como advogada, tenha passado por casos muito isolados de discriminação ou mesmo desrespeito, era (e ainda é) bastante visível o preconceito que assola o mercado profissional quando o assunto são homens e mulheres trans. Preconceito, aliás, que fica ainda mais escancarado quando essas pessoas vêm de camadas mais pobres da sociedade (MOIRA et al., 2017, p. 121).

Em julho de 2020 entrevistamos por videochamada Samantha, que é mulher trans negra e que, em consonância com o que é apresentado por Márcia Rocha, afirma que “profissionalmente as pessoas não reconhecem a mão de obra trans”. Como amigas já há alguns anos, a entrevistadora relembra uma situação que Samantha contara cerca de dois a três anos antes, em que os patrões a chamaram pelo nome de registro, bem como a reclamação que ela fazia sobre não poder “ir toda arrumada e maquiada pro trabalho”.

A junção de tais fatores fez com que relacionássemos a situação de Samantha com o que Tiago Duque (2009) apresenta em sua pesquisa: corpos cada vez mais plásticos, que “adiam ou evitam modificações corporais irreversíveis, montando e desmontando o gênero de acordo com as circunstâncias” (DUQUE, 2009, p. 126). No caso de Samantha, pressupomos que se utilizava de uma desmontagem estratégica, passando-se por homem cis frente à dificuldade imposta às pessoas trans no mercado de trabalho.

No entanto, Samantha explica que não era o caso e que, apesar de reconhecer a desvalorização da mão de obra trans, considera-se “uma pessoa de sorte, porque nunca tive problema com isso, todos os lugares que trabalhei sempre souberam que sou trans, mas é que, como tá na carteira o meu nome de registro, eu não era acostumada a ser chamada por meu nome social no trabalho, mas de dois anos pra cá meus patrões me chamam só de Samantha”. E acrescenta: “Como trabalho na cozinha, a gente tem que usar uniforme padrão, por causa das normas de vigilância sanitária, então não pode usar maquiagem e nem se emperiquetar. É uó, mas faz parte”.

Percebemos haver então um consenso de que, apesar de algumas inserções pontuais, o mercado de trabalho de modo geral continua excluindo travestis e mulheres trans, reduzindo suas oportunidades de trabalho à prostituição. Ademais, seja na noite e na rua, seja na cozinha, ou ainda na OAB, todas as travestis e mulheres trans aqui entrevistadas ou citadas a

partir de suas autobiografias consideram a centralidade do trabalho para o autossustento. Afinal, como permanecer “em pé” sem as condições necessárias?

Evidentemente, há também de se considerar que, numa sociedade que valoriza o trabalho produtivo, dificilmente alguém não consideraria empregabilidade como uma questão importante na própria vida e sustento, mas tal debate é complexificado pelas restrições de oportunidades impostas às travestis e mulheres trans e, conseqüentemente, ao acesso às condições de vida, alimentação e saúde. Logo, a ampliação das oportunidades de empregabilidade trans, bem como a melhoria das condições de trabalho, são fatores fundamentais para a promoção de saúde.

3.2. “Será que a gente tem déficit de afeto?”: relacionamentos (des)amorosos e redes de afeto

Por um mundo onde não seja preciso coragem nem desconstrução para amar uma travesti
(MOIRA, 2018, p. 178).

Em 2020 o distanciamento social se fez necessário em decorrência da pandemia de covid-19. Uma das consequências (e devemos dizer: uma das menores consequências, visto o modo como este ano pandêmico afetou nossas vidas e relações), foi a impossibilidade de realizar entrevistas e etnografias presencialmente, restringindo-nos ao contato virtual com o campo.

Após meses de espera, na esperança de que logo tudo se resolvesse, em julho decidimos nos render às alternativas tecnológicas para darmos seguimento às entrevistas. No entanto, por considerar que o contato virtual, tão distante do calor humano, e ainda para realizar uma pesquisa científica, nos remetia a uma certa frieza, optou-se por marcar entrevistas online apenas com travestis e mulheres trans com as quais já havia uma relação prévia de amizade e que, durante o isolamento social, estava sendo mantida via redes sociais.

Iniciar este subcapítulo evidenciando tal escolha não é apenas uma questão metodológica, tem relação também com a temática que aqui discutimos: as relações (des)amorosas e as redes de afeto traçadas pelas travestis e mulheres trans com as quais pesquisamos, passando por suas relações de amizade, inclusive as nossas.

Com tal cenário, quatro amigas foram convidadas para serem individualmente entrevistadas por videochamada, mas como Ariel considerou que suas respostas estariam viciadas por compartilharmos nossas pesquisas e reflexões teóricas, apenas três foram entrevistadas: Samantha, que é mulher trans, negra, de 29 anos, trabalha como cozinheira e é tia de Kim; Kim, que é travesti não-binária, negra, de 18 anos, estudante do último ano do ensino médio e sobrinha de Samantha; e Anne Arcoíris, que é mulher trans não-binária, branca, autista, de 28 anos, compositora musical e *sound designer*⁴².

Samantha

A chamada de vídeo com Samantha se inicia com um diálogo sobre saudade; há meses não nos víamos por causa do isolamento social, saudades de sair praticamente todo final de semana com nossas amigas, saudades de conversar e dividir bons momentos juntas, coisas que partilhamos desde 2017. Quando a entrevista se inicia de fato, Samantha diz que não sabe o que dizer frente à proposta inicial da entrevista como momento de escuta do que lhe era importante. Apesar disso, consideramos que o modo como a chamada se iniciou, em que conversamos bons minutos sobre saudades uma da outra e de nossas amigas, denota a importância atribuída às redes de afeto, em especial às amizades.

Tal análise é corroborada quando, ao ser questionada sobre suas concepções de saúde, Samantha responde que “saúde é sempre estar bem comigo mesma, saber com quem eu ando, meu bem-estar, minha alegria, e sempre sorridente, me aceitando do jeito que sou, com defeitos, costumes. Sexualmente falando, é difícil saber com quem eu ando, é difícil porque os medicamentos mascaram, então sempre com preservativo. Saúde, além da parte sexual, tem as amizades, poder falar sem me sentir julgada. Por isso o distanciamento social tá perverso, não tem diversão, só trabalho, mas o trabalho tá bem”.

Quando questionada, diz: “A relação com minha família é maravilhosa. Desde criança eu era bem feminina, me entendo por Samantha desde que me entendo por gente, e minha mãe sempre me aceitou muito. Ela fala que ‘você é o que é e ponto final’. Então nunca existiu esse lado de preconceito, sempre fui aceita e amada, me sinto muito sortuda, porque a gente sabe que normalmente as outras são expulsas de casa, e ainda bem que isso não aconteceu comigo”.

Ao conversamos sobre a relação com a família, conversamos sobre Kim, e com um sorriso no rosto Samantha afirma: “Ah, Kim é uma criança maravilhosa! Eu fui babá dela na

⁴² As músicas de Anne Arcoíris estão disponíveis em: <<https://soundcloud.com/anneleblanc>>.

infância, mas com a separação dos pais da Kim, o meu irmão e a mãe dela, né, a gente acabou se afastando, até que nos reencontramos dois anos atrás no Holan [bar]. Ainda bem que não teve convívio comigo, se não iam falar que foi minha culpa”.

Além das amigas e família, outra rede de afeto importante para Samantha se deu a partir da prática religiosa. “A religião foi uma etapa decisiva na minha vida, foi onde me entendi. Antes as pessoas não falavam de mulheres trans, mas quando fui primeiro pra Umbanda e depois pro Candomblé, tive todos os desbloqueios que eu precisava. Entrei no Candomblé porque sentia que lá tinham pessoas com as quais me identificava, porque, apesar de eu sempre ter me entendido mulher, naquela época era complicado, e a religião me ajudou a entender, a entender como era, e tudo foi se encaixando”.

Ademais, como Samantha recorrentemente falava de sua filha quando saíamos, retomamos a relação de ambas: “Minha bebê tá com seis anos agora, a gente tem uma relação muito amorosa. Ela surgiu na minha vida na época que eu tinha a escolha de ser gente ou ser bandida, traficar, roubar, e ela me ajudou a ser gente. Antes eu saía de segunda a segunda, mas daí esse pinguinho de gente apareceu pra mim, e eu peguei”.

Ao contar como a filha surgiu em sua vida, acrescenta: “Minha irmã, que é dependente química, teve uma gravidez inesperada, e foi muito difícil, porque ela vivia sumindo. Só nos quatro meses de gestação que ela parou de sumir assim, porque ela quase perdeu a bebê. Mas depois que nasceu, ela sumiu de vez, e então eu disse agora ela vai ser minha, vou cuidar dela”. Depois de ficarmos emocionadas por retomar a história com a filha, fomos caminhando para o fim da entrevista, lembrando como nos conhecemos, o sentimento de acolhimento que temos em nosso grupo de amigas, e a saudade que temos sentido neste período.

Kim

A entrevista com Kim se inicia com um diálogo sobre o isolamento social, em que ela afirma que tem gerado muita ansiedade. “Para lidar eu fico vendo anime e lendo mangá. E eu sinto que com a TH [terapia hormonal] eu já ficava com as emoções à flor da pele, agora que tô tomando também bloqueador de testosterona, eu fico ainda mais emotiva, triste, com muita alteração de humor”.

Quando questionada como lida com tais sentimentos, Kim responde: “Ah, eu choro, né? [risos]. Se eu deixar levar, fico só deitada... e a quarentena ajudou a piorar, sofro calada, porque fico mais ansiosa, me afeta porque eu não consigo fazer nada, fico travada, sinto que não consigo fazer as coisas do EaD, não consigo parar e fazer, fico ansiosa, prefiro as aulas presenciais”.

Ao realizarmos a pergunta central da entrevista, “o que é saúde pra você?”, Kim imediatamente devolve a pergunta, questionando: “Saúde pessoal ou geral, de hospitais e etc.?” A partir da afirmação que a pergunta era aberta, Kim a princípio fala rapidamente sobre os hospitais, considerando que “muita coisa tem que mudar”, e depois, ao falar de uma saúde pessoal, diz: “Eu peço com a minha saúde, mas acho que temos que fazer o possível para estar bem”.

Após falar sobre as relações que estabelece entre saúde e alimentação (questões abordadas no subcapítulo anterior), afirma: “Saúde é quando estou bem comigo mesma, não só física, mas mental também, mas é difícil, fico ansiosa, me cobro muito, tenho preguiça... Por causa da TH eu tinha que fazer mais exercício, mas eu tô cagando pra isso, mas praticamente parei com o cigarro. Eu fumava muito né, e faz mal”.

Ao conversarmos sobre família, Kim conta: “Moro com minha mãe e meu irmãozinho; nossa relação é boa, principalmente depois do divórcio. A minha mãe é evangélica, né, então eu converso, ensino. Hoje já é mais de boa, mas, pra minha mãe, homem gay e mulher trans é tudo a mesma coisa, ela ainda me chama pelo nome morto, mas com ela eu tenho paciência e entendo”.

Ao falar de Samantha, afirma: “Minha tia é tudo pra mim! Ela foi minha babá quando eu era criança e a gente se reencontrou um dia que eu ia numa exposição [artística] com uma pessoa, e essa pessoa me deixou lá sozinha. Daí conheci Willow e Francis e elas me chamaram para ir no Holan, que era ali perto. Chegando lá, minha tia tava no bar também. Naquele dia a gente não conversou tanto, mas depois a gente saiu e nos abrimos mais. Minha tia foi minha primeira referência, eu tinha contado pra minha mãe que era gay, mas Samantha foi a primeira pessoa que contei que sou travesti”.

Sobre outros relacionamentos, diz: “No começo da quarentena eu comecei a conversar com alguém, e começamos a namorar, a distância, né, por causa do isolamento. Mas daí eu percebi coisas que minha mente tava passando pano, sabe? Não sou de ficar quieta pra nada, refuto sempre que posso, mas ele eu tava deixando passar, e ele tava sendo escroto, não me sentia valorizada, então to decidindo terminar”.

Finalizando a entrevista, faço a indagação: “Tem alguma coisa que a gente não conversou, mas que você quer ou acha importante falar?” Kim responde: “Ah! Eu nem te contei como que me descobri trans, né? Foi assim: numa partida aleatória de jogo eu conheci a Juliana, que era abertamente não-binária, e eu admirei muito ela, viramos amigas, conversamos e ela me ensinou sobre não-binaridade e travestilidade. Nos descobrimos travesti juntas e hoje somos melhores amigas, nos falamos todos os dias”.

Anne Arcoíris

Anne decide iniciar sua entrevista contando sobre o que mudou em sua vida quando passou a reivindicar-se mulher trans não-binária: “Estou tendo problemas por ter uma voz grossa, é bem incômodo. Esses dias fiz uma ligação para contratar plano de saúde e, por causa da minha voz, me chamaram de senhor. Essas coisas me dão muita disforia, tenho perdido a habilidade da fala. Para não sofrer preconceito, evito ao máximo falar no feminino, então tento falar no gênero neutro. Por exemplo, ao invés de falar ‘estou cansada’, eu tenho que falar ‘estou com cansaço’. Soa estranho, mas tenho usado para não ter disforia e sofrer preconceito. Na verdade eu sempre sofri preconceito, desde 2016, por ser autista”.

Após contar sobre os preconceitos que tem sofrido por transfobia, somando-se aos que já sofria por ser autista, Anne conclui: “Percebi que sou menos que um objeto. Eu já sabia que mulheres são tratadas como objetos, mas sinto que, agora que sou trans, sou menos que um objeto. Quando sofri assédio, tudo que fiz foi chorar no banheiro... Homens só veem a gente como um pedaço de carne”.

Após sua fala inicial, estabelecemos o seguinte diálogo:

Pesquisadora: Eu queria te perguntar, o que é saúde pra você?

Anne: Saúde em termos físicos? Psicológicos? Em qual sentido?

Pesquisadora: A pergunta é aberta, o que você quiser responder.

Anne: Saúde é um complexo de coisas, engloba um complexo de coisas que envolvem o corpo, físico, psicológico, emocional, estar em harmonia, não estar em excesso nem em falta, harmonia no sentido de temperança.

Pesquisadora: E como você encontra essa harmonia em saúde?

Anne: Esse é meu segredo, capitão, eu não encontro.

Apesar desse diálogo, em que Anne Arcoíris expressa um desencontro com a harmonia pela qual concebe a saúde, logo em seguida expressa uma melhora: “Graças à minha psicóloga descobri que sou trans não-binária, assim recuperei minha identidade e melhorei”. Ou seja, apesar da situação por ela considerada desarmônica, é por meio do seu atendimento psicológico e de sua identificação como mulher trans não-binária que houve melhora.

Por outro lado, Anne conta: “Minha mãe não gosta disso, ela fala que eu sou trans por causa do vídeo do Drauzio Varella, ela não acredita nem que sou autista”. Apesar da falta de

apoio familiar, Anne tinha estratégias para encontrar a estabilidade que procura: atendimento psicológico, caminhada, amigas, namorada, jogos e trabalho. “Em março pensei que as coisas estavam andando pra frente, mas daí veio o corona [vírus]...”.

Sobre o relacionamento, conta: “Minha namorada me ajuda muito, me entendi e me revelei mulher graças a ela”. Como apresentamos no subcapítulo 2.2, foi no maiô com bojo da então namorada que Anne encontrou seu corpo, “um bojo que se converteu num simulacro de seios perfeito” (MARILAC, QUEIROZ, 2019, p. 14). Cabe dizer que, apesar de terem terminado um tempo após a entrevista, a amizade e a cumplicidade de ambas permanecem – os afetos permeiam nossas vidas, independentemente do rótulo.

Para uma cartografia de afetos, análises afetadas e afetuosas

As concepções de saúde apresentadas por Samantha, Kim e Anne Arcoíris estão pautadas em um bom relacionamento consigo mesmas, com alegria e autoaceitação, bem como nas redes de afeto que estabelecem com amigas, família e, por vezes, nas relações amorosas ou estritamente sexuais. Mesmo diante dos dilemas apontados por Anne, a melhora surge a partir da identificação com a transexualidade e de estratégias estabelecidas com a psicologia, exercícios físicos, amigas, namorada e outras atividades.

A discussão sobre os afetos, relacionamentos amorosos e também desamorosos que estamos propondo aparecem de diversas formas em escritas de autorias trans. Ruddy (1998), considerada uma das primeiras autoras travestis do Brasil, é grande fã da psicanálise, de modo que sua escrita autobiográfica se aproxima de uma associação livre, técnica psicanalítica na qual a analisanda fala livremente, aberta às possibilidades espontâneas de associar sua fala, e assim, Ruddy (1998) nos possibilitou não apenas uma experiência de leitura, mas também de analista, quase como se o livro fosse em si uma sessão de análise, com ela deitada em um divã logo ao lado.

Essa sensação proporcionada por Ruddy faz-se ainda mais interessante e especial quando conta que se aceitou como mulher no processo de análise, acrescentando que, para além do divã, foi “na trilha da paixão por Ivan, [que] busquei meus caminhos, achei meu destino e me fiz mulher. Sem culpas e sem dores” (RUDDY, 1998, p. 41), aproximando-se do relato de Anne Arcoíris, em que, longe de uma lógica patologizante, adotando uma escuta acolhedora, psicólogas, bem como relacionamentos amorosos, foram importantes para momentos de autodescoberta e autoaceitação, o que também corrobora a proposta de autoras como Berenice Bento (2006), Adriana Sales, Herbert Lopes e Wiliam Peres (2016) e Rodrigo

Borba (2016) em defesa de práticas psi (psicológicas, psiquiátricas e psicanalistas) mais acolhedoras.

Os relatos de Samantha, Kim e Anne Arcoíris acerca da busca por saúde e afeto são atravessados pelo isolamento social imposto pela pandemia de covid-19, sendo lido pelas entrevistadas como perverso, por privá-las de diversão e contato com amigas, relegando-as exclusivamente ao trabalho, além de gerar ansiedade e contribuir, juntamente com a hormonioterapia, para alterações de humor.

Letícia Carolina Nascimento (2020) reconhece seu lugar de existência como precário desde antes do coronavírus, em que a solidão, o autocuidado e a resistência são dimensões da experiência que não estão restritas a esse período, de modo que tais “experiências são fundamentais para tornar minha existência possível para além da pandemia” (NASCIMENTO, 2020, p. 5).

Há um entrelaçamento entre ser sozinha e estar solteira, uma vez que são as estruturas cis/hetero/branco/magro/normativas que fazem com que minha corporalidade travesti, negra e gorda não seja digna de trocas afetivas. Desde não se sentir pertencente a determinados grupos sociais à ausência de parceiros que estejam dispostos a ultrapassar os limites de uma relação com interesses exclusivamente sexuais (NASCIMENTO, 2020, p. 10).

Maria Léo Araruna (2018), ao abordar o direito à cidade a partir da socialização travesti/trans, considera que “ser o que sou não está vinculado somente a uma construção identitária formada por hormônios, indumentárias ou até mesmo de como eu me nomeio, mas também a outros processos sociais mais dinâmicos e transversais” (ARARUMA, 2018, p. 134), pois, para a autora, “existir como um corpo dissidente das normas cisgêneras é o suficiente para que o nosso acesso às disposições que compõem o direito à cidade seja precarizado e correntemente violado” (ARARUMA, 2018, p. 138).

A autora entende também que as barreiras impostas à sua socialização não se restringem à estética corporal: “O som grave que sai da minha boca também é possuidor de conteúdo cultural e, por isso, pode ser interpretado como denúncia de um ‘corpo feminino enganador’” (ARARUNA, 2018, p. 142). Na etnografia de Hélio Silva (2007) a voz grave também aparece como empecilho para a socialização, pois muitas travestis tornavam-se monossilábicas, aproximando-se do relato de Anne Arcoíris, que, frente aos preconceitos, decidiu evitar falar. Assim, a socialização é cada vez mais restrita, dando espaço para a solidão.

Para as minhas experiências como travesti negra e gorda, solidão é: não ser procurada, não ser companhia; sentir-se sozinha mesmo em meio às pessoas que lhe “admiram”; percebe-se várias vezes como a única pessoa transgênera em meio a várias pessoas cisgêneras; não ser digna de afeto em espaços públicos; ser objetificada e hiper-sexualizada apenas como um fetiche (NASCIMENTO, 2020, p. 10).

Experiências similares às de Letícia Carolina Nascimento (2020) são narradas também por Kim e Anne, mesmo que em situações diferentes: enquanto Kim decidia terminar um relacionamento (des)amoroso, por constatar que (em suas palavras) ele era um “cara escroto”, bem como por não se sentir valorizada, Anne chorava no banheiro após sofrer assédio, constatando que, apesar de previamente reconhecer como mulheres (cis) eram tratadas como objetos por homens, sente que por ser mulher trans é menos que um objeto, é somente um pedaço de carne, e assim, o “assédio passa a ser experiência cotidiana” (MOIRA et al., 2017, p. 54).

Tais constatações nos remetem à discussão de Judith Butler (2014) sobre o imperativo heterossexual, que, com uma matriz excludente, produz seres abjetos, que ainda não são “sujeitos”, fazendo parte das zonas “inóspitas” e “inabitáveis” da vida social. Além da evidente similaridade na grafia entre objeto e abjeto, se juntarmos o significado de abjeto como relacionado ao desprezível ou indigno, com a fala de Anne sobre como se sente menos que um objeto, podemos estender o sentido dado por Butler de abjeto como não-sujeito para até mesmo não-objeto, menos ainda.

Ademais, tais questões nos remetem também a uma discussão que se fez presente no evento do Dia da Visibilidade Trans, em 29 de janeiro de 2020. Na abertura do evento, Olívia*, uma mulher trans branca e que era parte da organização do evento, explica que “trans é a pessoa que não se conforma com o gênero imposto, não é sobre passar por cirurgia”, e então direciona sua fala sobre a visibilidade trans para a questão de redes de afeto, ao que afirma, em tom de desabafo, que “quando falam que é trans, os caras já levam pro lado sexual e querem no sigilo”.

Da plateia, Paola*, que também é mulher trans branca, complementa a fala de Olívia* ao afirmar que “as mulheres trans é que conhecem de fato os homens, como eles realmente são: predadores sexuais. Eles não querem ser vistos com mulheres trans, eles só querem transar, e pras cis eles fingem”. Quezia*, que é mulher trans branca, conta que os problemas seguem mesmo quando assumidas para a família: “Eu estou noiva, estamos juntos há anos, mas sinto que vou casar e não vou conviver tanto com meus sogros. Eu não tenho nem a

oportunidade cis de ter uma sogra falsa, porque minha sogra de cara já não gosta de mim, e só por eu ser trans”.

Colega 2, que é homem trans branco, trabalha na Subsecretaria LGBT (ver mais no subcapítulo 2.1.) e namora uma mulher trans negra, afirma: “Na minha opinião, o relacionamento com mulheres trans é melhor do que com mulheres cis, porque a gente se entende melhor, temos mais coisas em comum, eu prefiro”.

A partir da fala de colega 2, Gabriela*, que é mulher trans negra e namora um homem trans também negro, afirma a necessidade de “pessoas trans ressignificarem os afetos e como estes são recebidos. As pessoas trans trocam afeto entre si? Se relacionam entre si? Ou buscam afeto sempre do mesmo lugar, da cisgeneridade?”. Acrescenta que “a solidão da bicha preta faz com que a gente caia no ódio ao corpo que é igual ao nosso”, ao passo que “a cisgeneridade não é capaz de entender o afeto que eu procuro”, e assim questiona: “Será que a gente tem déficit de afeto ou a gente acaba não buscando o afeto?”



Figura 7: Sobre afeto Trans.
Créditos: Lune Carvalho. Disponível em: @lunecornio

Relatos como esses, que (d)enunciam o modo como os afetos (não) são direcionados para as travestis e transexuais no Brasil, são recorrentes. Segundo Ruddy, “os homens me amavam como mulher, mas não me aceitavam como tal. Eu não tinha nenhuma vida social, apenas sexual. E era com mórbido prazer que via esses rapazes acariciando suas namoradas. Eu tinha aqueles mesmos carinhos, só que às escondidas” (RUDDY, 1998, p. 42).

De acordo com Amara Moira (2018, p. 173), a “felicidade não foi feita pra nós, amor não é algo a que temos direito. Eis que me tornei a pessoa que não pode ser apresentada à família, com quem é preciso coragem para assumir uma relação”. Sobre a ideia de necessitar de coragem para assumir uma relação amorosa com uma travesti, Amara não somente expressa o desejo “por um mundo onde não seja preciso coragem nem desconstrução para amar uma travesti” (MOIRA, 2018, p. 178), como também estabelece diferenciações entre suas relações amorosas com homens e com mulheres.

Enquanto eu própria existia como homem para a sociedade, nunca consegui desenvolver uma relação afetiva mais séria com homens, mas depois da minha transição essa possibilidade começou a se fazer possível [...]. A única questão é que seguem sendo mulheres as pessoas que, em geral, se permitem assumir uma relação comigo, pegar na minha mão em público, me levar para conhecer amigos, família. Os homens que me desejam, exceto os homens trans, seguem só o fazendo longe de olhares públicos, na sombra, sem coragem para peitar seja a sociedade transfóbica, seja os próprios preconceitos que sentem junto a esse desejo “proibido”. E não dou conta de aceitar, hoje, um homem que me ofereça menos do que eu própria ofereci às travestis com quem me relacionei quinze anos atrás, quando a transfobia era ainda mais violenta (MOIRA et al., 2017, p. 28-29).

Tais diferenciações apresentadas por Amara Moira são importantes não apenas pelo reconhecimento de como marcadores sociais da diferença incidem sobre as trocas de afetos, mas também para tensionar a ideia que nossa sociedade tem de que travestis e mulheres trans necessariamente se interessam exclusivamente por homens cis, ideia que está ligada ao retrógrado “senso comum da ‘travesti’ como último passo no desenvolvimento de uma carreira homossexual” (CARVALHO, 2011, p. 23).

Tal ideia é problemática em vários sentidos. Dentre eles temos inicialmente uma postura transfóbica de não aceitação das travestilidades e transexualidades como identidades válidas, sendo vistas como um “caso extremo de homossexualidade”, preconceitos históricos que foram narrados na pesquisa de Mario Felipe Carvalho (2011).

Em segundo lugar, por presumir que a diversidade de orientação sexual seria um privilégio estritamente cisgênero, o que não corrobora com o que encontramos em campo: diversas travestis e mulheres trans se autodenominaram heterossexuais, lésbicas, bissexuais e pansexuais. Ademais, segundo colega 2, “não sei o que acontece, mas parece que é só tomar a primeira dose de hormônio, que todo homem trans que conheço começa a se identificar como bi”. Além do mais, tal senso comum prejudica até mesmo a autoidentificação como travesti ou mulher trans, pois, como aponta Márcia Rocha em seu texto autobiográfico:

Até então ele nunca compreendera aqueles impulsos que tinha no sentido de ser mulher, já que gostava de mulheres. Aquilo parecia uma incoerência enorme, pois os filmes, os textos e o senso comum determinavam inequivocamente que se vestir como mulher era uma atitude de homossexuais (MOIRA et al., 2017, p. 109, sic).

Cabe dizer que na diferenciação que Amara Moira faz entre seus relacionamentos com mulheres ou com homens, ela atribui grande importância aos que ocorreram com mulheres, sejam cis, trans ou travestis. Era com elas que os afetos eram possíveis – davam-se as mãos em público, moravam juntas, escreviam poemas, compravam roupas, faziam unhas e depilação, bem como davam o incentivo e apoio para o início da terapia hormonal (MOIRA et al., 2017), relações de afeto e cumplicidade também vivenciadas por Anne e sua ex-namorada.

As diferenças expressas por Amara também nos remetem ao questionamento de Gabriela*, que, após a constatação de que “a cisgeneridade não é capaz de entender o afeto que eu procuro”, questiona: “Será que a gente tem déficit de afeto ou a gente acaba não buscando o afeto?”. É frente ao não entendimento dos homens cis acerca dos afetos que Amara procurava, oferecendo somente relações de desamor e até mesmo de desrespeito, que ela afirma:

Mas penso, isso sim, em construirmos redes de afeto, redes com pessoas que nos tratem como gente, um amor militante, construído, desconstruído, que nos ajude a cultivar o desapego, a combater a ideia de amor como posse, exclusividade, de conciliação entre amor e sexo [...], a problematizar essas expectativas românticas que só nos deixam reféns nas mãos de gente que não merece nosso amor, nosso tesão, nossas lágrimas. Talvez isso nos fortalecesse para enfrentar os joguinhos a que esses mesmos irresponsáveis nos submetem cotidianamente, já que teremos de enfrentá-los de qualquer forma. Talvez isso nos desse mais autonomia para nos impormos numa relação com quem quer que fosse, sem precisarmos aceitar migalhas (MOIRA, 2018, p. 178).

É nessas redes de afeto, com pessoas que as tratam como gente, como merecedoras de amor, que Samantha, Kim e Anne Arcoíris pautam suas concepções de saúde, cada qual traçando sua rede à sua própria maneira. Samantha fala de uma relação maravilhosa com a família, pela qual se considera uma pessoa de sorte, pois sempre teve o apoio da mãe, uma relação de grande companheirismo e amor com Kim, desde o período em que cuidou dela na infância, até os dias atuais, com seu reencontro, e ainda a relação com a filha, que “surtiu na minha vida na época que eu tinha a escolha de ser gente ou ser bandida, traficar, roubar, e ela me ajudou a ser gente”.

A relação de Samantha com a filha nos remete à história de Ruddy com seu filho: “A adoção do meu filho me fez repensar muito minha decisão de abandonar tudo” (RUDDY, 1998, p. 73). “Quando eu adquiri um filho não foi por desejo e sim, por amor. Ele precisava de mim, como pai e mãe. Eu fui tudo isto” (RUDDY, 1999, p. 41).

Para além da família, Samantha também traçou sua rede de afetos a partir de amizades, das quais sente falta durante o período de isolamento, bem como a partir de suas práticas religiosas na Umbanda e no Candomblé, onde se entendeu como mulher trans. Na pesquisa de Patrícia Birman (1991), as religiões afro-brasileiras constituem campo potente para a vivência de sexualidades e gêneros dissidentes, pois têm uma linguagem que se demonstra propícia para exprimir sentidos sexuais, vinculados a uma dimensão social transgressora, que se distancia da ética cristã.

As religiões afro-brasileiras há muito tempo são cenário frutífero para investigações de gênero justamente por serem capazes de subverter compreensões de gênero arraigadas socialmente. Criatividade e liberdade se combinam numa dinâmica atenta àquilo que efetivamente é experienciado pelos sujeitos, apresentando-nos como masculino e feminino não apenas transcendem os limites de suas próprias categorias, mas podem se apresentar em equilíbrio e em pé de igualdade (BARROS e BAIRRÃO, 2015, p. 140).

A rede de afeto de Kim também passa pela relação com a família. Ela considera a relação boa, apesar de sua mãe ainda não a entender bem e chamá-la pelo nome de registro, mas é na relação afetiva e de acolhimento com Samantha que se emociona. Samantha é para Kim mais do que sua tia e amiga, é sua primeira referência e a primeira pessoa para quem contou que é travesti; e é a partir de seu apoio, bem como de sua melhor amiga, Juliana, que ela se revela travesti não-binária.

Essas redes de afeto centradas nas relações com outras travestis e mulheres trans é também apresentada por Letícia Carolina Nascimento (2020). Era entre estas que ela se sentia mais humana, acolhida, abrigada e protegida, e acrescenta que “não se sentir humana, é, de certo modo, não ser digna de afeto” (NASCIMENTO, 2020, p. 10), de modo que concebe a cura a partir da irmandade travesti (RIVERA, 2020b, apud NASCIMENTO, 2020).

Patricia Hill Collins (2019) fala também da importância de espaços seguros. Sua análise é focada nas mulheres cis negras, mas também se estende a subpopulações anteriormente subjugadas, como outras mulheres, classe trabalhadora, trans, lésbicas, gays e bissexuais, que nesses espaços passam a falar de forma franca. Mas “esses espaços são não

apenas seguros – eles formam os lugares primordiais para resistir à objetificação como o outro” (COLLINS, 2019, p. 276).

No caso de Anne Arcoíris, que, para além da falta de apoio familiar, estabelece uma relação de afeto e companheirismo com a então namorada, não somente podemos retomar o comparativo entre sua relação e a relação de Amara com outras mulheres, com as quais os afetos eram possíveis (MOIRA et al., 2017), mas também apontar que

Romper com a ideia de família é fazer emergir outras formas de afeto e solidariedade entre nós, práticas de cuidado que ultrapassem laços pensados a partir de funções reprodutivas, sob a égide da cisheterossexualidade compulsória e com a captura de nosso desejo (NASCIMENTO, 2020, p. 11).

É na pluralidade de formas possíveis de traçar redes de afeto, desfazendo-se das migalhas dos relacionamentos (des)amorosos e se ancorando na família, amizades e/ou namoros que as tratem como gente e cultivem um amor militante (MOIRA, 2018) que permanecem fortes. “Criamos laços de cuidado, rotinas diárias de afeto que incluem conversas, escutas afetivas, que acolhem” (NASCIMENTO, 2020, p. 19). Mesmo frente às diferentes adversidades, é no acolhimento por tais redes que o afeto e a saúde têm espaço para se fazerem possíveis.

(DES)PENSAÇÕES FINAIS: NOTAS PARA SAÚDES TRANSVIADAS

Nesta cartografia em busca das concepções e sentidos que travestis e mulheres trans atribuem à saúde em Campo Grande, traçamos intencionalmente um percurso que se inicia no tensionamento com os discursos (bio)médicos acerca da saúde da população trans, que, a princípio, se restringiam ao debate sobre prevenção e tratamento de ISTs, ao passo que, nos eventos e espaços percorridos, nos diferentes diálogos estabelecidos junto a travestis, mulheres trans e homens cis gays, em sua maioria negras, na escuta de questionamentos e (com)partilhares – fossem públicos ou sussurrados ao pé do ouvido – indicava-se que os discursos (bio)médicos não davam conta de suas pautas e demandas de/em saúde.

Posteriormente caminhamos para as negociações que travestis e mulheres trans estabeleciam na cidade, a partir da análise das ofertas de atendimento jurídico e psicológico do CentrHo e de serviços para construção corporal trans pelo Ambulatório Transexualizador do HU. Nessas negociações, abordando as temáticas de nome social, transfobia, (des)patologização e corpo, percebemos que os serviços ofertados aparecem como apenas mais uma das estratégias possíveis para alcançar o que desejam, de modo que, se, por um lado, para acessar tais serviços deve-se fazer negociações com a própria vida, saúde e desejo, em que se aprende a “jogar o jogo” dos dispositivos, por outro lado foi possível observar que esses serviços não são os únicos meios pelos quais a noção de saúde travesti e transexual se constitui.

A partir da leitura de Patricia Hill Collins (2019), compreendemos que, com a autodefinição (seja da vida, identidade, saúde, dentre outras), travestis e mulheres trans questionam não somente o que tem sido dito sobre elas, mas também a credibilidade e as intenções daqueles/as que têm o poder para definir. Assim, quando “nos definimos, claramente rejeitamos o pressuposto de que aqueles em posição que lhes garante autoridade para interpretar nossa realidade têm legitimidade para tanto” (COLLINS, 2019, p. 295).

Destarte, após discutirmos como os discursos da hegemonia médica não dão conta das concepções de saúde apresentadas por travestis e mulheres trans, bem como as negociações para acessar os serviços que lhes são ofertados, num movimento constante e dinâmico de contra-hegemonia, pudemos acessar os sentidos de uma concepção de saúde transviada.

É provável que nesse ponto, após todo esse percurso de tensionamento às concepções hegemônicas, quem lesse demandasse então que nossa proposta analítica fosse bem delimitada, com pontos específicos sobre o que é e o que não é saúde transviada, que se

assemelhasse, portanto, a critérios diagnósticos essencialistas, marcados “pelas expectativas de estabilidade estereotipada e de invariabilidade” (BAHRI, 2013, p. 669).

Se assim o fizéssemos, cairíamos em uma nova normativa, que estabeleceria o que é e o que não é saúde para travestis e mulheres trans, quais demandas devem e quais não devem ser ouvidas e atendidas e, assim, não demoraria tanto para que nossa investida fosse lida a partir de um paradigma de ‘transexual verdadeiro’ (BENTO, 2006; BORBA, 2016), pois quando normativas são instituídas, também o é a exclusão do que não se adequa às normas.

Prescindindo da criação de novas normativas, adotamos uma postura de escuta despretensiosa, que não buscava encontrar respostas ou uma verdade oculta/ontológica, mas que se disponibilizava a, de fato, ouvir tudo que fosse importante, a partir das concepções próprias das travestis e mulheres trans que coorientaram nossa pesquisa. Nesse movimento, foi fundamental não perder de vista que

O dispositivo [transexualizador], assim, fala *pelas* pessoas trans e oblitera a multiplicidade de vivências e processos de subjetivação que as constituem, impondo aos/às profissionais da saúde a responsabilidade de decidir *por* elas sobre suas necessidades sanitárias. Nesse contexto, pessoas trans são impedidas de falar de si por si mesmas (BORBA, 2016, p. 49).

O dispositivo transexualizador sustenta ações de tutela e paternalismos, infantilizando travestis e mulheres trans, como aquelas que não possuem fala própria (infans), colocando ainda obstáculos ao protagonismo, agência e autonomia transviadas e à possibilidade de decidir sobre a própria saúde e vida (BORBA, 2016; GONZALEZ, 1984). Tal sustentação deve ser denunciada não somente pelos movimentos sociais que há décadas demandam cenários melhores, mas também dentro do próprio campo da saúde, por se considerar que “um dos eixos básicos do discurso da promoção da saúde é fortalecer a ideia de autonomia” (CZERESNIA, 2003, p. 39).

Sobre isso, a antropóloga palestino-americana Lila Abu-Lughod (2012) tensiona as lógicas de salvação, que estão intimamente relacionadas a um sentido de superioridade, questionando se só conseguimos libertar as pessoas para serem como nós, ou se entendemos que mesmo após a “libertação” as pessoas podem querer coisas diferentes das que desejaríamos para elas. Assim, a proposta de Lila é que no lugar de uma linguagem de salvação, utilizemos uma linguagem igualitária de alianças, coalisões e solidariedade.

Leila Dumaesq (2016), ao problematizar as dificuldades de diálogo e escuta de pessoas cisgêneras para com travestis, também considera que, a partir de uma escuta

horizontal, “(in)surgem-se novas práticas e talvez a possibilidade de destruir as impossibilidades de escuta das travestis construídas ao longo da história e, especialmente, pela terrível história das doenças mentais a partir do século XIX” (DUMARESQ, 2016, p. 131).

Adotando tal escuta e linguagem, ao conversamos com Ully*, Bruna*, Luana*, Samantha, Kim e Anne, bem como ao ouvirmos comentários e questionamentos de outras travestis e mulheres trans nos eventos de que participamos, estas nos orientam a notar que, dentre múltiplas possibilidades, uma das vias para se acessar as saúdes transviadas se dá a partir dos fios que tecem a memória.

É num falar sobre alimentação e trabalho, nas marcas que trazem nos corpos (produto não só de processos cirúrgicos, mas também de violências), nas redes de apoio e de afeto, nos relacionamentos (des)amorosos, nos movimentos sociais e na luta por direitos que nossas coorientadoras concebem seus sentidos de saúde, uma saúde encarnada e militante, que demanda que seu acesso não se restrinja ao básico. Ou, nas palavras de Ully*, “não é só arroz e feijão, é tudo que tem direito”.

Apesar da nossa recusa em indicar uma normativa a partir das falas de nossas coorientadoras, há a necessidade de afirmar um caminho possível, e até mesmo necessário: A *Red por la Despatologización de las Identidades Trans del Estado Español* (2010, apud BORBA, 2016) propõe uma mudança de paradigma, de enfermidade para direitos humanos, substituindo o modelo avaliativo do dispositivo transexualizador por um modelo que se baseie na autonomia e decisão compartilhada, centrada na própria pessoa trans.

Para Rodrigo Borba (2016), com essa mudança de um modelo avaliativo-classificatório para um narrativo-performativo, seria possível reaprender a ver e ouvir, valorizando a diversidade das experiências subjetivas e corporais que constituem travestis e mulheres trans, caminhando “em direção aos saberes, experiências e significados locais e múltiplos dos/as usuários/as, transformando, assim, pacientes em pessoas” (BORBA, 2016, p. 201).

A proposta de Rodrigo Borba (2016) é, então, mostrar às instituições classificadoras, “lá mesmo onde o cuidado à saúde se dá, que a vida social está muito à frente de suas classificações” (BORBA, 2016, p. 194), pois tais práticas classificatórias e patologizantes acabam por ignorar importantes dimensões da vida e que são tão ou mais importantes, e de alto impacto, na vida dessas pessoas.

Esse caminho, que é também intencionalmente adotado para a estruturação desta dissertação, implica o reconhecimento de travestis e mulheres trans como protagonistas de

suas próprias histórias e processos de saúde, abrindo mão das tradições de patologização e tutela, desprendendo a saúde da hegemônica concepção biomédica, adotando ainda uma concepção ampliada e coletiva, que esteja aberta a ouvir sentidos transviados de saúde a partir de uma sócio-lógica (MALUF, 2015), e que pautar sua atenção de/em saúde a partir de uma escolha compartilhada, com alianças e não negociações para evitar extravios.

E se, como aponta Samantha, considerarmos que “saúde é estar bem comigo mesma, saber com quem eu ando”, entre andar com e sustentar a hegemonia biomédica que tanto exclui e silencia, ou andar com as travestis e mulheres trans e evidenciar suas concepções de saúde, nós escolhemos os afetos, companheirismos, percursos e saúdes transviadas, na certeza de que, como afirma Adriana Sales, “nós não somos só saúde e doença, nós somos muito mais”.

REFERÊNCIAS

- ABU-LUGHOD, Lila. As mulheres muçulmanas precisam realmente de salvação? Reflexões antropológicas sobre o relativismo cultural e seus Outros. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 20, n. 2, p. 451-470, mai./ago. 2012.
- AMARAL, Regiane da Silva. **Adolescência, juventude e HIV/Aids**: estudo de fatores associados. 2016. 85f. Dissertação (Mestrado em Gestão de Programas e Serviços de Saúde) – Programa de Pós-graduação em Gestão de Programas e Serviços de Saúde, Universidade Ceuma, São Luís, 2016.
- ANTOLOGIA Trans**. 30 poetas trans, travestis e não-binários. São Paulo: Invisíveis Produções, 2017.
- ANZALDÚA, Gloria. Falando em línguas: uma carta para as mulheres escritoras do terceiro mundo. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 8, n. 1, p. 229-236, 1º sem. 2000.
- ARARUNA, Maria Léo Fontes Borges. O direito à cidade em uma perspectiva travesti: uma breve autoetnografia sobre socialização transfeminina em espaços urbanos. **Periódicus**, Salvador, v. 1, n. 8, p. 133-153, nov. 2017- abr. 2018.
- AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado de (Orgs.). **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 117-140.
- BAGAGLI, Beatriz Pagliarini. Máquinas discursivas, ciborgues e transfeminismo. **GÊNERO**, Niterói, v. 14, n. 1, 2º sem. 2013.
- BAHRI, Deepika. Feminismo e/no pós-colonialismo. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 21, n. 2, mai./ago. 2013.
- BARBOSA, Leandro. Primeira advogada trans negra do MS: ‘Todo mundo gosta de travesti na esquina, não na universidade’. **The Intercept Brasil**, set. 2019. Disponível em: <<https://theintercept.com/2019/09/05/primeira-advogada-trans-do-ms-todo-mundo-gosta-de-travesti-na-esquina-nao-na-universidade/>>. Acesso em: 10 set. 2019.
- BAREMBLITT, Gregorio F. **Compêndio de análise institucional e outras correntes**: teoria e prática, 5. ed., Belo Horizonte, MG: Instituto Felix Guattari, 2002, 213 p.
- BARROS, Mariana Leal de; BAIRRÃO, José Francisco Miguel Henriques. Performances de gênero na umbanda: a pombagira como interpretação afro-brasileira de “mulher”? **Revista do Instituto de Estudos Brasileiros**, Brasil, n. 62, p. 126-145, dez. 2015.
- BECKER, Simone; OLIVEIRA, Esmael Alves de. Educação e direitos para (in) humanos? desafios e reflexões sobre os dilemas de LGBT’s perante o discurso jurídico brasileiro. **Revista Tempos e Espaços em Educação**, v. 09, p. 163-179, 2016.
- BENEDETTI, Marcos. **Toda feita**: O corpo e o gênero das travestis. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

BENTO, Berenice. **A reinvenção do corpo**: sexualidade e gênero na experiência transexual. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

BERKINS, Lohana. O direito absoluto sobre os nossos corpos. **Arquivo Marxista na Internet**, dez. 2000. Disponível em: <<https://www.marxists.org/portugues/berkins/2000/12/18.htm>>. Acesso em: 05 ago. 2020.

BIRMAN, Patrícia. Relações de Gênero, Possessão e Sexualidade. **PHYSIS - Revista de Saúde Coletiva**, v. 1, n. 2, p. 37-57, 1991.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, set. 1990.

BRASIL. **Política nacional de saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BORBA, Rodrigo. **O (des)aprendizado de si**: transexualidades, interação e cuidado em saúde. Rio de Janeiro: FioCruz, 2016.

BRAZ, Camilo. Vidas que esperam? Itinerários do acesso a serviços de saúde para homens trans no Brasil e na Argentina. **Cad. Saúde Pública**, v. 35, n. 4, 2019.

BRUME, Eliane; SILVA, Lygia Barbosa da. **Laerte-se**. Documentário. Português, 1h 41 min. Brasil, 2017.

BUARQUE, Chico. Geni e o Zepelim. In: BUARQUE, Chico. **Ópera do Malandro**. Universal, 1978. 1 disco sonoro, faixa 9.

BUTLER, Judith. Atos performáticos e a formação dos gêneros: um ensaio sobre fenomenologia e teoria feminista. In: HOLLANDA, Heloisa Buarque de (Org.). **Pensamento feminista**: conceitos fundamentais. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo, 2019a.

BUTLER, Judith. **Problemas de gênero**: feminismo e subversão da identidade. 17. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2019b.

BUTLER, Judith. Corpos que pesam: sobre os limites discursivos do “sexo”. **Territórios de Filosofia**, dez. 2014. Disponível em: <<https://territoriosdefilosofia.wordpress.com/2014/12/12/corpos-que-pesam-sobre-os-limites-discursivos-do-sexo-judith-butler/>>. Acesso em: 12 set. 2019.

CAETANO, Marcio et al. (Orgs.). **Quando ousamos existir**: itinerários fotobiográficos do movimento LGBTI Brasileiro (1978-2018). Tubarão: Copiart; Rio Grande, RS: FURG, 2018.

CAMARGO JR, Kenneth Rochel de. A biomedicina. **PHYSIS – Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 15 (suplemento), p. 177-201, 2005.

CARDOSO, Cláudia Pons. Feminismos e os desafios atuais do pós-colonial: a contribuição de feministas negras no Brasil. In: FUNCK, Susana Bornéo; MINELLA, Luzinete Simões;

ASSIS, Gláucia de Oliveira (Orgs.). **Linguagens e narrativas**: desafios feministas, v. 1. Tubarão: Copiart, 2014.

CARNEIRO, Sueli. Enegrecer o feminismo: a situação da mulher negra na América Latina a partir de uma perspectiva de gênero. In: **Racismos contemporâneos**. Rio de Janeiro: Takano Editora, 2003. p. 49-58.

CARRARA, Sérgio et al. Body construction and health itineraries: a survey among travestis and trans people in Rio de Janeiro, Brazil. **Cad. Saúde Pública**. v. 35, n. 4, 2019.

CARVALHO, Mario Felipe de Lima. **Que mulher é essa?**: identidade, política e saúde no movimento de travestis e transexuais. 2011. 147f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

CLASTRES, Pierre, **A sociedade contra o Estado**: pesquisas de antropologia política. Tradução: Theo Santiago. São Paulo: UBU, 2007.

CLIFFORD, James. Sobre a autoridade etnográfica. In: **A experiência etnográfica** – Antropologia e literatura no século XX. Rio de Janeiro: Editora da UFRJ, 2002.

COLLING, Leandro. Teoria Queer. In: ALMEIDA, Maria Cândida Ferreira de (Org.). **Mais definições em trânsito**. UFBA: CULT- Centro de Estudos Multidisciplinares em Cultura. Disponível em: < http://www.cult.ufba.br/p_maisdefinicoes.html>. Acesso em: 06 de jun. 2020.

COLLINS, Patricia Hill. O poder da auto-definição. In: HOLLANDA, Heloisa Buarque de (Org.). **Pensamento feminista**: conceitos fundamentais. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo, 2019.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº 2.265, de 20 de setembro de 2019. **Diário Oficial da União**, 1 jan. 2020, seção 1, p. 96.

CUNHA, Gustavo Tenório; CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Apoio matricial e atenção primária em saúde. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 20, n. 4, p. 961-970, 2011.

CZERESNIA, Dina. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado de. (Orgs.). **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

DA MATTA, Roberto. O ofício de etnólogo, ou como ter anthropological blues. In: NUNES, Edson de Oliveira (Org.). **A aventura sociológica**: objetividade, paixão, improviso e método na pesquisa social. Rio de Janeiro: Zahar, 1978, p. 23-35.

DELEUZE, Gilles. **Diferença e repetição**. Rio de Janeiro/São Paulo: Paz e Terra, 2018.

DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. **Mil platôs**: capitalismo e esquizofrenia - Vol. 3. Tradução de Aurélio Guerra neto et al. Rio de Janeiro: Editora 34, 1996.

DUMARESQ, Leila. Ensaio (travesti) sobre a escuta (cisgênera). **Periódicus**, v. 1, n. 5, p. 121-131, mai./out. 2016.

DUQUE, Tiago. **Gêneros incríveis**: um estudo sócio-antropológico sobre as experiências de (não) passar por homem e/ou mulher. Campo Grande: EDUFMS, 2017.

DUQUE, Tiago. **Montagens e desmontagens**: vergonha, estigma e desejo na construção das travestilidades na adolescência. Dissertação (mestrado). Universidade Federal de São Carlos, Programa de Pós-graduação em Sociologia, São Carlos, 2009.

FAVERO, Sofia. Por uma ética pajubariana: a potência epistemológica das travestis intelectuais. **Equatorial**, v. 7 n. 12, p. 1-22, jan./jun. 2020.

FAVRET-SAADA, Jeane. Ser afetado. **Cadernos De Campo** (São Paulo - 1991), v. 13, n. 13, p. 155-161, 2005.

FEITOSA, Cleyton. Políticas públicas LGBT no Brasil: um estudo sobre o Centro Estadual de Combate à Homofobia de Pernambuco. **Sexualidad, Salud y Sociedad** - Revista Latinoamericana, n. 32, p. 90-118, ago. 2019.

FEMENÍAS, María Luisa. Esbozo de un feminismo latinoamericano. **Revista Estudios Feministas**, v. 15, n. 1, p. 11-25, Florianópolis, 2007.

FERNANDES DE SOUZA, Emilly Mel; ASSUNÇÃO DA SILVA, Leilane. A epistemologia do barraco: uma breve história do movimento LGBTI em geral. **Inter-Legere**, Natal, v. 1, n. 21, p. 106-121, jul./dez. 2017.

FERREIRA, Jaqueline; SANTO, Wanda Espírito. Os percursos da cura: abordagem antropológica sobre os itinerários terapêuticos dos moradores do complexo de favelas de Manguinhos, Rio de Janeiro. **PHYSIS** - Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 179-198, 2012.

FERREIRA, Paulo Rogers. **Os afectos mal-ditos**: o indizível nas sociedades camponesas. São Paulo: Hucitec, 2008.

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade I**: a vontade de saber. 13. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1999a.

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade III**: o cuidado de si. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. 2. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2015.

FOUCAULT, Michel. **Segurança, território, população**: curso dado no Collège de France (1977-1978). 1. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2008. 572 p.

FOUCAULT, Michel. Tecnologias de si. **Verve**, volume 6, p. 321-360, 2004.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir**: história da violência nas prisões. 20. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 1999b.

FREIRE, Lucas. Certificações do Sexo e Gênero: a produção de verdade nos pedidos judiciais de requalificação civil de pessoas transexuais. **Mediações**, Londrina, v. 20, n. 1, p. 89-107, jan./jun. 2015.

GONZALEZ, Lélia. Racismo e sexismo na cultura brasileira. **Revista Ciências Sociais Hoje**, Anpocs, p. 223-244, 1984.

GUATTARI, Félix; ROLNIK, Suely. **Micropolítica**: cartografias do desejo. Petrópolis: Vozes, 2013, p. 33-146.

GUEDES, Carla Ribeiro; NOGUEIRA, Maria Inês; CAMARGO JR., Kenneth R. de. A subjetividade como anomalia: contribuições epistemológicas para a crítica do modelo biomédico. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 4, p.1093-1103, 2006.

HARAWAY, Donna. Manifesto ciborgue: ciência, tecnologia e feminismo-socialista no final do século XX. In: TADEU, Tomaz (Org.). **Antropologia do ciborgue**: As vertigens do pós-humano. 2. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2009.

HOOKS, Bell. Mulheres negras: moldando a teoria feminista. **Rev. Bras. Ciênc. Polít.** [online]. n. 16, p. 193-210, 2015.

JESUS, Jaqueline Gomes de. Cidadania LGBTTTTI e políticas públicas: identificando processos grupais e institucionais de desumanização. In: BENTO, Berenice; FÉLIX-SILVA, Antônio Vladimir (Orgs.). **Desfazendo gênero**: subjetividade, cidadania e transfeminismo. Natal: EDUFRN, 2015, p. 341-358.

KERNER, Ina. Tudo é interseccional? Sobre a relação entre racismo e sexismo. **Novos estudos CEBRAP**, São Paulo, n. 93, p. 45-58, 2012.

LAURETIS, Teresa de. Teoria queer, 20 anos depois: identidade, sexualidade e política. In: HOLLANDA, Heloisa Buarque de (Org.). **Pensamento feminista**: conceitos fundamentais. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo, 2019.

LEITE JR, Jorge. **Nossos corpos também mudam**: a invenção das categorias “travesti” e “transexual” no discurso científico. São Paulo: Annablume/FAPESP, 2011.

LIMA, Carlos Henrique Lucas. **Linguagens pajubeyras: re(ex)sistência cultural e subversão da heteronormatividade**. Salvador: Devires, 2017.

LORDE, Audre. Não existe hierarquia de opressão. In: HOLLANDA, Heloisa Buarque de (Org.). **Pensamento feminista**: conceitos fundamentais. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo, 2019.

LUSTOSA, Tertuliana. Manifesto Traveco-terrorista. **Concinnitas**, ano 17, v. 01, n. 28, p. 384-409, set. 2016.

MACHADO, Paula Sandrine. O sexo dos anjos: um olhar sobre a anatomia e a produção do sexo (como se fosse) natural. **Cadernos Pagu**, n. 24, p. 249-281, 2005.

MALUF, Sônia Weidner. Antropologia, narrativas e a busca de sentido. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, ano 5, n. 12, p. 69-82, dez. 1999.

MALUF, Sônia Weidner. Biolegitimacy, rights and social policies: New biopolitical regimes in mental healthcare in Brazil. **Vibrant, Virtual Braz. Anthr.**, Brasília, v. 12, n. 1, p. 321-350, jun. 2015.

MARCUS, George E. O intercâmbio entre arte e antropologia: como a pesquisa de campo em artes cênicas pode informar a reinvenção da pesquisa de campo em antropologia. **Revista de Antropologia**, São Paulo, USP, v. 47 n. 1, 2004.

MARILAC, Luísa; QUEIROZ, Nana. **Eu, travesti**: Memórias de Luísa Marilac. 2. ed. Rio de Janeiro: Record, 2019.

MATO GROSSO DO SUL. **Decreto nº 12.212**, de 18 de dezembro de 2006. Regulamenta a Lei nº 3.157, de 27 de dezembro de 2005, que dispõe sobre as medidas de combate à discriminação devido a orientação sexual no âmbito do Estado de Mato Grosso do Sul. Campo Grande, dez. 2006.

MCCLINTOCK, Anne. Introdução: pós-colonialismo e o anjo do progresso. In: MCCLINTOCK, Anne. **Couro imperial**: raça, gênero e sexualidade no embate colonial. Campinas: EdUNICAMP, 2010. p. 15-40.

MEDEIROS, Patrícia Flores; BERNARDES, Anita Guazzelli; GUARESCHI, Neuza M. F. o conceito de saúde e suas implicações nas práticas psicológicas. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. v. 21 n. 3, p. 263-269, set-dez. 2005.

MELLO, Luiz; GONCALVES, Eliana. Diferença e interseccionalidade: notas para pensar práticas de saúde. **Revista do Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais da UFRN**, v. 11, n. 2, p. 163-173, 2010.

MELLO, Luiz et al. Políticas de saúde para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no Brasil: em busca de universalidade, integralidade e equidade. **Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana**, n. 9, dez. 2011.

MOIRA, Amara et al. **Vidas trans**: A coragem de existir. Bauru: Astral Cultural, 2017.

MOIRA, Amara. **E se eu fosse pura**. 2. ed. São Paulo: Hoo Editora, 2018.

MOMBAÇA, Jota. Pode um cu mestiço falar? **Medium**, jan. 2015. Disponível em: <<https://medium.com/@jotamombaca/pode-um-cu-mestico-falar-e915ed9c61ee>> Acesso em: 15 out. 2020.

NASCIMENTO, Letícia Carolina Pereira. Eu não vou morrer: solidão, autocuidado e resistência de uma travesti negra e gorda para além da pandemia. **Inter-Legere**, v. 3, n. 28, p. 1-22, 2020.

NEER, Anahí Farji. Reconfiguraciones del rol de la psicoterapia en el marco de los tratamientos de construcción corporal trans (Argentina, 1997-2017). In: BRAZ, Camilo;

HENNING, Carlos Eduardo (Orgs.). **Gênero, sexualidade e saúde**: Diálogos latino-americanos. Goiânia: Editora da Imprensa Universitária, 2017.

NEVES, Benjamim Braga de Almeida. **Transmasculinidades e o cuidado em saúde**: desafios e impasses por vidas não-fascistas. 2015. 130f. Dissertação (Mestrado em Clínica Médica) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

NUNES, Everardo Duarte. Saúde Coletiva: uma história recente de um passado remoto. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et al (Orgs.). **Tratado de saúde coletiva**. Fiocruz e Hucitec, 2006.

OLIVEIRA, Esmael Alves de; ARAUJO, Joalisson Oliveira. Marcas necropolíticas sobre corpos dissidentes em Mato Grosso do Sul / MS. **Perspectivas em Diálogo**, Naviraí, v. 7, n. 14, p. 295-306, jan./jun. 2020.

OLIVEIRA, Esmael Alves de; MARTINS, Catia Paranhos; NASCIMENTO, Letícia Carolina Pereira do. “Laerte-se” e “Tomboy”: convites às experimentações de si. **Ambivalências**, v. 7, n. 13, p. 109-126, jan.-jun. 2019.

OLIVEIRA, Megg Rayara Gomes de. Por que você não me abraça?: Reflexões a respeito da invisibilização de travestis e mulheres transexuais no movimento social de negras e negros. **SUR - Revista Internacional de Direitos Humanos**, v. 15, n. 28, p. 167-179, 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Declaração de Alma-Ata. In: **Conferência internacional sobre cuidados primários de saúde**. 1978, set 6-12, Alma Ata, Cazaquistão, 1978.

PELÚCIO, Larissa. Marcadores Sociais da Diferença nas Experiências Travestis de Enfrentamento à aids. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 20, n. 1, p. 76-85, 2011.

POMPEU, Ana. Direito à autodeterminação: STF autoriza pessoa trans a mudar nome mesmo sem cirurgia ou decisão judicial. **CONJUR**, mar. 2018. Disponível em: <<https://www.conjur.com.br/2018-mar-01/stf-autoriza-trans-mudar-nome-cirurgia-ou-decisao-judicial>> Acesso em: 13 mai. 2020.

PRECIADO, Paul B. Tecnologias do sexo. In: PRECIADO, Paul B. **Manifesto contrassexual**. Tradução de Maria Paula Gurgel Ribeiro. São Paulo: n-1 edições, 2017, p. 147-168.

PRECIADO, Paul B. O que é a contrassexualidade? In: HOLLANDA, Heloisa Buarque de (Org.). **Pensamento feminista**: conceitos fundamentais. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo, 2019.

PRECIADO, Paul Beatriz. **Testo junkie**: sexo, drogas e biopolítica na era farmacopornográfica. Tradução de Maria Paula Gurgel Ribeiro. São Paulo: n-1 edições, 2018.

REVISTA ESTUDOS TRANSVIADES, v. 1, n. 1, jul. 2020. Disponível em: <revistaestudostransviades.wordpress.com/blog-2/>. Acesso em: 20 jul. 2020.

ROCON, Pablo Cardozo et al. O que esperam pessoas trans do Sistema Único de Saúde? **Interface**. Botucatu, v. 22, n. 64, p. 43-53, 2018.

ROCHA, Thiago Batista. **Entre lá e cá: nexos e mediações na produção de um ensaio clínico**. Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: PPGAS/UFRGS, 2019.

RUDDY. **In... confidências mineiras e outras histórias**. Rio de Janeiro: Razão Cultural, 1999.

RUDDY. **Liberdade ainda que profana**. Rio de Janeiro: Razão Cultural, 1998.

SALES, Adriana; LOPES, Herbert de Proença; PERES, Wiliam Siqueira. Despatologizando as travestilidades e transexualidades: saúde mental e direitos. **Periódicus** Revista de estudos indisciplinados em gêneros e sexualidades, Salvador, v. 1, n. 5, mai.-out. 2016.

SALES, Adriana; SIMPSON, Keila. Cartografias travestis: perspectivas metodológicas de guerrilha nos diálogos com o movimento social organizado. **Revista Brasileira de Estudos da Homocultura**, v. 1, p. 25-46, 2018.

SCHUSTER, Haydeé Tainá. Interfaces entre os agenciamentos políticos do Estado e das micropolíticas das travestis do Zero na Baixada Cuiabana. **Aceno** – Revista de Antropologia do Centro-Oeste, v. 6, n. 11, p. 97-110, jan.-jul. 2019.

SEFFNER, Fernando. Sigam-me os bons: apuros e aflições nos enfrentamentos ao regime da heteronormatividade no espaço escolar. **Educ. Pesqui.** [online]. v. 39, n. 1, p.145-159, 2013.

SILVA, Hélio R. S. **Travestis: entre o espelho e a rua**. Rio de Janeiro: Rocco, 2007.

SILVA, Livia Karoline Moraes da et al. Uso do nome social no Sistema Único de Saúde: elementos para o debate sobre a assistência prestada a travestis e transexuais. **Physis** Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 835-846, 2017.

SONTAG, Susan. **Doença e suas metáforas**. Aids e suas metáforas. São Paulo: Companhia das Letras, 2007.

TADEU, Tomaz. Nós, ciborgues: O corpo elétrico e a dissolução do humano. In: TADEU, Tomaz (Org.). **Antropologia do ciborgue: As vertigens do pós-humano**. 2. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2009.

TOROSSIAN, Sandra Djamboladjian; RIVERO, Nelson Estamado. Políticas Públicas e modos de viver: A produção de sentidos sobre a vulnerabilidade. In: CRUZ, Lilian Rodrigues da; GUARESCHI, Neuza (Org.). **Políticas públicas e assistência social: diálogo com as práticas psicológicas**. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2012.

TRANSEMPREGOS. Histórico. **TransEmpregos**. Disponível em: <<https://www.transempregos.org/transempregos>>. Acesso em: 14 fev. 2021

VERGUEIRO, Viviane. **Por inflexões decoloniais de corpos e identidades de gênero inconformes: uma análise autoetnográfica da cisgeneridade como normatividade**. Dissertação

(mestrado) – Universidade Federal da Bahia, Instituto de Humanidades, Artes e Ciências
Professor Milton Santos, Salvador, 2015.

VIEIRA, Leonardo Triandopolis. **Orgasmografia**. Campo Grande: Não Sou Uma Editora, 2017a.

VIEIRA, Leonardo Triandopolis. **Pedaços humanos**. Campo Grande: Não Sou Uma Editora, 2017b.

ZOURABICHVILI, François. **O vocabulário de Deleuze**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 2004.