

TRAVESTIS, TERRITÓRIOS E PREVENÇÃO DE AIDS NUMA CIDADE DO INTERIOR DE SÃO PAULO

THIAGO TEIXEIRA SABATINE

**TRAVESTIS, TERRITÓRIOS E
PREVENÇÃO DE AIDS
NUMA CIDADE DO INTERIOR
DE SÃO PAULO**

Conselho Editorial Acadêmico
Responsável pela publicação desta obra

Prof. Dr. Luís Antonio Francisco de Souza (Coordenador)

Prof. Dr. Antônio Mendes da Costa Braga

Prof. Dr. Jair Pinheiro

Profª Drª Rosângela de Lima Vieira

THIAGO TEIXEIRA SABATINE

TRAVESTIS, TERRITÓRIOS
E PREVENÇÃO DE AIDS
NUMA CIDADE DO
INTERIOR DE SÃO PAULO

CULTURA
ACADÊMICA 
Editora

© 2013 Editora UNESP

Cultura Acadêmica

Praça da Sé, 108

01001-900 – São Paulo – SP

Tel.: (0xx11) 3242-7171

Fax: (0xx11) 3242-7172

www.editoraunesp.com.br

feu@editora.unesp.br

CIP – Brasil. Catalogação na fonte

Sindicato Nacional dos Editores de Livros, RJ

S117t

Sabatine, Thiago Teixeira

Travestis, territórios e prevenção de aids numa cidade do interior de São Paulo [recurso eletrônico] / Thiago Teixeira Sabatine. – 1. ed. – São Paulo : Cultura Acadêmica, 2013.

recurso digital

Formato: ePub

Requisitos do sistema: Adobe Digital Editions

Modo de acesso: World Wide Web

ISBN 978-85-7983-441-7 (recurso eletrônico)

1. Travestilidade – São Paulo (SP). 2. AIDS (Doença) – Prevenção.
3. Educação sexual. 4. Homossexualidade e educação. 5. Livros eletrônicos. I. Título.

13-06420

CDD: 306.76098161

CDU: 316.346.2-055.3(815.61)

Este livro é publicado pelo Programa de Publicações Digitais da Pró-Reitoria de Pós-Graduação da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” (UNESP)



Asociación de Editoriales Universitarias
de América Latina y el Caribe



Associação Brasileira de
Editoras Universitárias

SUMÁRIO

Agradecimentos	7
Lista de abreviaturas e siglas	9
Introdução	11
1. Territórios e sociabilidade	29
2. O cotidiano e as doenças	77
3. “Tô na área”: interações entre o PRRD e as travestis	111
4. Sexualidade, poder e direito	187
5. Corpo, beleza e saúde	211
Apontamentos finais	241
Referências bibliográficas	247

AGRADECIMENTOS

Este livro foi escrito a partir de minha dissertação de mestrado, apresentada em março de 2012 ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, *campus* de Marília. Agradeço a todos que contribuíram de diferentes maneiras para a realização da pesquisa agora transformada em livro; sem o envolvimento com as pessoas que compartilharam de minhas inquietações, este trabalho não viria a lume.

Ao professor Júlio Assis Simões e à professora Larissa Pelúcio, pelas críticas durante a qualificação da dissertação, correções e sugestões, fundamentais para o desenvolvimento e conclusão do estudo. Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, do Departamento de Sociologia e Antropologia e do Departamento de Ciências Políticas e Econômicas, fundamentais para meu crescimento intelectual. Aos colegas do Grupo de Estudos em Segurança Pública (Gesp) e do Observatório de Segurança Pública (OSP), pelas calorosas discussões acadêmicas. À secretária do Departamento de Sociologia e Antropologia, Lucia Rodrigues Trindade Garcia, pela atenção sempre dedicada e carinhosa, e à secretária do Departamento de Ciências Políticas e Econômicas, Edna Aparecida Olian, pelos momentos alegres. Aos funcionários do

Escritório de Pesquisa da UNESP, sempre prestativos com asapeladas técnicas do projeto de pesquisa.

Ao meu amigo Renato Ubirajara dos Santos Botão, pelos ensinamentos, apoio e hospedagem. Ao meu amigo Paulo Lúcio dos Santos, sempre prestativo e cuidadoso. Aos técnicos e agentes de saúde do Programa de Redução de Riscos e Danos em DST/Aids, pela confiança e por compartilharem suas experiências. Às travestis de Charmosa pela confiança, carinho, proteção e lições. A meu amigo Osvaldo Fidelis, *in memoriam*.

À minha mãe, Rosângela, por seu amor; ao meu padrasto Cido, pelo carinho; ao meu irmão Rodrigo e às minhas irmãs Bianca e Franciele, pelo intenso convívio e afeto; ao meu pai, Elizeo, *in memoriam*. Aos amigos de Charmosa, que muitas vezes, sem saber, contribuíram para a realização deste estudo.

Agradeço ao meu orientador, Luís Antônio Francisco de Souza, pelo apoio, amizade e por ensinar que fazer pesquisa é um desafio apaixonante. Com ele tenho o prazer de trabalhar nestes últimos oito anos e, sem sua dedicação e cuidado, o presente estudo simplesmente não existiria.

Agradecimentos especiais à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Fapesp), que apoiou e financiou a pesquisa no mestrado, bem como em seus primeiros delineamentos durante a graduação.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Aids	Síndrome da imunodeficiência humana
Caps	Centro de Atenção Psicossocial
CID-10	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – Décima Revisão
Coas	Centro de Orientação e Apoio Sorológico
Comap	Conselho Municipal de Avaliação em Pesquisa
CRT DST/Aids-SP	Centro de Referência e Treinamento DST/Aids-SP
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
DST	Doenças sexualmente transmissíveis
GLS	Gays, lésbicas e simpatizantes
HEM	Hospital Psiquiátrico de Charamosa
HC	Hospital das Clínicas
HCV	Vírus da hepatite C
HIV	Vírus da imunodeficiência humana
HSH	Homens que fazem sexo com homens
LGBT	Lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais
MI	Ambulatório de Moléstias Infecciosas – Hospital das Clínicas

OMS	Organização Mundial da Saúde
PAM	Plano de Ações e Metas
PE-DST/Aids	Programa Estadual de DST/Aids-SP
PM-DST/Aids	Programa Municipal de DST, Aids e Hepatites
PN-DST/Aids	Programa Nacional de DST/Aids
PRRD	Programa de Redução de Riscos e Danos em DST/Aids
PSX	Profissional do sexo
SAE	Serviço de Atendimento Especializado
Sial	Sistema de Informação Ambulatorial Local
Sinan	Sistema Nacional de Agravos de Notificação
SMS	Secretaria Municipal da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UDI	Usuário de drogas injetáveis
Upes	Unidade de Prevenção em Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família
TIG	Transtorno de identidade de gênero

INTRODUÇÃO

A experimentação do corpo possui incontestável valor entre as travestis, revelando tanto a insubordinação à anatomia e às normas que prescrevem o reconhecimento de gênero como o modo particular pelo qual podemos observar seu abarcamento. O corpo é a fonte de realização pessoal, e a sua construção se liga fortemente aos anseios contemporâneos de forjar técnicas para maximizar a beleza e a saúde. Mesmo em tensão com os discursos e as práticas normativas, as travestis se apropriam das ferramentas disponíveis para agir sobre a condução de si.

A incorporação transgressiva das tecnologias de gênero viabiliza novos significados aos artifícios que constroem os corpos, supostamente naturais, dentro de um campo de inteligibilidade binário que assegura a naturalidade do masculino e do feminino apoiada nas normas reprodutivas da heterossexualidade. Confundindo os binarismos, apropriam-se de concepções de feminilidade constituídas por esses mesmos padrões normativos e passam a ser capturadas no cotidiano como perigosas para a ordem social. Entretanto, isso não significa que dela não façam parte.

No tortuoso processo de incorporação da feminilidade, demonstram que os gêneros são relacionais e plurais, e incomodam os discursos que instituem a diferença sexual como algo natural quando,

na verdade, se vincula a processos políticos de reconhecimento ligados aos códigos de significação social e controle do corpo.

No cotidiano, as travestis são observadas com olhares de reprovação, como a degradação do humano. A partir das relações de poder que fixam a normalidade, elas são impelidas a viver territórios de abjeção, excluídas da esfera pública como sujeitos de direitos, não obtendo o reconhecimento como cidadãs que merecem respeito, proteção e expressão plena.

Os processos de transformação envolvem as travestis em seus projetos de vida e ultrapassam a racionalidade oficial dos discursos sobre o cuidado corporal. De acordo com as necessidades cotidianas, mobilizam práticas que não se coadunam com a pretensão disciplinadora da saúde pública, que estimula o ideal de autogestão sem riscos à vida.

As experiências das travestis tornaram-se objetos de suspeitas que conformam uma maneira de lidar com a saúde. Encontram referências na esfera pública em função de uma suposta permeabilidade às doenças sexualmente transmissíveis. O imaginário social e as ações que buscam policiar as suas condutas operam com ênfase na associação entre travestis, prostituição e sexualidade desregrada.

Os serviços de saúde formulam o risco e o perigo da aids como inerentes aos estilos de vida e condutas, sobrepondo normas aos sujeitos para a gestão da sexualidade pautada pelo modelo saudável e seguro. Por outro lado, essas intervenções têm implicações amplas na gestão de vulnerabilidades e estigmas que afetam as travestis, e passam por um processo de apropriação e ressignificação no cotidiano.

A presente investigação, com base empírica, entre as travestis que se prostituem numa cidade do interior de São Paulo, a qual denominaremos de Charmosa,¹ encontra políticas que as visam por

1. A fim de preservar a identidade dos participantes da pesquisa, mascaramos seus nomes e denominamos o lócus empírico de observação como município de Charmosa. O município localiza-se no interior paulista e possui cerca de 220 mil habitantes. Com uma geografia particular, a cidade foi sendo cons-

meio da interação de agentes e técnicos que trabalham na prevenção da aids e de DST. Assim, é fundamental problematizar as ações empreendidas e/ou propostas para a promoção da qualidade de vida e saúde, bem como suas implicações na gestão da sexualidade e da saúde corporal das travestis que se prostituem na cidade.

As técnicas de pesquisa são orientadas, sobretudo, pela valorização das perspectivas dos sujeitos em relação à sexualidade, gênero e saúde corporal, com observação face a face nas redes por onde transitam e negociam suas identidades, entrevistas e análise das práticas preventivas mobilizadas nas interações sociais dos agentes e técnicos de saúde com as travestis.

Nessas relações, as travestis se tornam alvo de prescrições que estabelecem critérios para a conduta sexual. Por meio do *dispositivo de aids* são configuradas ações marcadas por duplo interesse: ora dinamizar a politização de direitos e reconhecimento, ora estigmatizar os sujeitos, ressaltando os perigos para a sociedade, pois esses sujeitos carregam as marcas das formas não convencionais de obtenção de prazeres.

O *dispositivo de aids* regula as verdades sobre os sujeitos, indica trilhas para a conduta segura e instiga uma vida produzida por seus preceitos, mas suas prescrições, na maioria das vezes restritivas, se chocam com as aspirações diversas que orientam os sujeitos na experimentação de si e mostram seus limites para dirigir as pessoas por fins racionais. Nesse sentido, para compreender a emergência de olhares para a saúde das travestis a partir das ações do Estado, problematizo as iniciativas, planos e o caráter centrado na prevenção da aids das políticas de saúde.

Para descrever as respostas institucionais de Charmosa para a prevenção e controle da aids, articulo uma etnografia junto aos

truída sobre um espigão de serra, com terrenos de tabuleiro ondulado, contornados pelos despenhadeiros que exibem a origem sedimentária do platô. As belas paisagens da cidade contrastam com indicadores de qualidade de vida, que mostram as distribuições desiguais de recursos sociais disponíveis entre seus habitantes.

agentes e técnicos de saúde alocados no Programa de Redução de Riscos e Danos de DST e Aids de Charmosa (PRRD) e minhas interações com as travestis. Observando como os atores dão significado às interações, podemos refletir sobre as particularidades do desenho da política local e sobre o envolvimento com as travestis e concepções acerca do cotidiano em que atuam.

Ao adentrarmos os territórios de prostituição travesti de Charmosa, analisamos as práticas e os significados atribuídos às diferentes territorialidades que agenciam as travestis e as outras pessoas com quem interagem. Também analisamos os significados sobre a saúde mobilizados pelas travestis, especialmente no que diz respeito aos processos de transformação corporal, ao risco à aids e às interações com os serviços de saúde.

As injunções para o cuidado com a saúde e as indicações de prevenção envolvem o cotidiano das travestis. Entretanto, elas burlam os códigos e salientam o corpo com novos rearranjos que evidenciam as construções subjetivas que possibilitam subverter o discurso usando ferramentas que o constituem.

Delineamentos do campo de pesquisa

A aids continua moldando sentimentos de medo, morte e referindo seu estigma a modos de vidas e sexualidades que não se enquadram nos padrões heteronormativos. Entre as travestis com quem convivi na cidade de Charmosa, a doença manifesta-se de modo intenso e polissêmico e é abarcada por prescrições para a saúde e preocupações normalizadoras do Programa de Redução de Riscos e Danos em DST e Aids de Charmosa (PRRD), que elege as travestis que se prostituem nas dinâmicas do controle da epidemia de HIV. Esse lócus ofereceu um primeiro passo para clarificar o problema de pesquisa.

As experiências envolvidas nas práticas e discursos preventivos de DST e aids refletem um meio para a redução de riscos relacionados à saúde, ou a verificação dos problemas de saúde acionados

pelas travestis gozam de certa invisibilidade e incompatibilidade com as políticas de saúde que as elegem?

Os valores que circulam entre as sociabilidades das travestis apontam para a dimensão ambígua das instâncias promotoras de direitos em saúde, que, a despeito de suas técnicas positivas de intervenção e transformação, acionam normas que forjam limites para a inclusão desse segmento no acesso aos recursos sociais que influenciam o bem-estar.

A intenção de explicar essas relações me levou a contatar a Secretaria Municipal da Saúde a fim de obter uma autorização para entrevistar e acompanhar os agentes e técnicos de saúde do programa preventivo de DST e aids em suas incursões pelos territórios sexuais das travestis. A aproximação exigiu entrevistas informais com a coordenação dessa área na Secretaria Municipal da Saúde, que procurou conhecer as intenções da pesquisa, bem como esclareceu os procedimentos para obter a autorização por meio do Conselho Municipal de Avaliação em Pesquisa da Saúde (Comap). Essa autorização atendia as exigências do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Filosofia e Ciências que aprovou o projeto e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que compõe a presente investigação.

O processo de definição e exploração de campo trouxe uma nova e inquietante possibilidade. O Programa de Redução de Riscos e Danos em DST e Aids (PRRD) estava contratando novos agentes de saúde para repor funcionários de sua equipe, e, no período de abril de 2009, recebi um telefonema da supervisão com um convite para trabalhar no programa.

Numa reunião com a equipe gestora do programa discutimos a situação de confronto entre as questões que direcionavam minha inserção enquanto pesquisador e a interferência da aprendizagem de uma posição enquanto funcionário do programa, que possui seus ordenamentos específicos. De modo surpreendente, a intenção da equipe gestora era, explicitamente, proporcionar um ambiente a ser conhecido, uma facilidade que, de outro lado, denunciava a expectativa de retribuição para melhorar a direção das ações por ela realizadas.

As expectativas concretas de realização da pesquisa mostraram-se diversas com a mudança de posição desenvolvida de um ponto de vista institucional, pois revelava a possibilidade de inquirir o cotidiano dos agentes de saúde e avançar no sentido de aprender suas representações e práticas vivenciadas no cotidiano deste trabalho e a especificidade de suas relações com as travestis.

Nessa época, fui alocado na equipe que atuava com usuários de drogas injetáveis, composta de uma agente de saúde, eu e o motorista encarregado de transportar a nós e aos insumos de prevenção. Éramos responsáveis pelo trabalho de educação para prevenção entre moradores de favelas de Charmosa. Na verdade, o trabalho não se limitava aos usuários de drogas – que recebiam orientações para o uso de preservativos e kits de redução de danos compostos de equipamentos higiênicos para a aplicação de drogas injetáveis –, mas também a *população em geral*, pois o PRRD passava por uma reorientação para abarcá-la nos termos dos gestores do programa.

Eram realizadas visitas a bares mapeados pelo programa e a residências dos moradores das favelas, com o intuito de divulgar amplamente os discursos preventivos aos moradores e distribuir insumos – como os preservativos masculino e feminino e panfletos com orientações de prevenção – e, eventualmente, encaminhar os usuários com suas queixas aos serviços de saúde do município e para o exame de sorologia do HIV. Além desse grupo, as equipes eram distribuídas para atender o segmento de homens que fazem sexo com outros homens (HSH), composta de três agentes de saúde, e uma equipe voltada para atender profissionais do sexo, isto é, mulheres e travestis que se prostituem, composta de duas agentes de saúde.

Esse período foi bastante fértil para a coleta de dados relativos às interações das agentes com as travestis, embora tivesse progressivamente se afastado das observações face a face. Os horários de atuação das equipes eram mais ou menos simultâneos, iniciando no final da tarde e avançando pela noite, cada qual em seu espaço de inspeção. Apenas nas segundas-feiras reuníamos todos para retirar novos insumos, receber orientações do trabalho da equipe dirigente,

bem como registrar os atendimentos por meio dos instrumentos de controle da instituição, oportunidade em que era possível observar a rotina do trabalho, as exigências e dificuldades de acionar o discurso preventivo revelados nas narrativas sobre situações de campo e a qualidade dos relacionamentos das agentes de saúde com as pessoas que elas atendiam e com a equipe de trabalho.

Além disso, com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, realizei duas entrevistas semiestruturadas, com a coordenadora do Programa Municipal de DST, Aids e Hepatites e com a supervisora do Programa de Redução de Riscos e Danos em DST e Aids. Obtive acesso a documentos sobre a estratégia e atuação do programa fornecidos pela instituição, além dos dados sobre a política de incentivo através do *site* do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde, que disponibiliza os Planos de Ações e Metas (PAM), nos quais é possível verificar as ações desenvolvidas e seu financiamento, bem como as tendências e perfis da epidemia de aids na cidade.²

-
2. De 1985 a setembro de 2011, o município registrou 1.676 casos de HIV+/Aids e 127 óbitos pela doença. A epidemia vem apresentando queda ano a ano; em 2006, foram 92 casos notificados e, em 2010, 61 casos, sendo 69% homens e 31% mulheres. Apesar de afetar mais homens que mulheres (em 1987, para cada mulher HIV+, havia oito homens), essa razão, atualmente, caiu para uma mulher para cada dois homens. Em relação à idade, 36,2% tinham de 20 a 29 anos; 34,9% de 30 a 39 anos; 16,3% de 40 a 49 anos; 6,5% de 50 a 59 anos; 3,6% de 15 a 19 anos; 2,2% com 60 ou mais; e 0,2% de 10 a 14 anos. Quanto às causas da infecção, 49,6% foram por relações sexuais desprotegidas entre heterossexuais; 28% pelo uso de drogas injetáveis; 10,8% por relações sexuais desprotegidas entre homossexuais, 4,6% em relações bissexuais; há ainda a indicação de que, em 6,3% dos casos, a causa da infecção é desconhecida, e outros 0,7% de casos de hemotransusão, sendo que desde 1991 não ocorreram novos casos nesta categoria. Desde 2003, nenhuma criança exposta ao HIV foi considerada infectada pelo vírus. *Fonte:* Plano de Ações e Metas 2012/ Sistema Nacional de Agravos de Notificação (Sinan).

Barboza (2006) analisou as ações de descentralização da política de aids no estado de São Paulo e registrou cinco padrões de transmissão do HIV. A cidade de Charamosa inclui-se no padrão de predomínio de usuário de drogas até 1998, e no aumento de casos entre heterossexuais na década de 1990, man-

Fui funcionário do programa até o mês de agosto de 2009, quando o projeto de pesquisa obteve aprovação da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo. Nessa oportunidade, a pesquisa voltou-se para o cotidiano das travestis, para a qual foram realizadas diversas incursões aos espaços noturnos de prostituição, e aplicadas entrevistas a fim de apreender as relações das travestis com os serviços de saúde. Nesse eixo da investigação, me beneficiei de uma inserção no campo desde a realização de minha pesquisa de iniciação científica, a qual voltarei a mencionar.

As gravações foram realizadas com autorização e algumas vezes prescindiram do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, considerado formal e de difícil aplicação com algumas travestis informantes. A despeito do documento, três participantes permitiram as gravações de voz e a utilização para a pesquisa. Foram aplicadas entrevistas com seis travestis que vivem em Chamosa e três não se manifestaram confortáveis com o uso do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.³

tendo-se como a principal categoria de notificação. Ressalto que não existem dados específicos para o segmento de travestis.

3. Ressalto a dificuldade de aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido entre as travestis com quem convivi. Nossas relações se pautaram muito mais pela amizade, confiança e respeito, o que ilustra como o vínculo entre pesquisador e pesquisado se construiu em torno de um eixo ético que viabilizou a investigação. O fato de as participantes darem seus depoimentos, autorizando a gravação e seu uso para análise, a despeito de não se sentirem à vontade com um instrumento jurídico e formal do termo escrito, corrobora a necessidade de rever as orientações da Resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que desconsidera a maneira como se constroem as pesquisas nas áreas das ciências sociais. Resumir todas as interações e aproximações com os sujeitos, não raro construídas durante longo período de tempo, a um termo jurídico, tão só para garantir o funcionamento de uma lógica burocrática e formal, não garante o respeito e a ética, que passa por outros aspectos não levados em consideração pela norma técnica. A Associação Brasileira de Antropologia (ABA), em outubro de 2011, aprovou uma moção encaminhada ao Ministério da Saúde, ao Ministério da Ciência e Tecnologia, ao Ministério da Educação, à Comissão de Ciência e Tecnologia do Senado Federal, à Comissão de Ciência e Tecnologia da Câmara de Deputados Federal, ao CNPq, à Capes, à Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência e à Academia Bra-

A partir da inserção nos espaços, observam-se as dinâmicas de diferenciação próprias às interações entre travestis e suas parcerias sexuais, permitindo pensar acerca de suas representações sobre aids, saúde e as intervenções na área da saúde, bem como sobre os efeitos das práticas e discursos preventivos relacionados aos cuidados desprendidos com o corpo.

Os materiais utilizados nesta pesquisa são provenientes das observações de campo, em convívio direto com as travestis, seja em suas residências, seja nos espaços de sociabilidade ligados à prostituição. O trabalho de campo se prolongou entre os anos de 2009 e 2011. Enumero, a seguir, as travestis entrevistadas nesse período.

Rosa é uma travesti que tem 40 anos de idade e atua na prostituição no Posto. Foi uma informante fundamental para a inserção entre as outras travestis de seu círculo de relacionamentos. A maneira como Rosa construiu seu corpo, com base nas técnicas de uso de silicone industrial, auxiliam a pensar sobre os agravos à saúde decorrentes do uso desse produto pelas travestis. Realizei, em sua companhia, diversas incursões aos locais de prostituição, à sua residência e, de maneira esporádica, às casas noturnas GLS (gays, lésbicas e simpatizantes).⁴

Realizei quatro entrevistas com Adriana, uma travesti de 45 anos de idade. Certa vez, Sandra, que tem 29 anos, mencionou que, quando iniciou sua transformação corporal, Adriana era precursora e uma referência importante, mas também advertia: “naquela época a bicha já tava *véia*”. Essa referência, ao mesmo tempo auxilia Adriana a *passar por mulher*, como *amapô*⁵ – que, em sua

sileira de Ciências, questionando a Resolução 196/1996 do CNS, fundamentada em torno das questões éticas das pesquisas nas ciências biomédicas que “envolvem seres humanos” que, pelo seu caráter experimental, exige um controle que é diferente das pesquisas em companhia dos seres humanos realizadas pelas ciências sociais e humanas.

4. A categoria GLS é utilizada pelo mercado e difere de outros termos identitários como LGBT (lésbica, gays, bissexuais, travestis e transexuais) usados pelos movimentos sociais.
5. Categoria que designa vagina/mulher.

visão, refere-se à possibilidade de aos olhos dos outros não parecer uma travesti –, e também denuncia a forma como o envelhecimento das travestis opera uma dimensão negativa, pois elas compartilham dos discursos que enfocam as marcas da idade como uma inadequação aos ideais normativos de beleza e juventude; essas injunções envolvem significados para uma autoexpressão considerada negligente ou descuidada, e nas possibilidades de inserção na prostituição.

Adriana vive com HIV/aids, e sua experiência de vida expõe como as injunções do dispositivo de aids moldam os posicionamentos nas relações com outros e consigo mesma. A partir das interações, do convívio e das entrevistas realizadas (três em sua residência e uma na minha), obtive, a partir das interações e do convívio, impressões acerca da dimensão do cuidado com a saúde, particularmente em suas relações com os serviços de saúde, com destaque ao papel do Ambulatório de Moléstias Infecciosas (MI) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina. Adriana me convidou para participar das reuniões de um grupo de apoio formado pela equipe médica e por pacientes portadores de HIV e de aids, que também é aberto a seus acompanhantes. Nessas reuniões, o grupo busca a troca de experiências dos envolvidos para fortalecer a estima, enfrentar o isolamento e auxiliar a adesão dos pacientes ao tratamento, a partir dos vínculos comuns com o adoecimento. Esse espaço fazia parte de muitas narrativas contadas por Adriana, o que revelava sua importância. Adicionalmente, obtive acesso aos seus laudos médicos, que relatavam os agravos à saúde e as prescrições de tratamento referentes ao período de 2006 a 2011.

Conheci Sandra quando ela vivia na casa de Adriana; recentemente, passou por uma situação de adoecimento que traz evidências dos efeitos das suspeições em torno da aids, da maneira como as travestis vivenciam os estigmas relacionados à doença. Sandra passou por diferentes situações de adoecimento, como o alcoolismo e o uso de drogas, que a levou a muitas internações e tratamentos médicos; mais recentemente, descobriu estar com tuberculose e passou a receber acompanhamento psiquiátrico relativo à ansiedade.

A tuberculose, por estar relacionada a casos de HIV+, exigiu exames de sorologia para esse vírus. Quando descobriu, em suas palavras, que “não estava condenada” pelo vírus, passou a descortinar a maneira como as travestis lidam com a prevenção, o uso de camisinhas nos relacionamentos com os clientes e maridos, enfatizando como muitas prescrições para o sexo seguro são burladas e convertidas em sentimento de medo e culpa em função das injunções que enfatizam a responsabilidade pessoal na condução da saúde sexual.

Nas incursões noturnas ao Posto e ao território da Comasa, que fica próximo de uma concessionária de carros nas imediações da rua Quinze de Novembro, conheci Lorena, uma travesti que estava em processo de transformação corporal, que me permitiu analisar o aprendizado do gênero e das técnicas corporais e o engajamento em busca de um corpo travesti.

Acompanhei Lorena esporadicamente desde suas primeiras montagens de gênero: o uso de próteses de seio, aos 22 anos, e aplicação de silicone industrial, um ano e meio depois. Após as primeiras aplicações desse produto, Lorena dizia-se insatisfeita com os resultados obtidos, pois *passava como mulher* aos olhos dos outros e dos clientes, o que não queria, pois desejava apresentar-se e ser reconhecida como uma travesti. Assim, recentemente, Lorena resolveu investir em uma nova aplicação de silicone, no quadril e bumbum, a fim de enfatizar um modelo de corpo diferenciado daqueles que observei entre as travestis jovens e de sua geração.

Cinthia, 25 anos, e Carla, 26 anos, trouxeram em suas narrativas a oportunidade de pensar sobre as relações estabelecidas entre as travestis na cidade de Charmosa e as diferentes categorias desenvolvidas para circunscrever os espaços e a distribuição dos corpos nas redes que constituem o mercado do sexo da cidade. O Posto, a Comasa e o Centro são espaços que têm suas regras tácitas, com fronteiras que conferem valor às travestis e as impedem de circular livremente entre eles.

Carla também foi uma das poucas travesits com quem convivi que buscou, nos serviços municipais de saúde, orientações para

cultivar seu gênero por meio da prescrição médica de hormônios; entretanto, a capacidade limitada de ações de saúde não mostrou uma alternativa viável para ela realizar as transformações corporais que desejava.

Paralelamente a esses trabalhos, fui convidado a participar de reuniões para fundar a Associação de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais da Cidade de Charmosa (ALGBT), processo que levou à minha eleição para a presidência da instituição, alargando as discussões em torno de ações de enfrentamento da discriminação. Os eventos realizados pela ALGBT foram oportunidades para debater as políticas públicas, a exemplo da palestra “O Programa Municipal de DST, Aids e Hepatites em Charmosa e o combate à homofobia: fatos e propostas para quebrar preconceitos e estereótipos”, realizadas em uma universidade estadual.

Foram gravadas duas intervenções públicas da equipe dirigente do programa: a descrita anteriormente e a apresentação no 1º Encontro Paulista de Prevenção e Controle das DST e Aids, em novembro de 2009 em São Paulo.

A participação na 5ª Conferência Regional da Associação Internacional de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transgêneros e Intersexuais da América Latina e Caribe (5ª ILGA-LAC), na cidade de Curitiba, em janeiro de 2010, e no VIII Congresso Brasileiro de Prevenção das DST e Aids e I Congresso Brasileiro de Prevenção das Hepatites Virais, em junho de 2010, em Brasília, entre outros, permitiu acesso às discussões mobilizadas pela militância e sua interconexão com as agendas das instituições públicas. Três travestis militantes foram entrevistadas e autorizaram gravar suas palestras para serem analisadas na pesquisa.

Esses materiais e dados, em conjunto com as interações nos territórios de prostituição e no dia a dia das casas de travestis, possibilitaram a aproximação de suas vidas cotidianas, compondo também um amplo material descritivo a ser explorado sobre as interações entre travestis e agentes de saúde como atores das políticas de saúde.

Normas de gênero e identidades

As transformações dos corpos das travestis revelam a capacidade plástica da corporalidade e a fluidez do gênero. Suas invenções e experimentações se chocam com as relações de poder que regulam as diferenças corporais em bases biológicas, pois demonstram que o gênero não deriva do sexo (Butler, 2003).

Butler, por exemplo, propõe que o gênero, mais que uma interpretação cultural do sexo (isto é, natureza, o corpo natural), é uma categoria de análise que se refere aos meios pelos quais os efeitos de discursos produzem o sexo como suposto natural do qual deriva a identidade. Dessa forma, torna-se necessário expandir o limite das análises que enfatizam a divisão entre sexo/natureza e gênero/cultura (idem, p.25).

Na sociedade contemporânea, se produzem de maneira compulsória gêneros inteligíveis, entendidos como aqueles que asseguram a coerência e estabilidade entre sexo, gênero, sexualidade, desejo e prática sexual, instituindo a inteligibilidade e o reconhecimento como humano pela regulação da identidade dentro dos marcos reprodutivos e do dimorfismo sexual (ibidem, p.38-9).

Esse mecanismo também produz gêneros não inteligíveis, que confundem a ordem, num movimento de vigilância que fixa identidades com o imperativo heterossexual, por meio da negação de outras identificações, e estabelece parâmetros para exclusão daqueles que não se enquadram, considerados não pessoas (ibidem, p.191).

Butler sugere que a produção do “travestimento” permite compreender a fabricação do gênero como prática reguladora. O mecanismo de produção desse estilo corporal confunde as distinções explicativas da identidade, como interioridade e exterioridade. Essa fabricação possibilita apreender as normas de gênero e as contradições dos termos explicativos da identidade, pois demonstra que não existe essência última a que se possa ligar a experiência de se fazer o gênero. Uma vez que enuncia – sou um corpo masculino (externo) e a minha essência é feminina (interno), ou cujo corpo em

devir feminino (externo) revela uma essência masculina (interno) – esses efeitos de verdade, dramatiza a ideia de uma unidade de identidade entre aparência externa e mundo interior (ibidem, 2003, p.195-8), assim como reitera, dentro de um marco regulador que sustenta, por meio de signos corporais e outros meios discursivos, a aparência de uma identidade com essência em uma estrutura binária. As normas de gênero produzem o sexo como um dado da natureza, como pré-discursivo. Assim, as descontinuidades de gêneros que não derivam do sexo e dos interesses da regulação heterossexual, dramatizam a ideia de verdade de gênero.

Embora não se possa atribuir à travesti uma intenção política, a própria ideia de essência como idealização e princípio organizador da identidade baliza a construção do gênero. Não é raro ouvir delas justificativas essencialistas, de cunho biológico ou psíquico, traduzidas de jargões médicos e psiquiátricos, para falar de sua essência feminina revelada desde a infância como eu coerente marcado pelo gênero. O processo de ocultamento de que o gênero se produz por meio de atos alicerça a experiência de gênero como uma ficção reguladora.

O gênero se estabelece mediante a estilização do corpo, com consequências que humanizam e desumanizam ante as estratégias sociais que fabricam efeitos de verdade sobre as normalidades de desempenhos de gênero, exagerando a diferença sexual (ibidem). Essa regulação do corpo, conforme indicou Perlongher (1987a), requer que orifícios e superfícies do corpo sejam produzidos para assegurar a heterossexualidade das trocas.⁶

Tomamos a rejeição social daqueles que rompem as normas de gênero como possibilidade teórica de atentar para os conflitos, gerados pelas categorizações identitárias fixas e binárias, que embasam a produção de conhecimentos e controle sobre os sujeitos.

6. O ânus atrelado a funções do organismo para defecar, assim como a boca para comer, requer uma organização do organismo, conforme mostra Perlongher (1987a, p.214-5). Nesse sentido, o autor aponta a categoria *sodomita* e sua referência à constituição da categoria homossexual, como aqueles que transgridem esses atos e fazem uso constante do ânus na obtenção de seus prazeres.

Nesse sentido, abre-se a possibilidade de observarmos as reinvenções e deslocamentos dos sujeitos na negociação com as normas que são constitutivas das experiências de identificação.

Ao nos debruçarmos sobre os procedimentos de desconstrução das identidades enfatizando seu caráter relacional e inserido nos marcos normativos, devemos ressaltar que a definição do termo *travesti* abarca múltiplas experiências que permitem utilizar o termo *travestilidade* (Peres, 2005) como meio mais apropriado para revelar os intercâmbios e redes em que as travestis se inserem, e como parte constitutiva das relações com os outros e com o corpo, sem incorrer na sua patologização e essencialização, segundo as categorias estanques que circulam no meio social mais amplo.⁷

Outra noção que busca contornar o problema do encapsulamento das práticas de transformação do corpo e do gênero em categorias estanques foi apontada por Benedetti (2005, p.18-9), com a noção de *universo trans*, que abarca uma ampla dinâmica de transformações do corpo e do gênero.

-
7. Green (2000), que se dedicou à história da homossexualidade no Brasil no século XX, encontra referências diversas sobre a prática de homens que se travestiam de mulher e se relacionavam com outros homens. Trevisan (2000) aponta também para a disseminação do uso do termo “travestido” desde o século XIX com referência ao Carnaval, quando não havia uma relação estrita imbuída na categoria entre o comportamento sexual e o uso lúdico de roupas de outro sexo. O termo, conforme Trevisan (2000), se popularizou a partir da década de 1960, com o entretenimento ligado aos bailes de fantasia que tiveram uma ampla divulgação na imprensa. Green (2000) também descreveu o fenômeno de bailes das travestis nos carnavais desse período. Entretanto, é importante um cuidado metodológico que desloca a transparência suposta entre essas experiências e o que é a experiência contemporânea das travestis. Na busca por uma linearidade, acaba-se escorregando para o tema das formas de repressão que marcariam uma essência em busca de libertação das engrenagens do poder. E diante do tema da liberação, corre-se o risco de remeter a ideia de uma essência aprisionada ou alienada, que bastaria desfazer-se para se reconciliar consigo (Foucault, 2005a, 2006b). Ao contrário, buscamos nos aproximar das condições de possibilidade que tornam as experiências possíveis num contexto específico que conduz. Nesse sentido, é possível problematizar a ideia de experiência que leva à transformação e à definição de novos delineamentos entre os corpos e a sociedade como modo de historicizar as identidades.

O importante a destacar é que as travestis investem na transformação corporal, na modelagem e usos do corpo ao buscar, cada vez mais, torná-lo parecido com um feminino, cujos modelos são heterogêneos e plurais, e a plasticidade no processo de elaboração do gênero pode acionar variadas categorias identitárias no universo de suas vivências cotidianas. Nem sempre as travestis recorrem à cirurgia de transgenerização, que é uma corporalidade definida pelos discursos médicos e psicológicos como *transexualismo*.⁸

Para além dos discursos médicos sobre a sexualidade, as ciências sociais procuram conceber o homem que encarna o corpo (Le Breton, 2006). Como sugere Benedetti (2005), das inscrições mais tênues – como o esmalte nas unhas, um batom na boca, saltos e adereços, maquilagem e atos como *acuendar a neca*⁹ – às mais permanentes – como as cicatrizes, tatuagens, automutilações, aplicação de silicone com as *bombadeiras*¹⁰ –, é no corpo, e por meio dele, que as travestis se tornam sujeitos.

O corpo da travesti não é um “suporte de significados”, mas uma “linguagem” que confere valor às formas e usos do corpo, e qualidades sociais à pessoa (idem, p.55). Por isso, utilizo o artigo feminino com referência “à travesti”, por um movimento de aproximação e respeito à construção subjetiva do gênero.

-
8. As ciências médicas da sexualidade inventaram os conceitos de homossexualidade, transexualidade e travestismo. Michel Foucault mostra que a atribuição dessas patologias alude a certa constituição fisiológica e psíquica das sexualidades e desconsidera suas dimensões históricas e sociais. O registro da culpa como dimensão individual permeia toda essa fábula fundadora do sexo, em favor do distúrbio, da inversão, da raça, descrita como causa e origem daquilo que denuncia (Foucault, 2005a). Benedetti (2005) e Bento (2006) apontam que é possível compreender a categoria transexual e ampliar seus significados, ainda que inscrita em sua lógica médica como “patologia”, através da valorização das representações dos sujeitos.
 9. *Acuendar a neca* é a prática das travestis que consiste em esconder, sob a calcinha, seu pênis, a *neca*, visando deixar a aparência mais próxima da genitália das mulheres.
 10. *Se bombear* é o ato de aplicar silicone líquido visando transformar o corpo. Geralmente é aplicado pelas *bombadeiras*, travestis mais velhas que dominam a técnica de moldar o corpo da travesti.

Mesmo a rigidez gramatical do gênero das travestis pode ser balizada pela compreensão das categorias autoclassificadoras que se insurgem contra uma nomeação estável e coerente da identidade. Don Kulick (2008) percebe que o uso do termo *bicha* precede o do termo *travesti* em gênero gramatical feminino. “A mona”, “a bicha” são palavras geralmente usadas pelas travestis para se referir aos outros, às vezes em referência a outras travestis não presentes na interação social.¹¹

Esses termos sugerem uma representação sobre as práticas sexuais na modulação da percepção das travestis acerca de si, embora variados matizes definam em seus pontos de vista as diferentes identidades sexuais. Por outro lado, é importante ressaltar os significados das categorias¹² nas interações sociais e pelas redes em que os sujeitos circulam.

A experiência das travestis vem marcada pela sua inserção nos territórios de prostituição que, conforme Benedetti (2005), são permeados por relações sociais que extrapolam o mercado do sexo. Trata-se de um ambiente de sociabilidade em que as travestis desenvolvem um trabalho, gostos, apreendem os códigos do “mundo da noite” e da prostituição e suas identidades.

No contexto da imputação da identidade homossexual masculina, Júlio Assis Simões mostra a ambiguidade da noção de identidade na Antropologia, que serve para explicar os “sentimentos de pertencimento”, “senso de unidade pessoal” e “comprometimento político”, mas também permite designar as estratégias que com-

11. Segundo Kulick (2008), “bicha”, “viado”, entre outros termos, também são utilizados pelas travestis como contraestratégias aos processos de estigmatização em suas vidas cotidianas, principalmente nas práticas do escândalo, ou *bafo*. Para o autor, as travestis, ao se utilizarem de recursos gestuais e discursivos que evidenciam no outro as mesmas qualidades imputadas a elas, passam a abraçar o estigma, utilizando desse recurso como arma na interação social.

12. As dimensões dessas categorias revelam-se ao longo de todo o texto, com destaque aos significados que adquirem nos contextos sociais que são inseridas. Essa linguagem utilizada pelas travestis, denominada *bajubá*, é uma gíria cifrada com forte influência das línguas ioruba-nagô (Pelúcio, 2009; Benedetti, 2005).

õem um jogo político de produção de diferenças em termos situacionais (Simões, 2004, p.425).

O antropólogo Nestor Perlongher (1987a), em sua etnografia da prostituição viril, também se posiciona contra as leituras que implicam considerar a identidade como imagem coerente do eu. Prefere designar as nomenclaturas das identidades enquanto lugares categoriais que os sujeitos ocupam em uma rede fluida de intercâmbios e circulações (Perlongher, 1987, p.152). Sua noção de territorialidade enfatiza as trocas entre redes de relações sociais normais e desviantes e a produção de identidades ligadas a elas (Simões, 2005; Perlongher, 1987a, 2005).

A noção de territorialidade cunhada por Perlongher questiona a noção de *região moral* que, em Park (1973, p.66), designa as delimitações das “zonas de perdição” ligadas aos vícios da “marginalidade social”, atraídas pelos seus gostos e temperamentos. Essa noção de “região moral” enfatiza a função de distribuição-segregação dos espaços, como atualização do controle da vida do cidadão. Mas, para Perlongher, trata-se de questionar as dinâmicas de interação social das territorialidades como constitutivas da atribuição de categorias no trânsito dos sujeitos pelos espaços, e não partes essenciais da personalidade.

A noção de territorialidade possibilita compreender as práticas da travestilidade e da prostituição travesti, em que o fluxo, as trocas e as negociações entre os sujeitos compõem uma rede de sociabilidade. A territorialidade designa antes o código que se inscreve no corpo num determinado lugar do que o espaço físico. A identidade social, nesse sentido, é sempre instável, produto de negociações e definições sociais ligadas às maneiras pelas quais as representações e apresentações de si são investidas na rede do “código-território” que a captura (Perlongher, 2005). A prostituição, os territórios habitados pelas travestis e as políticas de saúde se articulam em torno dos discursos preventivos da aids.

TERRITÓRIOS E SOCIABILIDADE

Aproximações com as travestis

A aproximação com as travestis remonta ao contexto de minha pesquisa de iniciação científica em Ciências Sociais, a qual buscava compreender como ocorriam as interações, aproximações e distanciamentos entre as pessoas que frequentavam uma boate GLS, ruas e praças que constituíam os territórios sexuais apropriados por pessoas que gostam do mesmo sexo em Charmosa. Naquela ocasião, buscava problematizar como as diferentes inserções sociais dos indivíduos, seus estilos corporais, idade, gênero atravessavam seus desejos e influenciavam suas vivências nesses espaços.

Na boate GLS,¹ no ano de 2006, conheci uma travesti, a Rosa. Na oportunidade começamos a conversar durante uma troca de

-
1. França & Simões (2005) observaram, na cidade de São Paulo, a expansão, mercantilização e complexificação dos espaços e vivências homossexuais com a formação de um mercado de consumo, entretenimento e de casas noturnas GLS que acompanha a emergência de processos amplos de diferenciação, ligados aos estilos corporais, gostos, classe social, gênero que segregam os espaços e demonstram o limite inclusivo do mercado destinado a homossexuais, ressaltando que a apropriação passa por relações de poder. Em minhas interações na boate GLS de Charmosa, observei como as travestis eram estranhas à vivência do espaço. Por exemplo, havia a proibição de que frequentassem a

cigarros, e recebi seu convite para ir até o Posto de combustíveis para conhecer seu local de trabalho como profissional do sexo.

A partir de Rosa, passei a conviver com outras travestis, e ela, desde então, se tornou fundamental para esta pesquisa, tanto por ser a primeira a me apresentar às principais informantes, como pela influência na minha apresentação para as travestis, impactando no perfil e aceitação dessas informantes em função dos laços de amizade ou distanciamento em relação a Rosa.

Rosa exerce uma posição interessante entre as travestis da cidade. Ela foi uma *cafetina* que mantinha uma casa de travestis em meados da década de 1990 e exercia um controle sobre a prostituição no centro da cidade. As cafetinas assumem uma posição ambígua nas relações entre as travestis e a prostituição. São personagens acolhedoras, garantem uma moradia às outras travestis, ensinamentos na transformação do corpo, com referências para os estilos corporais e cuidados com a saúde, e oferecem proteção e arbítrio nos conflitos que envolvem o cotidiano. Por outro lado, muitas vezes, cedem a práticas de exploração, cobram taxas para a prostituição nas ruas, além de se colocarem, com seus arbítrios e paixões, acima de qualquer convenção que garanta às pessoas a integridade de seus próprios corpos, a liberdade de ir e vir. Nesse sentido, a ameaça de violência parece ser um elemento considerado natural para o exercício da autoridade e força das *cafetinas*.

As travestis que conviveram com Rosa naquele momento trabalham atualmente no centro comercial da cidade, local mais antigo da prostituição travesti em Charmosa, e que foi local de intenso conflito entre Rosa, seus aliados e outras travestis que buscaram se desvencilhar do seu domínio em meados da década de 1990.

Em referência a esse período, Sandra, uma travesti que viveu na casa com Rosa, e que atuava no Centro, declarou que ocorrera

boate, e muitas eram barradas na entrada; as jovens montadas eram obrigadas a se desmontar e os espaços internos eram vigiados, com a proibição de travestis usarem o mesmo banheiro que as mulheres – no banheiro, uma placa dava esta indicação “Banheiro só para mulher”.

uma “guerra” pelo domínio desse território. Período violento, em contraste com a maneira como Sandra observa a atual conformação do exercício de controle das travestis e dos espaços em que atuam, considerado apaziguado e com uma prática mais tênue de cafetagem.

Na época, a disputa com Rosa e suas aliadas envolvia violências diversas, nas palavras de Sandra: “as bichas subiam pra rua de pau com ponta de prego, ácido para jogar em nós, cortavam o cabelo das bichas, batiam, jogavam pedra, até que um dia nós acabamos com a casa de cafetina”.

Após perder o domínio sobre o Centro, Rosa, em tom de brincadeira, diz ser a *gerente da empresa*, em referência ao *status* e posição que ocupava anteriormente e, em busca de afirmação, diante das outras travestis que atuam no mercado do sexo no citado Posto de combustíveis.

Devido às tensões entre Rosa e as travestis do Centro, comecei a interagir com as últimas a partir de uma interação, narrada mais adiante, que acenou para o estabelecimento de novos contatos entre elas.

O Posto

O Posto é uma região de prostituição travesti nas imediações da avenida Jóquei Clube, nome que a rodovia federal recebe quando corta o perímetro urbano da cidade de Charmosa. A avenida cruza dois bairros residenciais, periféricos e populares na região sul, Jóquei Clube e Jardim Regina. Existe um equipamento voltado para atender os transeuntes, como posto de combustíveis, estacionamento, serviços de frete, transportadoras, oficinas mecânicas, borracharias, lanchonetes, pizzaria, restaurante e bares.

Esse equipamento favorece a parada dos caminhoneiros e outros viajantes durante a noite, quando aproveitam para descansar nas boleias dos caminhões e nos carros, sem pagar taxas, na parte

aberta do estacionamento do posto de combustíveis,² tomar banho, se alimentar, e também para receber carinho e fazer sexo com as travestis que circulam pelo espaço.

As travestis atuam nas ruas que circundam o posto de combustíveis e entre os caminhões no estacionamento. A maioria delas concentra-se entre as esquinas das ruas que atravessam a avenida Jóquei Clube, como a rua Itália e a rua Alcides Nunes, além da rua paralela à avenida, a rua Antártica. Nos últimos anos, observa-se a expansão da prostituição travesti para a rua Pio X, no sentido sul da avenida Jóquei Clube e norte, na rua México, onde ficam aquelas que preferem fazer seus negócios longe das outras travestis e de suas intrigas.³

Na rua Antártica – entre a arquitetura constituída de residências, algumas de alvenaria, outras de madeira, prédios em reforma, galpões e um grande estacionamento fechado de uma empresa de ônibus –, existem alguns terrenos baldios, profundos, escuros, com algumas árvores. Esses terrenos criam um cenário de fundo, não visto por quem passa na rua, que proporciona uma alternativa para as travestis *atenderem* as demandas sexuais dos clientes que não dispõem de carro ou caminhão, quando estão de moto e, na pressa do contato, não querem circular para outro “pedaço”. Assim como os homens que circulam a pé ou de bicicleta.

O Posto é conhecido como o espaço que mais reúne travestis em Charmosa – em algumas noites chegam a 15 ou mais –, além de

-
2. Pude observar mudanças na disposição arquitetônica do posto de combustíveis que permitem maior vigilância do espaço, como maior iluminação, cercas em terrenos e em parte do estacionamento, para preservar os bens transportados pelos caminhoneiros e restringir a circulação das travestis, mendigos, usuários de *crack*, traficantes, entre outros.
 3. Por exemplo, Kelly, uma travesti de 35 anos, que mora no município de Barbosa, próximo a Charmosa, e atua no mercado do sexo do Posto. Kelly costumava frequentar o Posto de maneira discreta, não se envolvia com as demais travestis, apenas trocava cumprimentos cordiais, dificilmente circulava em rodinhas e se afastava dos mexericos, na espera de seus clientes; Kelly está há cerca de vinte anos no Posto e é conhecedora dos meandros das disputas próprias às interações do mercado do sexo.

rapazes gays que se aproximam delas – alguns passam a se montar de maneira feminina, *em devir travesti* – e também fazem experimentações da sexualidade, concorrendo com elas na busca de clientes, o que gera diversos conflitos.

Jorge é um dos poucos gays que fazem uso das esquinas sem precisar se justificar para as travestis que dominam o local. Tem 45 anos e circula há vinte anos no espaço. Ele é morador do bairro Jó-quei Clube, e conta que amigos gays de sua geração começaram a frequentar a lanchonete do Posto desde o final da década de 1980. Para ele, o Posto não é só de travesti porque quem montou o espaço foram os gays.

Narrativas de outros homens gays que frequentaram o espaço no final da década de 1980 contam que, na época, essa circulação começou quando, ainda jovens, eram atraídos pela lanchonete do Posto para bebericar cerveja, entre os galanteios dos caminhoneiros, e descobriram um espaço para experimentar a sexualidade.

Esses rapazes sofreram também a sanção familiar, pois notícias de conhecidos chegaram às mães informando que estavam se prostituindo. Segundo os informantes, não havia essa cena de prostituição, mas um espaço para experimentação da sexualidade entre homens, que passou a chamar a atenção de uma amiga travesti dos rapazes, a Laudélia.

Laudélia foi uma das primeiras travestis a se inserir no Posto e faleceu, devido a aids, em meados de 1990. A arquitetura era diferente, existiam dois postos de combustíveis, um deles – atualmente desativado, passou a ser um depósito de carcaças de automóveis – era o local privilegiado para as travestis, e rapidamente foi sendo construída uma fronteira para inibir a presença de gays, que não se dedicavam à prostituição, mas ao *vício* – categoria pejorativa que denota o sexo não pago, reservado à lanchonete do posto vizinho.

Após as primeiras sondagens e interações com as travestis desse local, entre as situações de campo, fui compondo uma estratégia de participação controlada apenas parcialmente. Na verdade, através de uma experiência em que ambos, pesquisador e pesquisados, são atores que representam papéis, as relações se dão em um

jogo de cenas que comunicam regras e estratégias para viver a realidade, e permite acordos tácitos que tornam possível criar uma confiabilidade entre os atores construída processualmente (Goffman, 2005). Dessa forma, imerso nas situações habituais das travestis, que durante a noite se prostituíam no Posto, apareceram os problemas de disputa dos territórios e as alianças que se compunham entre as pessoas, demonstrando que os laços e a intensidade dos vínculos entre os atores que compartilhavam o espaço eram variáveis e nem todos mantinham igual relacionamento entre si.

As interações e os processos de identificação, mobilizados por essas frequentadoras do Posto, trazem a evidência de multiplicidade de categorias e traduzem a fluidez das práticas de ser travesti e das experimentações sexuais com os homens.

Várias dificuldades surgiram na inserção entre as travestis do Posto. Destaco os conflitos que ocorriam nas interações e as rivalidades estabelecidas pelas travestis mais jovens e as mais velhas. Uma prática que ilustra essas disputas é a *multa*.

O exercício da *multa* era efetuado seja como uma forma de recompor a justiça em relações conflituosas, aplicada por quem possui uma posição de autoridade, seja como medida punitiva e exercício de submissão daqueles que ultrapassavam de algum modo o comportamento esperado no jogo interativo.

A *multa* também pode ser uma retribuição pelo uso do espaço, como uma compensação de faltas cometidas. Em geral, as travestis multadas deveriam retribuir com dinheiro angariado na prostituição, pagando uma taxa variável em função da situação e das vontades de quem a aplica, podendo ser obrigadas a desfazer-se de suas roupas, bijuterias e outros pertences, ou ainda a realizar algum favor arriscado.

Nas primeiras inserções no Posto, conheci Jaqueline, uma travesti de 20 anos que estava iniciando sua aproximação da prostituição, e enfrentava acusações diversas de Rosa acerca de sua conduta, como a *montagem* do gênero, que Jaqueline exercia somente à noite, o que lhe rendia a alcunha de “menininho de peruca”, e, portanto, não era reconhecida como uma *travesti de verdade*, isto é, como

alguém que vive a transformação do gênero em todos os momentos da vida.

Os conflitos entre elas também descortinavam os diferentes capitais corporais que veiculam marcas de prestígio no mercado do sexo, observado da perspectiva do sucesso em atrair uma clientela abundante que valorizava as mais jovens, muito mais próximas dos ideais normativos de beleza física.

Havia uma gramática de acusações, mexericos e discrepâncias entre as travestis. Rosa ficava longas horas na esquina do Posto para conseguir um programa, e era chamada de “penosa” ou “bagaceira”⁴ pelas outras travestis, mas não deixava de compensar a falta de prestígio multando as mais jovens, como Jaqueline, que conseguia clientes com mais frequência e era considerada *ostentosa* – vivia no *close*, isto é, se exibindo, *batendo portas*⁵ com o *aquê* (dinheiro) angariado.

Jaqueline fazia grande sucesso entre os clientes, o que refletia na sua capacidade de angariar renda, permitindo-lhe se apresentar na vida noturna com esmero, roupas novas, sapatos femininos de salto alto diferentes entre uma noite e outra, a bolsa repleta de maquiagens para retocar os traços do rosto, chegando a tirar a habilitação de motorista e a financiar sua moto Honda zero quilômetro. Na exibição de suas vantagens e bens, Rosa, em alguns momentos de trégua, cobrava dela a *multa* entre seus programas, que consistia em pagar um drinque que custava cerca de 5 reais nos bares da vizinhança do Posto, composto de Coca-Cola com conhaque Presidente. Com o passar do tempo, Rosa deixou de fazer essas cobranças, pois achava que o drinque vindo da Jaqueline a *quizilava* (de quizila, termo que designa os maus agouros).

No jogo que envolve essas cenas, eu não estava alheio aos acontecimentos, na medida em que os laços eram acentuados com alguns indivíduos. Na verdade, naquele momento, uma das dimensões

4. Adjetivo que qualifica a travesti como feia, deprecia a sua aparência física.

5. Fazendo programas sexuais com muita frequência em alusão ao entra e sai dos carros dos clientes.

que passaram a orientar o acesso aos sujeitos da pesquisa era o corte estabelecido entre Rosa, suas amigas e suas inimigas, de modo que aproximações de Jaqueline não eram possíveis; afinal, situações de violência estavam permeadas no conflito, brigas com recursos de violência que colocavam as duas em direções opostas.

Rosa tentou expulsar Jaqueline do Posto em momentos variados. Jaqueline, por sua vez, se reservava em relação a mim, para não provocar conflitos, a despeito de minhas poucas tentativas de aproximação, nas curtas possibilidades de apaziguamento na disputa acirrada de forças, isto é, quando as rivais se comunicavam e interagiam como se nada ocorresse. A posição de compartilhar aspectos íntimos dessas relações, devido aos laços com Rosa, também tornava suspeita a aproximação. Em outras palavras, esse processo de distanciamento e as acirradas disputas estabelecidas entre as travestis do Posto – e que delineiam hierarquias e processos de identificação que trazem à tona discrepâncias entre os estilos corporais –, refletiram no acesso às informantes.

Esse foi um primeiro fator que direcionou meu olhar para as travestis em posição similar à de Rosa, circulando com mais facilidade entre aquelas que aderiram à transformação corporal a partir de técnicas como uso de silicone e hormônios, ou que estavam estabelecidas no espaço da prostituição há mais tempo, do que entre as novas travestis, que passavam a disputar aquele espaço quando mobilizei minha principal rede de contatos.

Portanto, é a partir da narrativa das travestis “mais velhas” e transformadas com tecnologias protéticas que podemos realizar apontamentos acerca da emergência de *novas travestilidades*. Duque (2011) destaca em sua etnografia o trânsito na experiência de se montar e se desmontar em outro gênero. Elas/eles exercem a montagem de gênero em momentos esporádicos, em contextos específicos e estratégicos.

Jaqueline, por exemplo, não fazia uso de tecnologias, como hormônios e silicone industrial, consideradas por ela como prejudiciais à saúde. Além disso, não se deixava capturar pelo uso de drogas, prática comum entre as travestis com quem convivi. Ao se

referir a Rosa, notava uma falta de cuidado com o corpo e a saúde, como o uso excessivo de álcool; não era raro em suas brigas acusá-la de “alcoólatra”, “pinguça” e “deformada”.⁶

Jaqueline, ao passo que se estabelecia entre as travestis, tornou-se também uma personagem que agrupava as mais jovens e que viviam de meninos durante o dia, muitos dos quais não projetavam seus estilos de vida às formas corporais, hábitos e mudanças enfatizadas pelas travestis que compartilhavam as expectativas de ser “travesti de verdade”. É o caso de Diva, 18, Hilda, 20, e Milena, 17 anos.

Aquelas que se aproximavam de Jaqueline logo eram observadas aos olhos de Rosa como potenciais inimigas. Rosa, diversas vezes, dizia que estava atenta em relação à possibilidade de receber um *doce*⁷ vindo de Jaqueline e suas amigas.

Como destacou Pelúcio (2009), a categoria *receber/levar/dar um doce* refere-se aos conflitos nas interações das travestis, que possuem regras tácitas e mecanismos punitivos. *Doce* pode ser considerado, nesse sentido, um mecanismo de recomposição da justiça cotidiana através de vingança e violência, tramados à surdina e levados a cabo de maneira inesperada.

Mesmo tensionadas as relações, Jaqueline insistia em frequentar o Posto, e uma noite ocorreu um conflito maior entre elas. Rosa gritava “avoa viado!” – interjeição empregada pelas travestis para expulsar aquele que é desagradável quando chega perto; e, nessa hora, Jaqueline, em posse de pedras, arremessou-as em direção a Rosa, acertando-lhe a perna. Rosa começou a correr em direção a Jaqueline para uma briga, mas Jaqueline saiu rapidamente do local em sua moto. Proibida de frequentar o Posto, Jaqueline vai se inserir na prostituição travesti da região da Comasa, mas esta possui regras muito mais restritivas, como o pagamento de taxas para

6. Em razão do silicone líquido, aplicado no glúteo, que escorreu pelas suas pernas e pés.

7. Doce se refere a alguma coisa ruim feita para outra pessoa, como mandar bater/ameaçar.

permanecer no local, feito a travesti que domina o pedaço, a Keyla. E por ali começaram a surgir dificuldades de angariar os recursos para sua sobrevivência e para pagar as prestações de sua moto.

A reação de Jaqueline consistiu em alertar um tio que estava preso na Penitenciária de Charmosa. Por telefone, avisou Rosa que Jaqueline iria frequentar o Posto e, caso reagisse a essa determinação ou tentasse algo contra sua sobrinha, receberia um castigo. Entretanto, a habilidosa Rosa “trocou uma ideia” com o preso e o convenceu de que se tratava, na verdade, de um conflito maior que envolvia não somente ela como também os rapazes do tráfico que circulavam no Posto, lançando dúvidas sobre o comportamento de Jaqueline. O tio, surpreso com o que ouviu a respeito da sobrinha, aceitou os argumentos de Rosa e determinou que a sobrinha não fosse mais àquele espaço.

Meses depois, em um dos nossos últimos encontros, Rosa narrou que todas estavam surpresas com suas últimas reações em relação a Jaqueline. Após saber das dificuldades passadas por Jaqueline na Comasa, permitiu-lhe o retorno ao Posto, mas tratou isso numa conversa franca e esclarecedora, que Rosa acredita ter resolvido em parte suas diferenças. Rosa avisa Jaqueline que não precisará pagar taxas para ficar no Posto, que na maioria das vezes era o drinque de Rosa, pois, conforme narrou, o drinque pago por ela *quizila*.

Avisou-a sobre como estava se comportando de maneira ostensiva em relação a todas as outras travestis do Posto, se exibindo excessivamente e esnobando-as por conta de possuir algumas coisas que as outras não tinham, como a moto. Estavam “amigas”. Rosa me narrou que não gostaria de entrar em conflito novamente com a Jaqueline, mas, que se ocorresse uma próxima briga, seria definitiva, pois iria à busca da Jaqueline em qualquer lugar para resolver o problema. A nova relação entre as duas estava a tal ponto revista que Jaqueline ia à casa de Rosa buscá-la para “subirem” ao Posto, todas as noites, juntas. Quando Rosa me contava essa nova versão de suas relações, disse que juntas compraram medicamentos para uma gripe que atingiu Rosa de cheio e um pó compacto na farmácia.

As relações entre as travestis mais velhas e mais novas não eram pautadas somente por conflitos. Rosa dizia que um dos principais motivos que a levou a rever sua posição era o entendimento de que “todo ser humano nasce para ser feliz”, e ela não era como antes, a antiga *cafetina* do Centro. Muito menos gostaria de se parecer com as outras cafetinas que atuaram sobre as travestis com uso de violência, perseguições e cobranças de taxas exorbitantes. O que era fundamental, nessa chance, era permitir a Jaqueline refletir sobre seus erros, e tentar ser melhor do que antes, sem achar que fosse melhor que qualquer outra, sendo discreta consigo e com as outras travestis.

A discricção era uma das dimensões táticas que as jovens travestis demoravam um pouco para aprender. Havia um termo utilizado pelas travestis mais velhas no Posto para designar o deslumbre das novatas e sua falta de entendimento das regras da vida noturna, *Alice*, que dizia respeito àquelas que vivem no mundo da fantasia. Assim eram tachadas Hilda, Diva e Milena.

As interações entre as travestis mais velhas e mais novas também passam pelo acolhimento e solidariedade, que se tornam fundamentais para o aprendizado da vivência travesti na prostituição.

É sobre a socialização da rua que passo a versar na seção a seguir a partir da descrição de uma interação entre Milena e Rosa, em meio à descoberta da primeira de que, no Posto, existiam outros atores envolvidos no controle das circulações e das práticas nos territórios.

A socialização e a rua

As ruas, as esquinas, as avenidas ligadas à prática de prostituição – e, em menor proporção, os lugares fechados de entretenimento, como as boates GLS –, são os principais espaços de experimentação do gênero e sexualidade travestis em Charmosa.

Nesses espaços, as jovens obtêm, no encontro com as outras travestis, as referências para iniciar a transformação corporal.

Ainda meninos, conduzidos pelos seus desejos, encontram na vida noturna um lugar acolhedor, no qual é capaz de se espelhar em outras travestis, apreender os truques e códigos de vivências, como transitar pelas redes da prostituição, e buscar sobreviver dessa atividade.

Essa experiência quase sempre requer o abandono dos lares e da família, que se mostram muitas vezes hostis, violentos e insuportáveis para as travestis. Desse modo, elas encontram uma referência acolhedora em outras travestis, geralmente mais velhas, denominada *madrinha* ou *mãe*, que lhes dedicam atenção no aprendizado, conferem um nome, prescrevem hormônios e ensinam como circular pelas redes com alguma proteção. A *madrinha*, com sua autoridade sobre a conduta da *filha*, pode lançar mão de vários métodos de ensinamento, desde a simples orientação até o castigo (Pelúcio, 2009).

Os laços entre as *mães* e suas *filhas* transitando pelas categorias *gayzinho*⁸ e *menininha* às vezes podem ser pautados por conflitos, muitos dos quais tensionados pela competitividade do mercado do sexo, sobretudo quando este valoriza as mais jovens em detrimento das mais velhas e, dessa forma, reorienta o reconhecimento de beleza ligado à vivência do gênero.

Rosa, por exemplo, me chamou a atenção para o fato de estar com dificuldades com Elisabete, uma travesti de 23 anos que, quando se inseriu no Posto, ainda “menino” e “menor”, recebeu o nome e os primeiros ensinamentos para se conduzir no espaço. Em

8. *Gayzinho* é uma categoria utilizada pelas travestis para designar as fases de transformação do gênero. Geralmente, trata-se de meninos jovens com desejos homoeróticos que assumiram ou não essa situação aos familiares, mas que, devido ao controle mais frouxo exercido sobre a experimentação da rua entre os homens, encontram espaços propícios e referenciais positivos para sua expressão identitária, começando a interagir com outras travestis e a iniciar seu processo de transformação.

uma ocasião, Elisabete se dirigiu a ela em tom agressivo, na frente de outras travestis, deixando Rosa descontente a ponto de “dar corda para ela se enforçar”, esperando o momento certo para colocar “pingo no i” em relação ao modo como Elisabete agiu, sem lhe dar o devido respeito. Esse respeito era cobrado como contraparte no cuidado dedicado a ela na vivência no Posto. Outras travestis também contavam com esse apoio.

Rosa conversava com todas as novatas que frequentavam o Posto. Orientava sobre o mercado do sexo e a vida noturna, esclarecia alguns detalhes que afetam o cotidiano, e para os quais é necessário estar alerta, como truques na apresentação e precaução e prudência nas relações com os clientes, demais travestis e outros transeuntes que frequentavam o lugar.

Apesar de muitas travestis, sobretudo as de sua geração, não conferirem a Rosa a autoridade que ela exercia quando era *cafetina* de outras travestis no centro da cidade, tornou-se uma figura política indispensável para assegurar a convivência entre as travestis no local. As travestis a consultavam acerca de diferentes aspectos do cotidiano no Posto, por exemplo, como lidar com aquelas travestis que estão no *truque*,⁹ na *mafiosa*, *roubando*, *usando crack*, *na noia*, ou ainda com a constante circulação de rapazes jovens gays concorrendo pela clientela com as travestis.

As travestis mais jovens são maioria atualmente no Posto. Para ficarem no local, buscam se aproximar de Rosa e, de vez em quando, ocorre uma relação de *madrinha e filha* – e passam a contar com o apoio e a receber uma educação para a conduta. Rosa batizou algumas delas, isto é, conferiu o nome feminino. Rosa buscava se desvincular, junto com outras travestis, da presença de “menores” no Posto, pois havia sempre um medo de estar associada à exploração sexual, pela polícia.¹⁰

9. O termo *truque* tem vários sentidos, como utilizar artifícios para compor a aparência feminina, e também adquire o sentido de falseamento/tapeação.

10. Rosa, em meados da década de 1990, mantinha uma casa de travestis, e cobrava uma taxa para o aluguel de quarto. Havia na casa travestis menores

As travestis começam a desempenhar as transformações do corpo e do gênero bastante jovens. Nos espaços das ruas e esquinas, havia uma presença controlada de jovens acima de 16 anos, todas afirmavam ter 18 anos, até mesmo quando inquiridas pelas demais travestis, que podem ou não auxiliar a fingirem mais idade. Tudo passará por uma arte de convencimento e de disposição para o aprendizado que definirão as formas do corpo da travesti.

As jovens travestis são advertidas quando passam dos limites conhecidos pelas mais velhas para se manterem em segurança no território do Posto. Por exemplo, Milena começou há pouco tempo a se vestir com roupas femininas, a se maquiar, ainda com alguma dificuldade; produzia seu visual com uma peruca de fios pretos encaracolados, salto alto e enchimento de espuma para dar a aparência de seios, além de utilizar a bolsa feminina com seus acessórios: “preservativos, gel, papel higiênico, batom, pó”. Ela exibia a maquiagem da Avon que, a cada vez que retocava o rosto, suscitava de outras travestis o pedido de empréstimos, sem chances para ela negar. A despeito de possuir 17 anos, Rosa estava deixando-a ficar no Posto, pois aparentava ser mais velha (*no truque*), não criando suspeitas de sua verdadeira idade.

Quando a conheci, estávamos sentados num bloco de cimento usado para limitar a rodovia do posto de combustíveis. Rosa explicava para Milena não *deitar*¹¹ para ninguém no Posto, isto é, se submeter às outras travestis, não precisava pagar taxas (embora Rosa lhe tivesse pedido um drinque um pouco antes).¹²

Rosa chamava atenção para a maquiagem que ela exibia e suscitava o empréstimo para outras travestis. Era para tornar-se mais discreta e deveria impor sua vontade e cuidar de suas coisas, ne-

(como Carol, atuante no território de prostituição do Centro) resultando na acusação policial de exploração sexual de menores.

11. O ato de *deitar* é se humilhar.

12. Já é possível perceber que muitas das dicas dadas por Rosa são contraditas por suas ações.

gando quando for preciso, se notar um exagero no uso e enfrentando as reações.

As prescrições envolviam a recomendação do uso de preservativos. Estar atenta à presença da polícia, pois, se fosse abordada e reconhecida como menor, poderia prejudicar todas as travestis. Não deveria se mostrar impaciente na presença de policiais, *agir com naturalidade* evitaria ser vista como suspeita. Também não “cair na onda” de ninguém, fazer “o que seu próprio coração pede”, não “se deixar levar” pela aventura, como usar drogas excessivamente e jamais usar o *crack*.

Em meio a essas lições, uma ruptura acontece quando um carro passa ao lado, com vários rapazes que vão e gritam: “e aí, *gatinhas*”. E mediante a situação, que não chegou a ser considerada ofensiva por Rosa, ela miava, literalmente imitando uma gata (*miau, miau*) e se exibia sensualmente para os rapazes do carro. Os miados também eram parte de seu repertório em diferentes situações; por exemplo, ao circular pelo Posto, utilizava essa expressão para avisar todas sobre sua presença.

Milena, entretanto, reagiu de maneira diferente às investidas dos rapazes. Ela começou a hostilizar, buscando ofendê-los,¹³ dizendo: “Mariconas¹⁴ safadas! Toma no cu, seus filhos da puta!”. Diante da situação, Rosa interpela Milena e bastante enfurecida diz que não deveria agir assim, porque ela não sabe quem estava no carro, e aqueles rapazes poderiam voltar para “cobrar a bronca”. A melhor maneira de reagir, na prescrição de Rosa, é deixá-los falar, fingir que não se ouve, ou zoar, achar graça, gritar (*uhuu!*, *delícia*, *gostoso*) sem confrontá-los diretamente. Afinal, as conveniências entre as travestis e os rapazes do bairro local podiam dar a aparência de que suas relações são pacíficas, mas a travesti novata desconhecida que no mundo da noite, com suas maneiras peculiares de acertar as contas, a provocação lançada podia suscitar a vingança e

13. Kulick (2008) propõe uma interessante análise do escândalo.

14. A categoria *mariconas* é utilizada para se referir aos clientes que muitas vezes são passivos no sexo.

levar ao terror perpetrado pelos *ocós*¹⁵ *babadeiros*¹⁶ quando resolvem moralizar a prostituição travesti no Posto.

Os *ocós babadeiros*

Rosa tinha razões especiais para dar esse alerta à travesti novata, pois passara por um período de intensos confrontos com os rapazes que circulam no Posto, sobretudo com alguns trabalhadores da borracharia e com os traficantes do Jardim Jôquei Clube que usavam o Posto para vender drogas.

Descobri também, de maneira inesperada, a existência de regras de convívio entre rapazes do bairro Jôquei Clube e as travestis do Posto. Cito um trecho de meu diário de campo, escrito às pressas após o contato violento com os *ocós babadeiros* no dia 30 de dezembro de 2006:

No dia 30 de dezembro de 2006 na noite de sábado, por volta das 20h30min fui visitar a Rosa em sua casa, já estava preparada para ir ao Posto, maquiada e vestia uma minissaia e um *top* vermelho de sua própria confecção. Para pôr em *choque os bofes*,¹⁷ dizia. Antes de irmos ao Posto, passamos na casa de sua amiga na vizinhança, conversávamos, e entre um cigarro e outro veio uma forte chuva. O que adiou um pouco mais a nossa saída. Após a chuva dar trégua Rosa perguntou-me as horas, eram 22h12min, então saímos do local. A rua dada as condições do tempo parecia bem calma e com pouca movimentação. Seguimos para o Posto. [...]. Há algum tempo estava rolando o boato que os *ocós babadeiros* do Jôquei iam agredir as *travestis* e as *monas* que aparecessem no

15. *Ocó*: homem.

16. O termo *babado* em alguns contextos tem significado de algo bom, como um acontecimento interessante para ser contado. Em outros casos, como em *babadeiro*, adquire uma conotação ruim e serve para ressaltar algo que é violento e ameaçador.

17. *Choque os bofes*: impressionar.

Posto. Diziam-se irritados pelo aumento do fluxo de *travestis* e *monas* no pedaço, o que se mesclava com certa vontade de expressar seus ânimos a algumas desafetas que por ali ficavam. Por causa das comemorações do fim de ano, as travestis estavam alertadas e, entre elas, havia uma que já circulava na surdina, com todo cuidado, pois era acusada de roubar os caminhoneiros e atrair a polícia para a região. Já havia um histórico das atuações dos *ocós*, sempre próximas ao período do final de ano e meses como julho, quando ocorrem as férias escolares. Nessas épocas, havia a tendência dos rapazes se reunirem para suas festividades em bandos, o que os encorajava à luta e a propagarem o terror nesse espaço. De certa forma, havia um medo de ocorrer um *arrastão*, estratégia que consiste em um grupo – seja de *ocós babadeiros*, rapazes agressivos, impetuosos da *malandragem*, ou *alibã* (policiais) – expulsar, com recursos da força, travestis e gays que transitam pelo território. Mesmo sabendo desses boatos, me arrisquei a permanecer no espaço. Tudo parecia muito calmo, e sequer surgiu programa para a Rosa. Sentamos na mureta que fica na esquina da rua Itália. Estávamos já nesse momento acompanhados das *monas* Jorge e André, entre uma conversa e outra resolvi ir para casa. Jorge e André já antecipavam a saída da esquina atravessando a rua rapidamente e me aguardavam próximo à pista enquanto me despedia de Rosa. Iam me acompanhar até a avenida João Ramalho. Levantei. A Rosa também. Dei um abraço e um beijo em seu rosto, desejei um feliz ano novo. Nas minhas costas sinto um toque. Olho para trás. Um bando de rapazes, aproximadamente dez. Não consegui contar ao certo, já não havia importância, a não ser que estávamos em poucos e os rapazes em muitos. Um rapaz encapuzado e com um pedaço de madeira na mão me diz em tom grave: “Vaza, vaza, vaza”. Olho para Rosa e ela com a voz baixa e sem grande desmedida diz: “é o Thiago, meu amigo”. Já estava andando, para direção de Jorge e André, quando recebo um empurrão: “não apareça mais aqui, seu viado filho da puta”, em todo momento fiquei calado, abaixei a cabeça e segui meu rumo. Próximo à esquina entre a rua Itália com a rua Antártica, olho para o

Posto, e a Rosa estava lá, sozinha e sentada na esquina, não iriam agredi-la. Já se tornou respeitada naquele ambiente, certamente com grandes custos. O bando era mais forte e corri risco de vida, poderia ter sido agredido. [Notas do caderno de campo, 31 de dezembro de 2006]

Percebe-se o susto que levei diante das interações com um grupo de *ocós babadeiros*, assim chamados pelas travestis em alusão ao terror e à violência que exercem nos labirintos do território do Posto. O território tem suas regras e seus mecanismos de funcionamento. As travestis, tentando estabelecer seus pontos, enfrentam diversas lutas. E suas relações problemáticas com os “donos do mundo da malandragem” exigem certas estratégias, como, às vezes, “ir para cima”, outras, de se “colocar no seu lugar”, como me explicou Rosa, para conquistar simpatia ou simplesmente respeito.

Rosa, que se intitula uma “*mina* muito louca”, batalha ou “trabalha”¹⁸ no Posto há mais de dez anos. Ela contou os tempos em que tinha que enfrentar os *ocós babadeiros* da região com uso de força: bateu-levou. O fato de não *deitar* e resistir às investidas a tornou uma pessoa respeitada e tolerada no pedaço.

Jorge narra como funcionam as conveniências e os embates entre travestis e *ocós babadeiros*:

Cada um tem sua correria. Elas estão ali para vender o corpo. Eles circulam na surdina. Ninguém pode atravessar uma do outro. Quando alguma travesti apronta demais, se insinua demais na rua, mexe com rapazes e famílias, eles aparecem para botar ordem no pedaço. Mas eles não são bobos, sabem com quem mexem, dão uns tapas em quem é mais fraco. Xingam ou apedrejam quem eles acham que não são necessários. Muitas vezes é por puro prazer de

18. Observa-se o uso da categoria *trabalho*, para se referir à prostituição, com mais frequência por Rosa e foi acentuada quando as travestis enfrentaram o *arrastão* de policiais que irei descrever adiante. Nessa oportunidade, brincava-se no território: “Vadia não! Prostituta, *trabalhadeira*, *brasileira*”.

se mostrar, que eles também estão presentes, e que não são elas que vão controlar o Posto. Tem também uma atenção em relação aos roubos, não é muito legal para a malandragem ter roubos de caminhoneiros, eles chamam a polícia e isto não é positivo para eles. Mas acho que é pura diversão de macho, muitos deles não mexem com algumas porque têm o rabo preso sabe. Eles também frequentam aqueles corpos e são muitas vezes instigados a ficarem do lado de algumas contra outras quando surgem picuinhas entre elas. E é o que mais tem. Muito leva e traz, muita disputa por pedaço, por clientes, tem um momento que as coisas não andam bem e aí pode ter certeza que os *ocós* aparecem fazendo o arrastão e salve-se quem puder. [Jorge]¹⁹

Além desses fatores levantados por Jorge, na oportunidade em que estive de frente com os *ocós babadeiros*, um dos motivos que os levaram a circular espantando umas travestis, tolerando outras, era a circulação de policiais no Posto para reprimir o roubo de caminhoneiros, o que estava deixando-os apreensivos em relação ao tráfico de drogas. Também observei que várias das “brincas” referiam-se a dívidas de drogas, como o *crack*, que vem sendo utilizado por muitas travestis.

“O *crack* deixa as travestis como um *zumbi*”, fala Rosa. Várias travestis no Posto fazem o uso da *pedra* durante toda a noite. Cada grama de *pedra* custa em torno de 5 reais, e, entre um programa e outro, algumas travestis saem em busca da droga. Esse é o caso de Rebeca, uma travesti que atua na prostituição no Posto há mais de vinte anos, e atualmente apresenta-se magra, descuidada com a aparência, faz programas baratos, a troco de 2 a 5 reais.

Beyoncé esteve envolvida em um conflito no Posto relacionado à dívida de drogas. Chegou ao Posto após ser expulsa do Centro e receber uma surra da Carol por dívidas não pagas e também pelo

19. Procuo respeitar a linguagem empregada pelos meus informantes, registrando os depoimentos sem convertê-los à linguagem oficial, e segue, ao fim de cada fala, entre colchetes, o nome mascarado da depoente.

estopim causado por *azuelar* (roubar) a bolsa de outra travesti que ficava no Centro, a Daiane.

Nessa época, Carol se impunha como a travesti responsável por controlar a prostituição na rua Quinze de Novembro e cobrava uma taxa de 10 reais por dia de algumas travestis que lá ficavam, e Beyoncé, a despeito de ter dinheiro para comprar pedra, não tinha para o “pedágio”. Carol não deixava usarem a droga na movimentada rua central, e sabia que, quando as travestis viciadas se ausentavam do ponto, iam à *biqueira*, que fica umas dez quadras de distância da região, na favela do bairro Altaneira. No Centro, só o uso da maconha era permitido, segundo as travestis, droga menos depreciativa moral e fisicamente. Carol acabará, meses depois, presa pela polícia em flagrante por tráfico de maconha no ponto.

Beyoncé encontrou no Posto uma alternativa para angariar renda, mas a proximidade das bocas de tráfico a fez se aprofundar mais em sua prática de consumo do *crack*, o que a levou, em pouco tempo, a contrair uma dívida de mais de 80 reais com um traficante local. Sem receber o dinheiro, o traficante foi à sua busca e, ao não encontrá-la, abordou Rosa: “cadê aquele viado preto sem-vergonha?”. Rosa respondeu questionando quem seria a pessoa a que ele se referia, e obteve a indicação de que era Beyoncé. Rosa então disse que não a via há mais de uma semana no Posto. O traficante, irritado, explicou que ela estava lhe devendo dinheiro, e alertou Rosa de maneira enfática: “avisa pra esses seus viados que a festa vai acabar e quem pedir droga sem dinheiro vai levar um coro na hora”.

Embora não saiba o que veio a ocorrer depois da dívida e das ameaças a Beyoncé, meses depois a reencontrei no centro de Charmosa. Talvez devido ao atrito com o traficante, tenha sentido a necessidade de se afastar do espaço para preservar sua vida, a despeito de ter que retornar a se submeter às travestis que controlam a região central.

Rosa, dias depois da cena descrita, na esquina do Posto, em posse de um baseado (cigarro de maconha), fez um agrado para o traficante, dando a ele o cigarro e recebendo em troca o conforto de não ser violada. Mas nem sempre foi assim.

O certo é que o Posto, como espaço de experimentação de travestis, passou a existir a partir de enfrentamentos diversos, com os moradores dos bairros vizinhos, com os rapazes ligados à ma-landragem e ao tráfico de drogas, com a polícia, com a vigilância dos postos de combustíveis, borracharias, entre outros. Jorge, por exemplo, conta que Rosa, ao ser expulsa do Centro, em meados de 1990, e buscar se inserir no Posto, teve que enfrentar situações violentas. Em uma delas, presenciou um bando de rapazes espancando Rosa e deixando-a jogada no chão, toda ensanguentada, e, diante do ocorrido, chamou uma ambulância do serviço de emergência para lhe prestar auxílio.

Umas das principais portas de entrada das travestis nos serviços de saúde ocorrem a partir das emergências, ou por causas externas, como a violência,²⁰ ou relativas a agravos de saúde, complicações ligadas ao uso de silicone industrial, entre outras.

Embora a ameaça de violência permaneça presente na vida noturna, Rosa e Jorge – que fazem parte de uma geração que enfrentou nas ruas o preconceito e manifestações de ódio com violências físicas – ressaltam as facilidades na atualidade, não vistas “no tempo” em que começavam a experimentar suas sexualidades e gênero. Por isso, falam que apanharam muito para que, hoje, as travestis tenham a liberdade de circular por diferentes locais que elas, antes, não imaginavam pisar.

A esse respeito, Rosa narrou que as travestis mais jovens estão mais *ousadas*, buscando novos espaços, em alusão àquelas que estão driblando o destino da prostituição e exercendo trabalho remunerado (faxineiras como Fabíola do Centro, cabeleireiras como Rosa, ou enfermeira como Raísa, que não vivia da prostituição) ou

20. A violência torna-se um problema de saúde por dois motivos principais: primeiro, diante do conceito ampliado de saúde, todas as situações de agravos às condições de vida dizem respeito à saúde. Segundo, a violência representa um risco à saúde, pois impacta em diferentes magnitudes a vida, ameaçando-a, produzindo morbidades e mortes. No caso do Brasil, a violência tem impacto importante nas internações hospitalares (Minayo, 1997).

frequentando escolas supletivas (Diva e Hilda) e curso de informática (Jaqueline).

A resistência à prostituição como destino pode ser observada na trajetória de Rosa, em sua dedicação aos estudos e projetos profissionais. Atualmente, Rosa também acolhe travestis em sua casa, mas em moldes diferentes daqueles que a colocavam, na década de 1990, como uma temida cafetina.

A casa de Rosa

Rosa mora no quarto dos fundos da residência de sua mãe, dona Ivone, e dividia o espaço, na oportunidade da conclusão deste estudo, com três jovens travestis: Diva (18 anos), Janete (20 anos) e Gilda (24 anos). Sua casa é simples, como as casas da maioria das travestis com quem convivi, sem acabamentos, com quintal de terra cheio de plantas. Ela tinha habilidade e gosto para lidar com a terra e costumava cultivar com esmero a horta – com alface, cebolinha e rúcula –, também o pé de acerola, chuchu, alecrim, manjeição, o comigo-ninguém-pode, entre outras.

O quarto dos fundos, coberto de telha de zinco, tinha um acabamento com piso cerâmico e um pequeno banheiro. Rosa passou a morar nele quando seu pai²¹ morreu em decorrência de um câncer. Ele vivia separado de sua mãe há muitos anos, mas mantinham um

21. Conheci seu José em vida. Era um senhor bastante brincalhão, gostava muito de cachaça; em alguns momentos podia-se encontrá-lo nos botecos, ou jogado na sarjeta das calçadas. Certa vez, seu José sumiu de casa por mais de uma semana; conhecidos da família o encontraram andando pelas ruas do bairro e avisaram Rosa, que, a essa altura, estava bastante apreensiva em relação ao seu paradeiro. Ela, assim como suas duas irmãs, eram bastante cuidadosas com seu José, auxiliavam a cozinhar, a limpar o quarto, e, nos momentos críticos da doença, Rosa o alegrava com uma dose pequena de aguardente. Seu José tinha uma maneira especial de mencionar todas as amigas travestis e gays que circulavam na companhia de Rosa, ele chamava-as carinhosamente de *natureza*.

forte vínculo, compartilhando a casa que construíram em seu casamento.

Após a dolorosa morte do pai, Rosa se apropriou do quarto e fez dele seu “canto na casa”. Ali, segundo ela, nenhum dos seus irmãos colocaria as mãos. Garantiria, assim, um espaço para viver com “um pouco de privacidade”, distante de intrigas com seus dois irmãos, ambos adultos, que moravam na casa com dona Ivone. Assim como se resguardava do contato com as visitas da casa, dos outros irmãos e familiares, muitos dos quais romperam relacionamento com ela.

Inicialmente, esse espaço serviu para montar a estrutura de seu salão de beleza, com espelhos grandes nas paredes, prateleiras (aproveitou o armário deixado pelo pai para colocar os produtos de uso profissional para cabelos) e equipamentos como a chapinha, o secador; também instalou um pequeno lavatório de cabelos no banheiro. Começou a divulgação boca a boca dos seus serviços na vizinhança, além de colocar uma faixa, confeccionada por ela mesma, com os escritos “Rosa cabelereira” na frente da casa.

Rosa havia feito um curso de cabelereira na Embelleze. Tive a oportunidade de participar da sua festa de formatura na churrasqueira que fica próxima ao Posto, com suas colegas de curso e familiares. O salão da Rosa tem uma frequência pequena, seus clientes são rapazes e mulheres da vizinhança, familiares e algumas travestis. Em várias conversas, ela esboça seu desejo de alugar uma casa mais confortável e montar uma sala mais adequada para seu trabalho. Com o tempo, o salão foi deixando sua cara original para se tornar também seu quarto, com uma cama de solteiro e guarda-roupa, passando a usar apenas a cozinha da casa de sua mãe.

Rosa não deixou de procurar alternativas ante o pequeno retorno financeiro do salão. Pensou em vender cestas de chocolate e de café da manhã. Havia conseguido várias cestas de cipozinho e vime com sua irmã, que trabalha na coleta de lixo reciclável, e tinha apenas que decorá-las e recheá-las com produtos. Lembro só de uma rifa de cesta de chocolates da Rosa, e da qual cheguei a comprar dois nomes, a 2 reais cada.

Rosa também foi revendedora da Avon.²² Inicialmente, conseguiu vender batons, maquiagens, cremes, perfumes, sobretudo para as travestis do Posto. Eram encomendados por suas clientes, mas algumas deixavam de pagar e isso resultou rapidamente na interrupção da atividade.

Rosa dizia para mim que, se pudesse, já teria “abandonado a rua”, embora nela encontrasse reconhecimento, prazeres e dinheiro. Identificava as dificuldades cada vez maiores para conseguir sobreviver da prostituição, mas tinha dificuldade de explicitar fatores marcantes da sua trajetória, que a colocava à margem na prostituição, como os defeitos causados pelo silicone industrial em suas pernas e pés, e a idade, 40 anos, sendo considerada velha pelos seus pares. Na maioria das vezes, Rosa mencionava a si própria como *garota*, mas, entre uma conversa e outra, dizia que seu “tempo na rua já passou”. Quando inaugurou seu salão, me disse: “Até que fim! Não vou precisar mais da rua”.

Rosa não deixou de trabalhar na prostituição no Posto. Mesmo assim, abriu novas fronteiras ao ingressar em um cursinho pré-vestibular criado por alunos de uma faculdade pública de Chamosa. Frequentou o período noturno com algumas dificuldades, devido à falta de dinheiro para o transporte público e à dedicação à prostituição no Posto. Inscreveu-se para o vestibular em Psicologia na Universidade Estadual Paulista, mas não conseguiu nota suficiente para o ingresso.

Rosa foi professora na educação infantil em uma creche municipal durante alguns meses, ainda jovem, antes de se transformar em travesti. Exerceu esse cargo quando cursava o magistério no Centro Específico de Formação e Aperfeiçoamento do Magistério (Cefam), mas abandonou a atividade e o curso em meio às suas

22. Uma das maiores empresas de vendas diretas de produtos cosméticos que conta com mais de 6 milhões de revendedoras autônomas no mundo. As revendedoras devem garantir uma determinada quantidade de venda de produtos cosméticos e uma cota inicial para pagar os boletos do contrato de revendedora. A empresa sugere às vendedoras a lucratividade em torno de 30% dos valores de venda dos produtos.

transformações corporais. Também fez um curso de auxiliar de enfermagem, já como travesti. Não chegou a exercer a profissão, mas se orgulhava ao falar o quanto esse conhecimento a auxiliou a cuidar do pai doente.

Passou parte de sua juventude no Internato Católico Educandário de Charmosa, e só frequentava a casa de seus pais nos fins de semana, e, em meio à rigidez da instituição disciplinar, despertou para os estudos. Gaba-se que, durante a educação básica, sempre foi considerada exemplo entre os demais alunos (a melhor “aluna” da classe), recebendo elogios dos professores.

Apesar de uma formação profissional diversificada, as possibilidades reais de angariar renda acabaram ficando restritas ao salão de cabelereira e à prostituição. Entretanto, conforme já narrei, como cabelereira, Rosa ainda não conseguia se manter. Nesse ano, passou a acolher jovens travestis em sua casa, a Diva, a Janete e a Gilda, que atuam no Posto. Gilda se mostra mais nômade, faz algumas temporadas em Charmosa, cerca de duas semanas, depois passa outras duas em uma cidade vizinha do mesmo porte, ficando nesse vai e volta.

A maneira como Rosa organiza a casa lembra as pensões de cafetinas de travestis. Existe uma taxa diária a ser paga de 20 reais, com a qual ela auxilia sua mãe a pagar as contas de luz e água, alimentação e gás de cozinha.

Desejava uma nova casa, pois gostaria de encontrar um lugar mais confortável para montar seu salão de beleza (realizaria esse empreendimento num dos quartos), a fim de atrair mais clientes e sair da prostituição. Dividir as despesas, como aluguel e contas mensais da residência e da alimentação, permitiria juntar forças para esse feito. Rosa estava empolgada, renegociou sua dívida de cartão de crédito no banco (bandeira Visa Internacional, cujo limite ultrapassava mais que três vezes sua renda mensal estimada em 600 reais), relacionada à compra de uma TV de plasma e aparelho de DVD. Com o *nome limpo* no mercado poderia tentar fazer um contrato de locação residencial.

No entanto, Rosa tinha dúvida sobre a legalidade de travestis compartilharem uma casa. Temia que a reunião de travestis que pagam diária em troca de moradia soasse aos ouvidos das autoridades policiais como cafetinagem. Na verdade, me dizia que não havia outro modo de garantir o pagamento das contas mensais sem cobrar uma quantia diária das travestis, pois elas acabam gastando o dinheiro em outras coisas, não sobrando ao fim do mês. Explicou que a taxa seria cobrada somente de segunda a sábado, o domingo era para descansar. Ela também ressaltava que não era uma forma de explorá-las e obrigá-las a se prostituir, pois gostaria, inclusive, que as jovens aprendessem com ela novos caminhos, como estudar, se lançar em outras profissões, ou auxiliá-la no salão de cabeleireira. Com o aumento de freguesas poderia precisar, por exemplo, de uma manicure, uma auxiliar de cabeleireira.

O medo das autoridades policiais era relacionado à possibilidade de ocorrerem desavenças entre as colegas da casa, ou as de fora, que poderiam fazer acusações como cafetinagem. A fim de se preservar em relação a isso, me pedia para pesquisar na Internet modelos de contrato de aluguel, como de repúblicas de estudantes, para pensar algo que fosse de livre acordo, assinado por todas, registrado em cartório, para, assim, preservá-la de qualquer suspeita ou acusação leviana.

Rosa ainda iria procurar um advogado conhecido da vizinhança para consultá-lo a respeito dos modelos de contrato que me pediu (entreguei a ela modelos de sublocação e de repúblicas de estudantes pesquisadas no Google) e começaria a procurar uma casa em uma área de grande circulação, na região sul de Charmosa.

Essa maneira de colocar o problema de reunir travestis em uma mesma casa, que não fosse percebida como local de exploração, faz parte de uma transformação de Rosa em relação ao passado, quando era uma cafetina, e acena para novos modos de vivência travesti.

Acompanhando Rosa e a transformação da figura da cafetina violenta para as práticas de *madrinha* e de sublocadora legalizada, também pude, um pouco antes, em 2007, vivenciar a sua reaproximação das travestis do Centro em meio à mobilização, por ela

organizada, de resistência às investidas da Polícia Civil contra a liberdade das travestis de atuarem nos pontos de prostituição de Charmosa.

A violência policial e o acesso ao território Centro e Comasa

Outro acontecimento que trouxe uma nova afluência de pessoas ao universo de relações que fui tecendo, foi a aproximação de Rosa das travestis que se prostituem no centro da cidade, quando se reencontraram na delegacia após ações de captura da Polícia Civil.

Esse movimento, denominado por elas de *arrastão*, eram ações arbitrárias da polícia que buscavam reordenar as circulações e moralizar – com o uso da força, ameaça e também pelo arcabouço jurídico – a ocupação das ruas da cidade por travestis e mulheres profissionais do sexo.

A polícia encontrava apoio de setores locais ligados às associações de comerciantes, do Conselho Comunitário de Segurança do Centro (Conseg/Centro), composto de comerciantes e moradores, e de jornais locais. Em 2007, um jornal de Charmosa publicou um editorial intitulado “Travestis, prostitutas e desocupados” no qual lia-se, em um trecho, após referência aos mendigos, vagabundos e embriagados que circulam pelas praças do centro da cidade, algumas medidas para aplacar o problema:

Se são desocupados e estão trazendo problemas para a comunidade, então é preciso que as autoridades ajam com rigor, retirando-os de circulação. Problema sério também acontece a partir das 18 horas nas principais ruas do centro da cidade, infestadas de prostitutas, e principalmente de travestis. Comerciantes têm reclamado muito do vandalismo praticado por esses elementos, que depredam portas, luminosos, placas e ainda fazem as necessidades fisiológicas em frente das lojas e residências. Os moradores das

ruas Prudente de Moraes, Paes Leme e São Luiz têm reclamado do intenso barulho e algazarras por parte dos travestis e prostitutas que “disputam” clientes. Além de brigas e sexo praticado nas calçadas, corredores e até varandas das casas. Não se trata de uma situação normal, portanto as autoridades precisam tomar providências urgentes, começando com a intensificação de rigorosas rondas de intimidação feitas pela Polícia Militar. É preciso uma ação conjunta das Polícias Militar, Civil e do Ministério Público para livrar a sociedade desse problema, que fica cada vez pior.

Inaugurada a caça às travestis, os policiais praticaram ameaças com armas, espancamentos; algumas travestis eram presas e abandonadas em regiões inóspitas, em estradas rurais longe da cidade; outras eram levadas à delegacia e obrigadas a assinar boletins de ocorrência com acusações de *vadiagem*, *importunação ofensiva ao pudor*, *perturbação do sossego* e um termo de compromisso que estabelecia trinta dias para apresentarem *comprovação de trabalho lícito*.²³

Nesse sentido, se observa como as travestis são permeáveis às manipulações do poder que aceitam como naturais intervenções violentas dos outros, produzindo dor para corrigir ou submeter, pois seus corpos²⁴ e desejos são encarados como abjetos e temíveis à

23. Durante as averiguações da Polícia Civil, as travestis tiveram que comparecer à delegacia pelo menos mais três vezes após o fichamento geral – quando todas foram recolhidas à delegacia. Uma primeira ordem do delegado determinou o comparecimento a fim de prestar declarações sobre o boletim de ocorrência na Delegacia de Investigações Gerais, quando as travestis receberam uma requisição para “Exame de corpo de delito laboral, para a constatação de aptidão ao exercício de trabalho lícito” no Instituto Médico Legal de Charmosa. Foi seguida de nova ordem do delegado para declarações sobre o boletim de ocorrência. Das travestis não demorei a ouvir reclamações sobre a sensação de impunidade acerca das violações que estavam sofrendo.

24. No contexto da análise de Caldeira (2000) pode-se aludir que a violência policial e o desrespeito aos direitos reforçam a “democracia disjuntiva brasileira”, que compreende a constituição sistemática de “corpos incircunscritos”, em

ordem social, resultando na falta de respeito aos direitos individuais e em processos mais amplos de exclusão.

Diante dessas iniciativas, as travestis deixaram antigas desavenças para, juntas, denunciarem os abusos de que eram vítimas. Nesse momento, surgiram dificuldades nas tentativas de apoio das instituições da Justiça. Na verdade, em uma reunião organizada por Rosa na casa de Adriana, uma travesti de 45 anos, onde moravam outras travestis que atuam no Centro, eram levantadas questões como a possibilidade de represálias em caso de denúncia, bem como o medo e a angústia de que os atos continuassem.

Nessa reunião, em uma tarde de 2007, conheci Adriana, que, naquele período, alugava quartos para outras travestis. Algumas delas, na ocasião, foram levadas à delegacia, outras sofreram violências, como Sandra, que foi capturada pelos policiais e abandonada nas imediações de uma fazenda de café em uma estrada rural de um distrito de Charmosa.

Rosa, que inflava o levante contra o “pente fino” da polícia, passou por cima de desavenças antigas com outras travestis, e unidas chegaram à conclusão de que a melhor maneira de lidar com o problema era denunciá-lo para outras instituições. Fiz, com autorização delas, um relato assinado com Rosa sobre os acontecimentos à Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República, que designou uma assistência jurídica às travestis afetadas pela violência policial, uma semana após o relato. Ao mesmo tempo, as travestis se mobilizaram para relatar ao Ministério Público, que acolheu, mediante insistência, a denúncia pública de violação de direitos.

que as classes populares, mulheres, negros, adolescentes em conflito com a lei são inseridos em lógicas que reforçam a punição e a exclusão em detrimento do discurso dos direitos e da cidadania. Nesse sentido, pode-se apontar para a noção de “corpo incircunscrito” como meio para compreender que a transformação corporal das travestis é consistente com a produção de uma cultura marcada pela associação entre a dor e a verdade, onde a inflição da dor com objetivos corretivos é, ao mesmo tempo, paralela a concepções de corpos desejáveis pelas travestis.

De outro lado, vale ressaltar a preocupação e o apoio do Programa de Redução de Riscos e Danos em DST e Aids. As conversas com as agentes de saúde deram impulso ao engajamento das travestis, auscultando suas queixas e propondo o enfrentamento como meio para as mudanças que elas clamavam. Em outros episódios, pude observar que as agentes de saúde, com suas poucas armas, atuavam diretamente no controle da violência, na medida em que suas presenças vigilantes inibiam os abusos de polícia.

Com o relato a essas instituições, a Polícia Civil deixou de investir com uso de força sobre as travestis nos pontos de prostituição, mas permaneceu levando adiante o processo de investigação, convocando-as para deporem sobre o boletim de ocorrência. Passado quase um mês do início das práticas dos policiais, uma notícia no jornal local confere visibilidade ao acontecimento com o título “MP investiga possíveis abusos de policiais contra travestis no centro”, e o delegado corregedor, convocado a falar, responde como percebe a conduta das travestis reforçando práticas institucionais de discriminação.

Segundo a polícia, a forma como os travestis se vestem caracteriza-se por importunação ofensiva ao pudor e a frequência de ociosidade caracteriza contravenção de vadiagem. Os travestis têm ainda 30 dias para comprovarem a prática de outra profissão considerada lícita. O delegado corregedor Fulano de Tal, diz que a prostituição não é um ato punitivo, mas a forma como os travestis se portam, sim. Reincidência pode gerar novos termos circunstanciados ocasionando autuações conforme a lei.

Sem dúvida, esse acontecimento foi importante para uma aproximação das travestis do Centro; creio que os contatos com o campo absorveram o pesquisador aos olhos dos pesquisados menos pela lógica do estudo que começava a se delinear, mais com base na ideia de que eu não representava perigo ou que poderia trair seus segredos.

Em seguida ao acontecimento, pude adentrar os territórios sem passar como suspeito de ter relações com inimigas, obstáculo presente quando era mais evidente a cisão entre travestis do Posto e travestis do Centro e da Comasa.

O Centro e a Comasa

O Centro, desde a década de 1970, é habitado nas noites pelas travestis. Adriana, uma das travestis hoje consideradas mais velhas de Charmosa, narra a efervescência das esquinas entre as ruas Dom Pedro e Vinte e Quatro de Dezembro que lhe deu possibilidades de se tornar travesti.

O ponto foi se estendendo para parte da região central, onde está localizada a principal área comercial da cidade, mesclada com algumas residências, hotéis, prédios de apartamentos comerciais e residenciais, entre as ruas São Luiz, Vinte Quatro de Dezembro, Prudente de Moraes, Paes Leme, Campos Sales e, principalmente, entre as três quadras formadas pelas três últimas ruas paralelas citadas, atravessadas pela rua Quinze de Novembro.

É principalmente na Quinze de Novembro que as travestis se exibem aos transeuntes, bem produzidas, com roupas femininas, às vezes com pouca roupa, maquiadas, sapatos de salto alto, cabelos compridos e tintos, outras vezes com recursos mais provocativos, como os seios à mostra, produzidos com silicone industrial ou prótese cirúrgica. Grande parte das travestis do Centro fez uso de tecnologia como o silicone industrial, e são mais velhas em relação ao corte etário da maioria das travestis que atuam no Posto. Adriana conta que, na década de 1980, foi a segunda habitante de Charmosa a utilizar o silicone industrial para modelar o corpo.

Na rua Quinze de Novembro, distante várias quadras do Centro, em direção à região Norte da cidade, outras travestis se põem nas imediações da concessionária de veículos denominada Comasa, misturadas entre as mulheres que se apresentam, às vezes,

com as travestis, na quadra abaixo, próxima a uma região de galpões e oficinas mecânicas.

Nesse lócus, estão algumas travestis denominadas *top*, como Lorena, que tem investido nas técnicas de uso de silicone industrial e prótese cirúrgica de seios, e *européia*, como Fernanda, que narra suas temporadas na Itália como símbolo de seu valor.

Ambas as categorias, *top* e *européia*, dizem respeito à identificação junto a outras travestis como sinal de prestígio, em relação ao capital corporal diferenciado e à experiência no mercado transnacional do sexo. Em meio a outras travestis, que não possuem essa inserção, estão as travestis mais jovens, que começam a se montar, e as mais velhas, aliás, *a mais velha*, Maria – que, com essa ênfase, me foi apresentada recentemente por Lorena.

Maria tem mais de 50 anos de idade, negra, vive como prostituta e catadora de latinha e lixo reciclável na rua, e consegue, com esse último trabalho, às vezes menos de um quarto de dezena de reais por dia, e não muito mais num programa sexual. Mora em um quarto na favela da Vila Barros, próxima à região de prostituição da Comasa, e contrasta bastante com as travestis que ali circulam, todas produzidas com as tecnologias protéticas e cosméticas.

Ali, o valor do programa costuma ser maior que em relação ao Centro e ao Posto. Na prática, isso ocorre com as consideradas *mais belas e finas*, que costumam cobrar mais caro que as outras travestis, que são relegadas ao atendimento daqueles que não podem pagar a quantia requerida. Conseguem os clientes menos valorizados pelas travestis belas e finas de modo geral, como o *penoso*, aquele que tem pouco *aqüé* (dinheiro).

Não se pode dizer que o espaço da rua Quinze de Novembro, entre o Centro e a Comasa, seja estanque. Na verdade, algumas travestis se movem intensamente entre os dois pontos, ora estão no Centro, ora na Comasa. No Centro e na Comasa, a prostituição travesti encontra a prática de uma taxa que deve ser paga para as travestis que exercem domínio no espaço, diferentemente do Posto, onde não há maneira de regular esse tipo de cobrança.

O Centro foi um celeiro de práticas de cafetinagem que se expandiram para a Comasa. Relatos de Sandra sobre o Centro permitem apontar a história de pelo menos três *casas de cafetinagem* na cidade, ela tendo passado pelas duas últimas: a primeira era a casa de Paulinha, a segunda a casa de Rosa, a terceira a casa do Deike, o único cafetão que atuou diretamente com as travestis. Mas nenhuma dessas experiências durou muito tempo devido às resistências das travestis em relação a aspectos de exploração e violência, e à iminência de interferências da polícia.

Na rua, a disputa parece ter sido maior. Desde os relatos envolvendo Rosa, na década de 1990, e sua então parceira Silene, que partiam para a briga a fim de submeter as travestis do Centro a pagarem uma taxa diária para o trabalho na rua.

Silene²⁵ era considerada muito violenta, mafiosa, nos dizeres de outras travestis. O vácuo deixado por ela e Rosa como lideranças e cafetinas de outras travestis deu lugar, em seguida, à cafetinagem

25. Roberto, hoje missionário de uma igreja evangélica, é casado e pai de dois filhos. Ganhou a manchete do *Jornal do Povo* em 2010, com os dizeres “Ex-travesti virou missionário e quer abrir igreja para gays”, anunciando o testemunho da incrível transformação. Esse testemunho faz parte do cotidiano de Roberto, como os dizeres nos cartazes de sua igreja: “antes: ex-travesti, ex-viciado, ex-presidiário. Venha ver quem ele era. E hoje quem ele é! Uma grande transformação pelo poder de Deus”. Narrando sua história desde as atitudes afeminadas aos 13 anos, inserção na prostituição e implante de prótese de silicone aos 18 anos, viagens para São Paulo – a partir das quais angariou dinheiro, mas também marcas da violência –, uso de muitas drogas, morte de muitos amigos de sua geração de forma violenta ou de aids, até, após ser preso várias vezes, encontrar as palavras bíblicas e a libertação, quando então retira o silicone, aos 29 anos, e, há 12 anos, cuida de seu lar e filhos, provando que o homossexualismo não é doença, mas, em suas palavras, “ilusão. Com o conhecimento da palavra de Deus, é possível encontrar a liberdade, como eu encontrei”. Exorta as igrejas evangélicas à *guerra* para salvar os homossexuais excluídos da evangelização e narra sua missão de iniciar esse trabalho.

As travestis esnobam a missão de Silene, pois consideram que ela vive no *armário*. Em torno de seus efeitos de normalização, as travestis comentavam as escapulidas pelos espaços de prostituição e um encontro malsucedido com um michê, que resultou em um roubo deixando-a pelada no meio do mato, prova de que vive na *falsidade, enganando a si mesma*.

realizada por Deike, com recursos ainda mais violentos. Deike é pai de Fabíola, a travesti que conheci em campo, no início da aproximação do Centro, exercendo na rua um maior controle das travestis menos estabelecidas e jovens, que, ao se inserirem no espaço, passavam a pagar uma taxa de 10 reais por dia. Essa taxa não era cobrada de Sandra e Carol que, naquela oportunidade, viviam com Adriana, outra isenta da taxa.

Quando Fabíola casou com seu *marido* caminhoneiro, deixou de frequentar a prostituição e passou a trabalhar de empregada doméstica para uma advogada. Carol então assumiu a posição de cobrar a taxa e cuidar da rua em relação às novatas e às estrangeiras. Mesmo com o retorno de Fabíola à prostituição, após terminar seu casamento de mais de um ano, a função permaneceu com Carol.

As travestis de fora da cidade não eram bem recebidas por Carol, que cobrava adiantado a diária de 20 ou 30 reais pela presença no Centro; na maioria das vezes, essa taxa as colocava para correr da cidade, mas podia haver situações que levavam ao recurso da violência para expulsá-las do concorrido mercado do sexo. Após vivenciar uma situação de violência no Centro, soube por outras travestis que o ocorrido era a *cobrança de bronca* de uma travesti, expulsa a tapas por Carol, colocada no mototáxi em direção à rodoviária para voltar a cidade de Presidente.²⁶ Essa situação ilustra em parte os conflitos vivenciados pelas travestis em relação à posse de um espaço que estava aparentemente apaziguado.

Nessa noite, ao chegar ao Centro, encontrei Carla na esquina da Prudente de Moraes com a Quinze de Novembro, onde me contou que as coisas não estavam muito boas no Posto. Segundo ela, as travestis apanharam dos policiais militares porque roubaram um caminhoneiro. Enquanto Carla me contava os acontecimentos, Fabíola chegou brincando conosco, e Cinthia, ao se aproximar, recebeu, como cumprimento de Fabíola, uma tapa na cara, tanto como forma de reafirmar seu domínio como em tom de brincadeira.

26. Nome fictício de uma cidade de médio porte do interior do estado de São Paulo.

Desci a rua Quinze de Novembro em direção ao cruzamento com a rua Campos Sales. Lá encontrei a Ruivinha, a Carol, a Sandra e a Beyoncé. Quando passou um cliente de carro, Carol mostrou os seios e ele parou alguns metros à frente. Ela foi para a *entrevista*,²⁷ entrou no carro e saiu para o programa. Em seguida, Beyoncé subiu a rua para ficar sozinha na outra ponta da esquina da Quinze com a Prudente.

Sandra me contava que naquela noite não havia feito nenhum programa, e dizia “a rua está uó!”.²⁸ Passou outro carro e a Ruivinha apontou a *maricona* que, segundo ela, não pagou pelo programa feito na noite anterior. Sandra começou a gritar: “Paga a bicha, mariconal!”, “Paga a bicha, viado!”, mas já era possível avistar o *velho* da Ruivinha atravessando a esquina da rua Paes Leme, descendo a rua Quinze de Novembro em direção a nós. Sandra chamou atenção de Ruivinha – “Olha seu velho” – e ela fica contente porque ele paga corretamente e “goza rapidinho”, sem precisar ficar muito tempo a sua disposição. Todos rimos com a conversa.

Sandra, observando o andar tropeçante do homem que vem afoito aos braços de Ruivinha, continuou chamando a atenção acerca dele: “Olha a maricona *véia*, safada toda caindo aos pedaços, tá aí atrás de pica. Aparece cada tipo na rua!”. Ruivinha concordou prontamente e narrou a sua última situação esquisita, na qual um *japonês* pediu para vestir a sua calcinha. Sandra foi mais longe e contou que, naquela semana, saiu com um rapaz muito lindo que a levou para um motel, mas lá vestiu corpete, calcinha, salto e peruca querendo, em suas palavras, “ser mais mulher” que ela. Saiu a Ruivinha para o programa e retornou, à esquina da rua Campos Sales, a Carol e, em seguida, a Fabíola, que se sentou no degrau do portão da casa de esquina, e continuamos a conversar trivialidades.

De repente, desceram na esquina cinco rapazes que vieram rápido em nossa direção, e logo foram cumprimentando Fabíola.

27. *Entrevista*: conversa inicial da travesti com o cliente na qual negociam o programa.

28. *Uó*: aquilo que é ruim.

Disseram “e aí, Fabíola!” em tom ameaçador, e fiquei um pouco mais atento, mas sem espaço para reação, pois já estavam ao nosso lado; o rapaz mais rápido assentou o pé no rosto de Fabíola, e Sandra e eu, que estávamos em pé, saímos correndo a Quinze de Novembro acima. Corria tanto que, quando criei coragem de olhar para trás, com o impulso, tropecei e caí no chão, já duas quadras acima. Na proximidade da esquina da rua Prudente de Moraes, chamei o mototaxista que ofereceu água, me acolheu no estabelecimento e depois me levou até a minha residência. Carla, me vendo em choque, perguntou o que estava acontecendo, enquanto, gaguejando, explicava a ela que “as bichas tão apanhando lá embaixo, toma cuidado”, e saí desesperado de lá.

De casa, liguei para a Carla para saber como estavam as coisas, se estava tudo bem com Fabíola e Carol. Imaginava que estavam muito machucadas por elas estarem sentadas e não tê-las visto escapar, e ainda estava impressionado com a cena de um dos rapazes lançar os pés com toda a força no rosto de Fabíola. Carol tomou o telefone e me perguntou se me machucaram, respondi que não, mas elas disseram que viram um soco em minha direção. Também me perguntaram se não quebraram nada que carregava na mochila.²⁹ Carol contou que conseguiu correr pela rua Campos Sales e se esconder em outro mototáxi, chamando a polícia. A Fabíola, que ficou com os cinco rapazes estava bem, dizia “não fizeram nada”, e me tranquilizaram.

No dia seguinte, na casa de Sandra, obtive mais detalhes sobre o acontecimento. Após Fabíola receber o pé no rosto e outros tapas, apareceu uma travesti que interrompeu a surra e avisou que iria montar uma “casa de travesti” com dez estrangeiras, e que todas as nativas deveriam pagar a ela uma taxa a partir daquele momento.

29. Diga-se de passagem, foi quando percebi também minha imprudência em relação aos equipamentos de trabalho. Naquela ocasião, ao sair da faculdade, passei com a bolsa cheia de livros, com *notebook* e máquina fotográfica. Carol, em uma situação face a face, me aconselhava a não levar nada quando passasse pela rua, e ressaltava que, se pegassem a mochila, não a devolveriam.

Em posse dessa informação e liberada, Fabíola se escondeu no moto-táxi e, enquanto isso, a travesti e os rapazes de carro passaram pela rua Quinze de Novembro e atiraram na fachada de uma loja para reforçar a intimidação.

O interessante desfecho desse conflito demonstra as ligações tênues entre as travestis e as práticas da *malandragem*. Num primeiro momento, as travestis chamaram a Polícia Militar, que, após acolher o relato, vigiaram um pouco mais as ruas centrais durante as noites seguintes. Rapidamente, Carol tomou iniciativas acionando na favela Argolo Ferrão, onde residia na época, os rapazes ligados ao tráfico para dar proteção às travestis do Centro. Por telefone, contatou também presos nas cadeias, que completaram a busca à travesti, localizando-a na cidade de Presidente, onde recebeu uma surra e foi expulsa para a região metropolitana de São Paulo.

Uma travesti, antiga desavença de Carol, expulsa de Charamosa, estava acomodada com a travesti estrangeira, passando a ela informações sobre os pontos de Charamosa, as lideranças, e vislumbrando a possibilidade tanto de vingança por maus-tratos recebidos como de retorno à cidade, com outras travestis de fora. Porém, o projeto, frustrado pelos comandos nas prisões, também resultou a ela uma punição. E, dessa forma, foi restabelecido o controle das ruas do Centro pelas travestis locais. Surpreendente articulação entre “os irmãos” no controle das ruas e da prostituição!

As relações com clientes e maridos

A despeito das situações conflituosas que permeiam as interações da prostituição travesti, e que tornam o corpo permeável às diversas violações de sua integridade física e moral, é preciso se desvencilhar das narrativas que as constituem apenas enquanto vítimas dos influxos punitivos das normas sociais, e que se reconheça a positividade das práticas sociais, por exemplo, a possibilidade de as travestis ascenderem socialmente e obterem conquistas mate-

riais e simbólicas importantes, e constituirão um modo de viver no mundo (Pelúcio, 2009). A prostituição é entendida de diferentes formas pelas travestis, sendo, ao mesmo tempo, objeto de reconhecimento e de experimentação de si e objeto de estigmatização.

Na maioria das vezes, paradas nas calçadas, conversando trivialidades, fuxicando, dançando e ouvindo músicas, sobretudo os sucessos populares gravados no celular tocados nas badaladas boates GLS da cidade e nas rádios locais, a cena noturna contrasta com as noites marcadas de intempéries, e torna-se momento para se divertir (*ferver*), para aproximar-se dos outros e obter o reconhecimento como femininas.

Nas ruas, à noite, as travestis testam a eficácia e domínios das transformações de gênero e de sua estética corporal, seu poder de sedução e as dinâmicas do desejo, encontram seus *clientes*, *namorados* e *maridos*, e também as injunções do dispositivo de aids através da interação com as agentes de saúde e suas parcerias afetivas e sexuais.

As *performances* provocam o alarido das pessoas que passam pela rua de carro, e as reconhecem como objetos para o sexo. Há a hipersexualização da travesti atrelada ao destino social da prostituição, esboçado em seus gestos, atitudes e disponibilidade para o sexo. Os homens passam em seus carros³⁰ devagar, olhando para as travestis que acenam; os carros param e elas vão ao cliente para negociar o programa.

As relações com os clientes são marcadas pelo mistério, por segredos, pois os vínculos provocam vergonha e desestabilização da identidade masculina dos parceiros. As travestis descobrem rapidamente que devem se esforçar para intimar a partir da aproximação que ocorrerá no universo privado com seus parceiros afetivos e sexuais.

30. Não é raro também que homens passem de carro as insultando; várias vezes, presenciei pessoas de carro gritando “João”, “Vira homem, viadão”, entre outras frases, depreciando a produção feminina.

Em conversas nas esquinas, trocam informações a respeito dos clientes, qual é *fino*,³¹ qual rouba, qual exige um sexo não convencional. Algumas práticas podem ser malvistas, como o exemplo de Sandra, que comentou ter sido procurada para fazer sexo com dois homens, um mais velho e outro mais novo, e, ao entrar na mansão, deparou-se com a prática sexual pouco convencional e incestuosa da família (pai, madrasta e filhos e filhas adultos se tocando libidinosamente), o que denominou de *ritual* – não aceitando fazer nada com os familiares e exigindo um pagamento para ir para o ponto de volta.

O mercado do sexo que agencia as travestis em Charmosa possui uma geografia com seus personagens em trânsito, feitos de gestos, olhares, poses, encantamentos. Em função das categorias acionadas a respeito dos clientes e seus diferentes capitais – corporais, culturais, econômicos – e práticas sexuais, observa-se que as travestis dão significados diferentes às territorialidades e lugares sociais pelos quais transitam as pessoas com quem interagem.

O Posto é considerado o local onde mais travestis disputam acirradamente clientes de tipos mais populares, como caminhoneiros, trabalhadores de bicicleta, moto, alguns clientes de carro, outros ligados à malandragem. Além disso, a proximidade de bairros populares, a contiguidade com o tráfico de drogas e a circulação de caminhoneiros, aos olhos das travestis que se prostituem no Centro, inviabilizam que *clientes finos* e endinheirados procurem esse espaço – considerado mais perigoso, sendo reconhecido por Carla que no Posto se cobra menos pelo programa, o *varejo*,³² como dizem as travestis do Centro e da Comasa –, situação que se reflete de modo inesperado quando as travestis do Posto aparecem de relance no Centro.

31. Cliente educado, bonito, com muito dinheiro.

32. O termo *varejo* designa, geralmente, o cliente que questiona e busca diminuir o preço do programa. *Varejo* também é usado pelas travestis do Centro e da Comasa para se referir à territorialidade do Posto, onde aparecem mais clientes desse tipo e em alusão ao menor preço do programa nesse espaço.

Então, bicha, hoje eu vou dar uma voltinha na despercebida, o babado é que tá indo no Centro um monte de *bicha varejo* do Posto. No domingo mesmo foi a Juliana e a Jéssica, tão indo no domingo lá. Olha mona, porque ajudar ninguém ajuda, só atrapalha. Porque tudo bicha varejo. As mariconas tava falando pra bicha, a Carol tava loca estes dias, porque tinha uma bichas lá, bunitas né, que não era dali, tudo cobrando *aqüezinho*, sabe. Aí a Carol dava pulo. Lá no centro o programa é de 40 e a chupeta é de 20. Não tinha que chegar bicha de fora para queimar com programa de 10, chupetinha de 5. A Carol ficou desesperada. E queima né, mona, porque as mariconas, se tá acostumada a pagar 50, se paga 10 para uma, aí pra eles, todas faz por 10. Queima e a mariconas não quer te pagar mais 20 a chupeta, 15 na nequinha, 30 no programa, aí elas não paga quer dar 20, 15 no programa sabe. É uó mona. Ontem só tive duas de 15, completa, programa completo, se acha! Falei pro moço “imagina menino se você me der 20, eu até vou, agora eu vou dar meu edi [ânus] por 15 reais, a troco de nada. Não vou! Acho um desaforo. É meu corpo que tô vendendo, não é um pacote de arroz! Até faço chupetinha de 10, mas aquela coisa assim rápida, se o bofe começa a demorar, eu fico nervosa, eu faço a nervosa só pra acabar logo. Agora de 15 a gente dá uma disfarçada. No Posto é aquela coisa varejo, né mona. As bichas mesmo fala “5 e 10, 5 e 10”. No centro tem mariconas fina. Têm umas que dão 50 no *drive-in* por um programa, e dá 40 no programa, 20 a chupeta. As monas que chega lá fala 15 no programa e 10 na chupeta, as mariconas vai. Só que no outro dia comenta, loco, igual a mariconas falou para Carol “no sábado tinha umas fazendo o programinha mais barato”. Foi na onde a Carol ficou nervosa. É uó mona! [Carla]

Carla se viu recentemente em uma situação conflituosa na rua com Sandra, que uma época viveu com ela, mas, por causa de dívidas financeiras, deixaram de conversar. Sandra, nessa época, estava fortalecida como uma liderança na prostituição do Centro. Após Carol ter sido presa por tráfico de drogas e Fabíola ter pas-

sado a trabalhar de empregada doméstica, ela se tornou a figura responsável pelo ordenamento das relações entre as travestis e pela cobrança de uma taxa das visitantes e menos estabelecidas. As relações acirradas levaram Carla a se prostituir no Posto, a fim de evitar conflitos mais graves, ou de receber um *doce*.

Aqueles que se aventuram e não têm habilidade para se aproximar das demais travestis podem sofrer com a perseguição delas que, de modo veemente, proíbem que circulem no espaço de trabalho. Havia reclamação bastante enfática de Carla acerca da circulação de novas “bichinhas montadas e gays” no Posto, o que, segundo ela, estava depreciando o espaço como ponto de trabalho e dificultando a obtenção de renda pelas travestis:

Tem muitas monas fora as gays. Tem mais gays. Tem mais gays do que travesti, sabe onde é mona é só mona, tinha que ser igual no Centro, é ponto de trabalho, travesti é travesti. Gay não tem que ficar mona, querendo ou não, não faz por dinheiro, faz por prazer, por vontade. E ali é mais gay do que travesti. Mona as bicha bate a porta na sua cara, a troco do quê? A troco de uma chupeta, de um beijo, de um rosto bonito. Aí mona, isto gonga [deprecia], gonga o posto. Gonga o lugar onde você trabalha porque as mariconas começa achar que você é igual a gay, não quer pagar o preço que você pede. Se entendeu, deixa de sair com você pra sair com outro, tem tudo isso, amiga. [Carla]

O Posto é um local de múltiplas perambulações. As imediações atraem jovens estudantes gays, e alguns passaram a se montar e a se vestir como travesti. Esses jovens adotam um nome feminino e se montam esporadicamente – na maioria das vezes, mantêm uma identidade masculina em seu cotidiano –, apenas realizando *performances* noturnas na elaboração de seu travestimento, como uso de perucas, salto alto, maquiagem, roupas femininas e outros acessórios, sem recorrer às tecnologias, como uso de hormônios ou silicone.

No mercado do sexo, as travestis articulam diferentes significados aos contextos dos espaços e seus frequentadores que deli-

mitam as experiências da prostituição na cidade. As travestis do Centro e da Comasa, que vivem no gênero feminino o dia todo e investem no corpo com tecnologias como o silicone e hormônios, são as *travas finas*. Os valores do programa cobrados por elas costumam ser mais altos, com intensa vigilância para manter a cobrança de um preço comum para os atos sexuais. Elas costumam falar que seus clientes são mais ricos que os das demais.

As travestis na noite dedicam-se a procurar clientes com os quais podem, além de obter dinheiro, experimentar prazeres sexuais não corriqueiros ao universo da casa, espaço em que são estabelecidas parcerias com homens que elas chamam de *maridos*. Nas narrativas cotidianas, pode-se observar o desejo em torno do que elas consideram *homens de verdade*, *bofes* e *ocós*. Esses homens podem se tornar parceiros, chamados de *vícios*, e, mediante negociações, tornar-se *maridos*.

Um *vício* realizado com rapazes bonitos, geralmente jovens ligados aos gostos marginais, michês, entre outros, é o primeiro passo para ter um *marido*. O vício é uma categoria que designa uma prática que pode ser considerada falta grave entre travestis que disputam clientes nas esquinas, pois sua característica é deixar de cobrar para o envolvimento sexual e afetivo.

As *travestis viciosas* podem ser acusadas pelas demais de atraírem pessoas que não garantem a aquisição de renda, homens *penosos*, que não possuem ou não querem dispor de dinheiro para sair com a travesti. As travestis ressaltam os elementos tácitos da atividade da prostituição, que, em suas regras, enfatiza a necessidade de adquirir o *aquê* (dinheiro) através da cobrança do programa, a despeito do prazer.

O *vício*, por outro lado, abre a possibilidade de trocas afetivas que levam à formação de relacionamentos pautados pela *confiança*, que têm valor simbólico e tácito para o reconhecimento da feminilidade travesti. Como prova de carinho e reciprocidade de casal, as travestis e seus parceiros de vício, ou maridos, abandonam o uso de preservativos nas práticas sexuais. Assim, conhecer esses modos de relacionamento, que vão além da racionalidade da pro-

fissão do sexo, é fundamental para uma política de prevenção pautada pelos sujeitos e suas práticas.

A representação de papéis de gênero, relativa aos traços e comportamentos culturalmente produzidos sobre as posições sexuais adotadas pelos sujeitos, articula, nas vivências das travestis com os homens, definições através das oposições entre masculinidade/atividade sexual *versus* feminilidade/passividade sexual. A categoria “homem” representa os indivíduos do sexo masculino que se relacionam sexualmente, tanto com mulheres, travestis e outros homens, mantendo a posição “ativa” no coito.

As travestis, enquanto sexualmente passivas, garantem o sentimento de feminilidade quando são penetradas no coito anal. Essas relações são moldáveis à lógica da classificação que, em suas regras, enfatiza a possibilidade de relações sexuais e afetivas entre as pessoas articuladas a “diferentes papéis de gênero ordenados hierarquicamente”, sendo desviantes, embora não raras, as relações simétricas (bicha *vs.* bicha; macho *vs.* macho; travesti *vs.* travesti; travesti *vs.* bicha; travesti *vs.* mulher) entre parceiros que, do ponto de vista do sistema de classificação baseada na hierarquia de gênero, têm o mesmo *status* social (Fry, 1982, p.90).

Enquanto *maridos*, esses homens podem passar a compartilhar a moradia com as travestis, sendo imperativo, nas narrativas daquelas que experimentam essas relações, a atribuição de valores dominantes da masculinidade aos seus parceiros. Fabíola, por exemplo, ao passar a morar com um jovem caminhoneiro, abandonou a prática da prostituição e encontrou um emprego de faxineira. Quando visitava as travestis no Centro, geralmente seu marido estava viajando. Costumava, nessas oportunidades, ficar “um pouco mais livre”, e, nas conversas com as outras travestis, ressaltava o controle exercido por ele na proibição de circular na rua pela noite e nas exigências com a vestimenta, impondo roupas mais compridas para sair de casa durante o dia; também contava aspectos do cotidiano, como a dedicação à casa, à limpeza e à alimentação, entre outras afeitas aos cuidados femininos, que permitem experimentar o sentimento de feminilidade imbricada no marido

como oposto e complemento que reproduz valores masculinos dominantes. A idealização desse tipo de marido, provedor de feminilidade, atravessa práticas alternativas que encontram meios de subverter as normas sociais usando as suas próprias ferramentas.

Outras parcerias relativizam algumas regras, como observei a respeito de Bárbara, travesti que atuava no Posto, e Vítor, michê que atuava nas imediações da avenida das Industriais, no Centro. Vítor era agressivo e, às vezes, surrava Bárbara em casa; ele ficava insatisfeito com o dinheiro obtido pela travesti na prostituição, acusava-a de estar *viciosa* na rua, fazendo sexo gratuito com os homens e não trabalhando como deveria. Ela, apaixonada, lhe dava presentes, roupas, alimentação e demais formas de conforto e bem-estar na casa alugada em que viviam. Assim reunidos, também exerciam ações violentas contra as travestis que atravessavam o caminho de Bárbara, o que amedrontava algumas travestis, pois o rapaz *babadeiro* andava armado; mexericos dão conta de seu envolvimento no assassinato de outra travesti na cidade.

Quando as trocas afetivas e sexuais revelam disjunções na representação binária dos papéis de gênero hierarquicamente constituídos (masculinidade/passividade aos maridos *vs.* feminilidade/atividade das travestis), tendem a estigmatizar os *maridos*, pois a afeminação do parceiro faz a travesti suspeitar que ele seja uma *maricon*, resultando na desilusão/decepção, categorias que acenam para o desvio das normas que lhes permitem experimentar a realização do sentimento de feminilidade, imbricada na diferenciação da masculinidade do parceiro. Adriana me narrou como se sentiu ao descobrir que um marido não era *homem de verdade*, uma vez que ele queria algo a mais com ela:

Eu fui apaixonada por um homem e aí tive uma decepção, que na época passou a gostar de fazer a passiva, e na época eu gostava de fazer só a passiva. Foi em Joinville, que eu me apaixonei por esse cliente. O dia que ele se revelou para mim. Nossa! Levei um choque, chorei, chorei, chorei, no caso eu pensava em fazer operação de sexo. Hoje em dia não! Hoje para mim é normal. No caso

tem que trabalhar, aí você começa a pegar o esquema que não é assim é assado, e no caso os homens procuram a gente mais pra fazer o ativo que o passivo, aí vira aquela putaria toda. No caso, eu fazia mais o ativo que o passivo. Uma mulher tal, mas na hora do ato sexual, eu tinha que fazer o papel de homem. Hoje eu aceito. Hoje em dia acho que o sexo tem que ser liberal, mas claro, gosto de me ver como mulher. Tal isso e aquilo. Mas num relacionamento íntimo, única coisa que eu tive, foi o único homem mesmo que posso dizer mesmo foi o Sandro e o André, o Rogério não, Rogério já, já mostrou o outro ladinho dele. [Adriana]

A categoria *maricon* se refere aos homens da rua, aplicada aos clientes que requerem contatos passivos com as travestis. É uma categoria de acusação bastante grave, dirigida em momentos de tensão aos homens e clientes com quem se tem problemas, servindo na prática do escândalo ou *bafo*, na qual são utilizados recursos gestuais e discursivos bastante expressivos e impactantes para divulgar a ofensa dirigida a outros, conforme demonstrou Kulick (2008).

Parte das travestis que participaram dessa pesquisa usavam, em seu cotidiano, palavras como *bicha*, *viado*, *mona*, nas conversas e interações com outras travestis e amigos homossexuais. Tratadas assim pelos outros, as travestis se sentem ofendidas porque o olhar do outro identifica um projeto falho de feminilidade. Essas expressões compõem o repertório das contraestratégias de humilhação, em que se mobilizam os estigmas atribuídos, adotando-os na imputação ao outro.

Os usos cotidianos dessas categorias apontam uma imbricação entre concepções sobre gênero e sexualidade, e desejo homoerótico e afeminação, como eixo de interpretação da conduta a partir do sistema sexo/gênero binário mobilizado ao extremo pelas travestis para conferir sentido às suas práticas com os outros e às condutas encenadas no dia a dia. Nesse sentido, as reflexões de Néstor Perlongher (1987a), que adentra as taxonomias envolvidas nas relações entre michês e seus clientes na cidade de São Paulo, demonstram que os sistemas de classificação estão em movimento e sujeitos aos

devires do desejo relacionalmente constituído nas negociações dos sujeitos em trânsito pelas redes que lhes conferem valores.

As nomenclaturas designam relações e corpos em seus movimentos, e não identidades individualizadas. Ou seja, “os lugares categoriais não se apresentam como entidades fechadas ou exclusivas, mas como pontos de um *continuum*, de uma rede circulatória” (Perlongher, 1987a, p.23).

À ideia de identidade, que define os sujeitos pela representação que eles próprios fazem da prática sexual que realizam, ou por certo recorte privilegiado que o observador faz desta prática, justapomos a ideia de territorialidade. Daí, o nome dos agentes num sistema classificatório-relacional vai exprimir o lugar que ocupam numa rede mais ou menos fluida de circulação e intercâmbios. Os sujeitos se deslocam intermitentemente nesses *spatium continuum* e são passíveis de permanecer na mesma posição a respeito dos outros, ou ainda de mudar de posição. (Perlongher, 1987a, p.152)

Os clientes com quem as travestis se relacionam experimentam a mobilidade pelos espaços/temporalidades do mundo da noite (entram numa zona de fuga, e ao dela saírem aparecem aos olhos dos outros livres de acusações, normalizados) e são diferenciados pelas travestis pelos seus bens e posses materiais, como carros e roupas, identificando as possibilidades de obter *aquíé*, pela maneira como se apresentam e interagem com elas, demonstrando simpatia ou as ofendendo, e pelas preferências sexuais requeridas durante a entrevista, momento que permite a negociação do programa sexual, e das ações que as travestis poderão, se preciso, executar na interação (Pelúcio, 2009).

Os clientes são categorizados conforme os códigos sociais operados na sua representação social: a *mariconna velha*, o *cliente fino*, o *bofe*, o *penoso*, o *pobre*, o *homem de verdade*, entre outros. Nas relações com esses homens, as travestis são atingidas pela tecnologia de prevenção, como se fosse o outro perigoso e poluidor.

Esses relacionamentos construídos sobre a invisibilidade dos parceiros sexuais reforçam o significado entre as travestis de que a aids é uma doença moral, que atinge aqueles que fazem usos incorretos das normas sociais prescritas aos sexos. Com amplo impacto sobre o imaginário, as acusações e as suspeitas envolvendo a aids fazem parte do repertório de símbolos e significados sobre saúde e doença mobilizados pelas travestis.

No próximo capítulo, abordarei a trajetória de vida de Adriana. Após adentrar sua casa em 2007, pude lançar um olhar para os significados atribuídos à vivência com o HIV/aids. Em seguida, descreverei as suspeitas em relação à infecção do HIV envolvidas no adoecimento de Sandra.

2

O COTIDIANO E AS DOENÇAS

O cotidiano e a doença de Adriana

Adriana nasceu em Charmosa, filha de uma cafetina que comandava uma casa de prostituição na *zona de meretrício* da cidade, nas décadas de 1970 e 1980, em plena ditadura militar. Na década anterior, a prostituição feminina estava alocada em casas nas imediações da Igreja Santo Antônio, na região central da cidade, e foi transferida no período militar para as imediações do cemitério municipal, onde a mãe de Adriana manteve seu empreendimento até meados dos anos 1980.¹

-
1. A nova zona do meretrício surgiu a partir de um projeto de “higienização” do centro antigo da cidade. As casas que abrigavam as prostitutas tornaram-se cortiços para a população rural, que migrou massivamente para a cidade entre as décadas de 1960 e 1970, e a região passou a ser conhecida popularmente como Morro do Querosene. Em meados da década de 1980, o local passou por outra transformação, quando começou a ser construído um bairro de casas populares, distante do centro, para onde foram levados os pobres que viviam nos cortiços. Em sintonia com a transformação nacional, Charmosa tornou-se predominantemente urbana, com cerca de 50 mil habitantes na cidade e 40 mil na região rural na década de 1960; já em 1970, passa a contar com cerca de 70 mil habitantes na cidade em contraponto a 20 mil no campo. Entre os anos 1945 e 1969, o Brasil atravessa o processo de migração em massa do campo para as grandes metrópoles: a década de 1950 era marcada por uma população rural,

A narrativa de Adriana descreve sua mãe como uma mulher ousada para as convenções de seu tempo, além de “muito elegante, bonita e culta”. Orgulhosa, apontava a carreira artística de sua mãe, com a participação em um filme do Estúdio Vera Cruz, *O gato da madame*,² uma comédia estrelada por Mazzaropi, Odete Lara, entre outros, no final da década de 1950. Ao se envolver com um militar, interrompeu sua carreira e passou a morar em Charmosa. Adriana, até os cinco anos de idade, ainda menino, vivia com a mãe e o pai; com o fim do casamento, sua mãe enveredou na prostituição, transformando sua casa em meretrício, e deixou Adriana aos cuidados de uma senhora, dona Iva, que tinha um pensionato masculino. Em retrospectiva a esse período, Adriana descreve que não tinha consciência do trabalho de sua mãe, pois, quando a visitava, geralmente ao domingos, a prostituição cessava.

Por volta dos 10 anos de idade, às escondidas, experimentava roupas femininas; admirava o jeito de vestir das mulheres, especialmente de sua mãe. Quando tinha oportunidade de ficar sozinha admirava suas fotografias e aproveitava para brincar com as maquiagens, os vestidos. Adriana, ainda morando na pensão da dona Iva, começou, aos poucos, a se perceber diferente dos garotos e a experimentar a sexualidade no interior do pensionato:

64% da população total, e 36% nas cidades; já em 1960, a população urbana saltou para 45%, e, em 1970, 56% da população brasileira vivia nas áreas urbanas (Green, 2000, p.251).

2. *O gato da madame* é um filme realizado pelo cineasta Agostinho Martins Pereira (1956). Trata-se de uma comédia sobre um engraxate, Arlindo (Mazzaropi), que se envolve com uma quadrilha de bandidos ao encontrar o gato perdido da Madame Ivone, que oferecia uma gratificação a quem o devolvesse. Na cena em que aparece a mãe de Adriana, ela figura como uma das participantes concorrentes ao título de “Rainha dos Tecidos Kenta”. Arlindo é homenageado nesse desfile ao entregar o gato para a madame e recusar o cheque recebido, pois prefere dinheiro “vivo”. Em seguida, convidado a participar da comissão julgadora do desfile, apronta diversas confusões e tira medidas das concorrentes, que vestem trajes curtos, com as pernas de fora.

Tive tendência desde pequeno. Foi um rapaz, que foi criado na casa da mãe dele e tal. Tivemos um relacionamento, eu tinha uns 9, 10 anos, só que eu era inocente, não sabia o que era certo, o que era errado [...], o filho dela *que me fez*, um tal de Bengão. Oia o apelido: Bengão! Ele era mais velho, tinha uns 20 anos na época. Foi na brincadeira, pega daqui, cutucava eu para dormir na cama dele. [Adriana]

A partir dessa experiência construída no *segredo*, começou a se envolver com os homens. Teve um relacionamento com um rapaz casado entre os 12 e 13 anos de idade, que, devido à visibilidade escandalosa, gerou uma ruptura com o círculo familiar.

Tive um caso com o Sidney, um homem casado; na época minha mãe até foi atrás de mim num bar, tiveram que me esconder, e tal; foi quando comecei a desandar na noitada, comecei a trabalhar no bar, meu pai ficou sabendo, fez minha mãe ir atrás de mim, mas ele [o dono do bar e amante] escondia eu. Aí acabou esse romance, depois disso, foi quando eu conheci a Pérola, aí comecei a viajar para Londrina. [Adriana]

Entre os 13 e 14 anos de idade, no início da década de 1980, Adriana passou a conhecer as travestis que atuavam nas ruas do centro da cidade e a se socializar com elas nas esquinas em torno da prostituição. Até então, como destaca, era *gayzinho*, isto é, não se produzia no gênero feminino, embora tivesse experimentado roupas femininas e se percebesse ambígua.

No caso, eu comecei na [rua] Quatro de Abril. Não. Começamos na Dom Pedro, da Dom Pedro com a Vinte e Quatro, na época que era o ponto, aí depois disso eu comecei a viajar, bastante. Ficava a Silene, a Mara Rúbia, a Maysa, a falecida Ana Paula,³ que

3. Ana Paula foi apontada como a primeira travesti de Charmosa, na fala de Adriana, em função de ser a primeira a usar técnicas de transformação, como o uso de silicone industrial e hormônios.

foi a primeira travesti de Charmosa. Morreu já com uma certa idade, morreu com uns 47, 48, mas era bonita ela, era bem senhora, brancona, usava muito saia longa na época, superdiscreta. Aí, depois disso passamos para a São Luiz, não para a Quinze e aí depois na Quatro de Abril. Bom eu comecei a ficar na Quatro de Abril, ficava umas meninas lá, eu comecei a ficar, mas geralmente eu gostei de ficar isolada, não gosto de ficar muito em rodinha, ficava mais perto das amapôs. [Adriana]

Essa inserção ocorre em meio à ruptura com o círculo familiar, a partir da qual Adriana abraça a possibilidade de, junto com outra travesti, ir para a cidade de Londrina, interior do estado do Paraná, sendo apresentada a outra travesti, que cafetinava na cidade. Ela destaca:

A Pérola que me levou para Londrina, aí me apresentou para Michele. [...] Eu era *gayzinho* e tal. E aí, no caso fui para Londrina. Chegando em Londrina, e claro né! Carinha de boneca, cabelinho loiro, eu tinha o cabelo mais loiro. Aí no caso a Michele não queria ficar comigo porque eu era de menor. Mas me deixou ficar um mês e tal. E aí eu ganhei um dinheirinho. Aí vim embora para Charmosa. Depois fiquei quatro meses aqui. Aí voltei a procurar a Pérola, [em Londrina] [...] no caso, cheguei ela tava loiríssima, sabe, peruca francesa, cheguei de viagem... Nossa Senhora! Ficou supercontente. Nossa! Ficou maravilhosa, [anos] depois encontrei ela na Paim em São Paulo, ela tinha ido para Europa. Chegou sabe, mas já faleceu também. [...] fiquei mais uns dois meses em Londrina. Aí eu fui viajar para Ponta Grossa [interior do Paraná]. Chegando em Ponta Grossa eu conheci o Márcio, um homem que mexia com balé, no caso eu era prostituta, ele me conheceu e gostou de mim, e me levou para viajar com ele, fazer parte artística de um *show*. [...] Aí ele fez uma *armação*⁴ comigo. [...] [Na época] o

4. A palavra *armação* era usada para referir a um contexto de uma *traição*.

balé dele tava fraco, não tava conseguindo boate, aí eu fiquei em Joinville [interior de Santa Catarina], aí ele pegou fez a casa,⁵ não deu certo. Aí chamaram eu para mudar de balé, foi escondido dele, eu fugi. E aí eu viajei para Cascavel [interior do Paraná] e comecei a trabalhar no balé da Carmem, foi a primeira boate que eu fiz *stripper*, comecei a fazer dublagem⁶ e programa também. [Adriana]

Nessas viagens, Adriana tecia novas amizades e encontrava meios para angariar renda inserindo-se numa rede ligada ao entretenimento e à prostituição, aprendendo a cuidar de seu corpo e produzindo-se feminina. Nesse sentido, a ideia de mobilidade, enquanto trânsito e resistência ao poder, atravessa as práticas das travestis, que buscam tornar suas vidas mais habitáveis, como aponta Pelúcio:

Mover-se na busca de um corpo, de um lugar habitável, de uma vida longe da abjeção, da pobreza e da violência doméstica é enredo comum. Sair de casa ainda menino, muitas vezes escorregado; encontrar no corpo de outra travesti as referências para si mesmo; buscar febrilmente essa transformação; são roteiros que se repetem e têm uma geografia a cumprir. Os lugares vão ficando marcados no corpo: as sobrelhas pinçadas ainda na cidade de origem; os primeiros hormônios femininos ingeridos sob prescrição de uma amiga feita depois da saída de casa; a aplicação de silicone líquido realizada numa cidade grande; as próteses cirúrgicas adquiridas em São Paulo, a marca da bala também; um novo nariz, depois a ida à Europa, uma cicatriz a mais conseguida numa esquina de Milão. (Pelúcio, 2009, p.47-8)

-
5. *Fazer a casa* significa montar um espaço de moradia de travestis e agenciar a prostituição de rua.
 6. A dublagem é um tipo de *show* que envolve a imitação cênica de cantoras, tendo a gravação original da música de fundo.

Assim, Adriana foi, de uma cidade a outra, cumprindo uma geografia moral e transformando seu corpo, a partir dos ensinamentos de Pérola. Adriana, ao retornar transformada para Charmosa, tornou-se uma referência para a disseminação de contatos que viabilizaram, às travestis da cidade, buscar transformar o corpo a partir do uso de técnicas como os hormônios e o silicone industrial.

E no caso quando eu cheguei a morar com a Michele, no caso a gente tomava comprimido, depois comecei por Gestadinona, Perlutan e aí sempre tomando, e aí conheci um médico em São Paulo, que era médico de hormônios. Ele passava, adorava sair comigo, me pagava quatro, cinco, seis hormônios para mim, pagava o tempo que eu ficava com ele, sabe mais de companhia, e adorava eu. Nossa Senhora! Em São Paulo, já no caso estava como travesti. Depois que eu saí de Cascavel, eu voltei para Charmosa, e fiquei de voltar para Cascavel, mas eu conheci a Sandrinha que pegou e me levou para São Paulo, e chegou em São Paulo, fui morar com a Andrea de Maio. Fiz [uso de silicone] no rosto em Ponta Grossa, depois em São Paulo passou uns três, quatro anos que eu estava em São Paulo, e aí coloquei silicone no peito. [...] No peito deu um pouquinho de defeito, que fazia quinze dias que eu tinha colocado um copo de cada lado, aí no caso, na primeira vez, era para mim ter feito repouso e eu fui viajar, pra dar *close* com minha mãe. Minha mãe queria que eu ficasse gay, gayzinho, como um homossexual, não queria ver eu como travesti, apesar de que ela já tinha me visto, transformada e tal, quando eu fugi de casa, depois dos quatro meses que eu fiquei em Charmosa eu peguei e sumi; aí fiquei três, quatro anos sem dar notícia para ela, 15, 16, 17... é três anos, quando tinha 17 anos escrevi para ela em Joinville, aí tive resposta, aí depois eu voltei para Charmosa, e foi quando ela ficou meio chocada, mas mesmo assim, meu padrinho ficou mais chocado, dizendo “ai não, não, não é Pedrinho não! Não é Pedrinho não!”. Aí minha mãe dizendo que eu tinha virado artista. [Risos] Você acha?! Então ele encanou “ai não, não é Pedrinho não”.

Acostumado a me ver como menino, né. Rapazinho, né. Quer dizer com uma loirona né, na época eu tinha 17, novinho, aí ele ficou chocado, mas aí normal. Então o silicone eu coloquei, não, o silicone já tinha colocado no rosto, no peito eu coloquei depois; fazia uns três, quatro anos que eu estava morando em São Paulo, que eu vi o João aplicar na Fernanda e outras pessoas, aí eu ganhei um dinheiro, falei “vou colocar um copo de cada lado”, daí conheci o Sandro, um michê, ficou como meu caso, aí ele pagou mais dois copos pro João. Aí foi quando eu viajei. Bombei oito horas da noite, e quando é seis horas da manhã, com mochila, pegando metrô, sendo que não podia. Mas graças a Deus, deu um defeitinho no meio, mas... mas na questão do resto, nunca me deu problema nenhum não. [Adriana]

Adriana tinha o que as travestis chamavam de “peito de pombo”, quando as metades do silicone presas em amarrações escorrem para o centro formando uma saliência disforme. Mesmo assim, ela se tornou um exemplo para as outras travestis que buscavam se inserir nas redes de prostituição de fora da cidade, que prometiam sucesso financeiro. Adriana descreve esse período ressaltando as transformações no mercado do sexo, que pode ser um indicativo das promessas de liberdade e prazer que motivavam outras travestis em seus trânsitos por cidades como a capital do estado de São Paulo:

Aí maravilhoso. Nossa Senhora! Minha época. Na época tinha dinheiro, se ganhava realmente dinheiro. Também era novinha, né, 16, 17 anos, cheguei e comecei a trabalhar na melhor rua que tem, é a Augusta em São Paulo. Trabalhava do lado do César Park Hotel, finíssimo, e lá comecei a fazer bastante cliente. Seis, sete, oito, dez clientes na noite. Mas na época tinha pique, né. E outras, às vezes, tinha um monte de cliente que a gente pegava e não saía para fazer programa. Saía pra no caso, até virava a gente tipo uma psicóloga. Ficava ouvindo história sobre casamento, briga da mulher, aquelas coisa toda. [...] Na minha época era freguês. Mas

hoje em dia os homens estão muito volúvel. Hoje sai comigo, amanhã sai com outro, com outra, outro, não tem mais aquela coisa. Porque na minha época os homens eram mais românticos, no caso, igual eu falei, em São Paulo tinha um que eu saía que falava os problemas dele, mas gostava da companhia da gente, a gente falava da vida da gente, trocava ideia. No caso em São Paulo tinha o Fernando grande cliente que eu tive. Adorava me levar num barzinho, tomava vinho quente, sabe, aquela coisa bem romântica, depois a gente ia pegar um motel, ia curtir, nossa, era maravilhoso, hoje em dia não, hoje em dia é aquela coisa muito vapt-vupt. É assim: “É quanto?” “Vamos fazer uma nequinha, vamos”, e é num *drevin*, nos cantos, e assim vai. [Adriana]

Esses prazeres da juventude contrastam com o atual estado físico e circunscrição da vida afetiva de Adriana, pois vivencia os efeitos da imputação da categoria estigmatizante de *aidética*; o preconceito e o medo do contágio levam ao distanciamento dos outros, inclusive clientes que, por meio de outras travestis, conhecem sua condição de saúde.

Adriana descobriu ser portadora do vírus HIV no início da década de 1990. Alguns anos depois, retorna para Charmosa e, em meio ao adoecimento de sua mãe, as transformações começam, com o envelhecimento e a pobreza passando a fazer parte de seu cotidiano.

Acredita que adquiriu o vírus de um rapaz que estava com aids e que morreu na década de 1980, com o qual compartilhou seringas e fez sexo sem camisinha; desde então, pairava uma suspeita de estar soropositiva. Sem ter certeza do modo de contaminação, enfatizava o compartilhamento de seringas, em detrimento ao uso de camisinhas. Apenas no início da década de 1990 resolveu fazer o teste, por curiosidade, na cidade de São Paulo, onde obteve as primeiras orientações para o cuidado com sua saúde e foi vinculada à rotina dos serviços de saúde com os acompanhamentos.

Eu fui fazer o exame por curiosidade, aí no caso no primeiro exame já constou. Aí eu levei um choque, mas aí a médica me explicou, no caso, para mim fazer acompanhamento, ir no médico, fazer exame de sangue, que eu tenho que me cuidar e tal, aí normal. Depois, faz dois, três anos atrás, aí decaiu meu CD-4, minha carga viral subiu, CD-4 ficou baixo. Aí eu tive que tomar o coquetel, muita preocupação, *stress*, cuidando da minha mãe doente, sem ajuda da família. [Adriana]

Segundo Adriana, o falecimento de sua mãe abalou seu estado de saúde. Prestando-lhe alguns cuidados no estado terminal, era preciso “fazer tudo” pela mãe, pois ela não tinha mais capacidade para se alimentar, tomar banho, usar o banheiro, enfim. Esse momento simbólico da perda da mãe trouxe consigo o sofrimento, e culminou, dois ou três anos depois do falecimento, com o início do tratamento com os medicamentos antirretrovirais, quando sua carga viral subiu para o detectável nos exames rotineiros.

A captura de Adriana pelo dispositivo de aids marcou, nos últimos anos, uma rotina ligada ao tratamento do HIV e um processo de medicalização que toma a seu cargo a sua existência singular. Por meio do serviço de atendimento a soropositivos, ela foi inserida no sistema de saúde pública e passou a usufruir seus benefícios de maneira ampla. O seu caso demonstra como a aids permitiu deslocar a atenção para questões que perpassam a saúde, sem estarem diretamente ligadas à infecção pelo HIV, com um uso mais diversificado dos serviços, para além dos preservativos e da infectologia.

Desde 2006, a partir do momento em que sua carga viral começou a subir, passou a fazer uso de Zidovudina, Lamivudina, Atazanavir e Ritonavir. Foi no acompanhamento rotineiro ao HIV que descobriu sua sorologia positiva para hepatite C, em 2005, sendo encaminhada para realizar a biópsia do fígado e ao tratamento da doença em 2007. Nesse mesmo ano, devido a sua situação vulnerável, fez exame de escarro para detectar tuberculose, obtendo resultado negativo. Entre uma e outra doença, todas elas carregavam

a marca da aids, na medida em que, no seu entendimento, qualquer doença significava fraqueza de seu organismo e suscitava a procura do médico.

Teve alguns resfriados e um episódio de sinusite, também em 2007. Obteve acompanhamento para realizar na rede de atenção básica de saúde de Charmosa o tratamento de dor lombar, por meio de sessões de fisioterapia, em 2009, ano em que também realizou uma cirurgia para retirar cálculos biliares; em 2010, dedicou-se a procurar, por meio de um posto de atendimento de saúde da família próximo de sua residência, um tratamento para recuperar sua saúde bucal, sendo encaminhada para o Centro de Especialidades Odontológicas. Adriana havia perdido quase todos os dentes, e tinha uma ferida no palato que demorou a cicatrizar, impedindo-a de usar uma prótese dentária. Recentemente ela obteve uma prótese no serviço especializado do Sistema Único de Saúde (SUS) de atendimento à saúde bucal. Além disso, no “postinho de saúde”, como ela se referia ao serviço de saúde de sua localidade, iniciou tratamento para micose nas unhas e pele. Podemos perceber que Adriana, a partir da política assistencial de aids, passou por um processo que teve o efeito de alargar sua interação com o sistema de saúde pública.

A aids suscitou o vínculo com os serviços de saúde, ainda que formatados por uma preocupação com o controle da doença, desdobrando as possibilidades de acesso aos cuidados implicados nas modalidades das terapêuticas oficiais. Em meio a esses contatos com o poder médico, Adriana, ao mesmo tempo em que subjetiva as suas injunções de um modo particular, a partir da conduta de cuidar da saúde, encontra uma possibilidade de acessar outros benefícios sociais, que lhe permite sair de um estado de pauperização e exclusão que vivia sob a pecha de *aidética*.

O benefício previdenciário

Em agosto de 2007, meses depois de conhecer Adriana, fui acompanhá-la numa reunião com sua advogada. Movia uma ação contra o INSS na Justiça Federal para conseguir um benefício previdenciário de auxílio-doença, devido a ser portadora do vírus HIV.

Ela participa de um grupo terapêutico de pessoas vivendo com HIV, acompanhadas no seguimento de infectologia do Hospital das Clínicas de Chamosa. As reuniões ocorrem mensalmente, logo após a rotina de acompanhamento clínico.

Por um período de um ano, foi transferida para o Núcleo de Vigilância à Saúde, pertencente à esfera municipal, mas preferiu voltar ao hospital estadual por considerar o atendimento mais adequado e se reconhecer com a equipe. Em uma conversa que tivemos sobre sua permanência no serviço de atendimento municipal, ela referiu o comportamento agressivo e intolerante do médico infectologista.

No Hospital das Clínicas, os médicos e os pacientes se reúnem em uma sala com uma mesa redonda e cerca de dez lugares. O “grupo”⁷ é um ambiente para falar das dificuldades da vida atravessada pela experiência da doença, assim, reforçam, através da oralidade, a identidade baseada no estigma da doença, como um instrumento de compreensão de si, apoio e aprendizado mútuo diante das injunções normativas que envolvem a adesão à terapia da aids.

Entre a apropriação das estratégias normalizadoras e a vigilância sobre a doença, exerciam influências recíprocas que buscavam resgatar a “autoestima”.⁸ Nas narrativas, contam as alegrias do dia a dia, não só as dificuldades-agruras, e divulgam informações sobre direitos e benefícios sociais. Foi nesse espaço que Adriana obteve informações para chegar até a advogada que a auxiliava no

7. Uso “grupo”, entre aspas, para me referir à maneira como Adriana identifica as reuniões.

8. Outra palavra mobilizada por Adriana para falar do grupo.

processo para angariar a pensão por incapacidade ao trabalho relacionada ao adoecimento.

Com a possibilidade de poder assumir uma vida qualificada, assim que a visitei, Adriana me convidou para acompanhá-la. Justificava seu convite por temer não entender os procedimentos técnicos, verbalizados e escritos pela advogada que acompanharia o caso.⁹

A conversa no escritório foi pontual, pois a advogada, muito habilidosa, explicou didaticamente a Adriana que, em breve, ela passaria por um laudo médico-pericial que atestaria sua incapacidade para o trabalho. Recomendou que Adriana se esmerasse na arte de encenar a dura realidade de sua fragilidade econômica e física, para convencer o médico de sua necessidade de assistência.

Nas semanas que se seguiram, Adriana realmente ficou bastante debilitada fisicamente, se queixando, algumas vezes, da falta de alimentos, arroz, feijão, açúcar e café. Obtinha pequenas quantidades desses itens de amigos e vizinhos, ou, com um trocado de amigas travestis, comprava o alimento que lhe permitia sobreviver em tempos difíceis. O cigarro também faltava; quando nos encon-

9. Em 2010, Adriana se matriculou numa escola municipal na Educação de Jovens e Adultos (EJA) próxima de sua residência, e nesse ano deu seguimento no segundo termo, que corresponde às duas últimas séries da primeira etapa do ensino fundamental. Ela havia estudado até a segunda série do ensino fundamental no momento da reunião com a advogada. Participou da formatura com sua turma, composta de 21 mulheres e sete homens adultos de sua vizinhança – muitos deles, mães, pais, ou avós dos estudantes que frequentavam a escola no ensino fundamental regular. Nesse período, Adriana também se matriculou em um curso de informática, mas não conseguiu pagar as mensalidades no valor de R\$ 120,00. As travestis com quem convivia eram incentivadas por ela a ir para a escola, ressaltando que as pessoas a respeitavam na sala de aula, inclusive, a professora, por quem tinha um grande carinho, a chamava pelo nome feminino. Durante as interações cotidianas, Adriana servia de exemplo para as amigas travestis, que questionavam sobre a recepção das pessoas e manifestavam curiosidade para também ingressarem na escola. A despeito da publicidade de Adriana, muitas viam como um obstáculo frequentar o curso noturno, período no qual se dedicam ao comércio sexual na rua.

trávamos, dava a ela alguns, ou, às vezes, recebia, como agrado de amigas travestis, um maço de cigarros fechado.

Além disso, fazia pouco tempo que ela começara o tratamento para hepatite C (HCV), com a aplicação semanal de injeção de Interferon Peguilado (0,5 ml, uma vez por semana) e dois comprimidos diários de Ribavirina, um a cada 12 horas. O tratamento foi muito custoso, vivia com mal-estar. Um relatório médico de acompanhamento do seu caso descrevia que sua situação era devido à intolerância medicamentosa.

Nas visitas que eu fazia a sua casa, Adriana se queixava de febre, diarreia, dor de cabeça, náuseas e vômitos, falta de apetite e icterícia. O tratamento foi bastante longo, com algumas alterações de dosagens dos medicamentos ao longo de 24 semanas, mas, apesar de seu relatório médico indicar uma substancial diminuição de carga viral para o HCV, ela não obteve sucesso no tratamento. Havia alguns dias durante o tratamento do HCV que ela deixava de tomar os medicamentos antirretrovirais para o controle do HIV; para ela eram muitos medicamentos ao mesmo tempo.

Adriana não estava *fazendo a rua*,¹⁰ temia ser vista no trabalho sexual, em pleno processo de busca por assistência financeira, através do reconhecimento da incapacidade. E quando obteve o agendamento da perícia médica, deixou de praticar alguns cuidados corporais para sustentar, em seu próprio corpo, as marcas que garantem esse reconhecimento.

O tratamento da hepatite já não lhe dava ânimo para muitos cuidados. Nos dias que antecederam o exame, isso se tornou mais evidente: não fazia o *chuchu* (ato que consiste em retirar as barbas com pinça), não se depilava, não usava maquiagem e deixou as unhas crescer, sem esmalte e com sinais de sujeira. No dia de sua visita ao médico, estava com roupas largas, calça *jeans* desbotada e bastante surrada, uma camiseta larga branca com aspecto encar-

10. Estar atuando no comércio sexual da rua.

dido e amarelado, chinelo. Foi essa a personagem que compôs para convencê-lo de suas necessidades.

Adriana estava magra, seus cabelos, compridos até os ombros, soltos e repartidos ao meio, emolduravam o rosto cujas maçãs, salientadas pelo silicone industrial, contrastavam com o queixo estreito e encovado. E, apesar da boca sem dentes e da palidez do esquelético rosto, Adriana não perdia seu ar simpático, expresso em olhos verdes ornados com as rugas da idade; no trânsito entre a interpretação da sua realidade de saúde, como meio para obter direitos, e a representação cênica de uma realidade de exclusão, fundia-se a realidade e a encenação teatral.

O estado físico em que se encontrava contrastava com as fotografias de poses penduradas nas paredes da sala e de seu quarto, todas tiradas em um período de juventude e de muito *glamour*. Adriana conta nessas fotos a sua história de viagens e mudanças em várias cidades do Brasil, e também as transformações em seu próprio corpo; “carinha de boneca, uma menininha”, como ela própria referia. Nas fotos, seus cabelos loiros, esvoaçantes e reluzentes se destacam. Há cenas noturnas, algumas sensuais. Em uma das fotos, chama a atenção sua pose, montada numa moto com um vestido curto preto; em outra, mostra um olhar de relance, encarnando voluptuosidade, mostrando a sua beleza feminina e deixando, como se ingenuamente, seu seio transparecer.

Adriana conseguiu na justiça comprovar seu estado de saúde e adquiriu auxílio-doença por invalidez. Inicialmente, sua condição de vida melhorou, não dependendo mais da prostituição para adquirir dinheiro, mas rupturas no cuidado da casa transformaram a realidade econômica e a apreciação das travestis acerca de seu comportamento.

A casa de Adriana

A partir do momento em que Adriana passou a receber a pensão por incapacidade ao trabalho devido ao HIV, após dois meses do laudo médico-pericial, ela ficou com outra aparência, sua alimentação melhorou e conseguiu ganhar dois quilos de massa corporal. Já podia colocar créditos em um celular e uma linha telefônica em sua residência.

Adriana, desde a morte de sua mãe, abrigou na casa herdada, esporadicamente, algumas travestis da cidade, e outras de fora, quando estavam de passagem por Charmosa. Cobrava diárias, em torno de 10 e 15 reais, sobretudo daquelas que não eram da cidade, e compartilhava algumas despesas de casa, como gás, água, luz, alimentação e o telefone recém-adquirido.

Em um período de três meses, aproximadamente, a casa de Adriana passou por uma rápida transformação. Ela chegou a reunir até seis travestis em sua casa, sendo a Carol sua parceira na administração e na vigilância das regras de convívio, como controlar o pagamento das diárias e fazer cumprir a divisão das tarefas de limpeza da casa. Elas geralmente começavam essas tarefas em torno das 14 horas, quando, após o despertar no início da tarde, Adriana fazia o café. Algumas travestis passavam algum tempo depois que acordavam ingerindo sucos, refrigerantes ou água para se reidratar após a noite de uso exagerado de bebidas alcoólicas.

Era um ambiente bastante festivo, com som alto quase todo o tempo, músicas de boates, coletâneas elaboradas por *drag queens* ou, mais raramente, de rádios populares. Elas cantarolavam e fofoavam sobre os acontecimentos da noite passada. Carol fumava maconha e dizia que abria o apetite, (*dava larica*) já que não comia muito, era um estimulante para se alimentar. Enquanto organizavam a casa, Adriana cozinhava o almoço, que era servido em torno das 16 horas. Quando o almoço estava pronto, elas se sentavam à mesa, serviam os pratos e Adriana dizia palavras rápidas de agradecimento ao alimento: “Obrigado, meu Deus, por essa re-

feição”. Era um dos poucos momentos em que o rádio era desligado e o ambiente tomado apenas pelo barulho dos talheres.

Embora nenhuma delas frequentasse igrejas ou fosse adepta de doutrinas religiosas, todas manifestavam certa religiosidade. A casa era cheia de santos católicos e Adriana também tinha contato com a umbanda e o candomblé. Carol tinha uma imagem de Nossa Senhora Aparecida. No quarto de Adriana estavam, além da santa de barro, um quadro de são Expedito e uma versão pequena de santo Antônio na estante. Adriana gostava de dar santinhos, fitas de lembrança de Nossa Senhora Aparecida.

Após o almoço, algumas se recolhiam em seus aposentos, ou assistiam à TV na sala ou no quarto da Carol, a única que possuía televisão em seu quarto, pois não gostava de ser incomodada e se trancava nele, impedindo longos contatos. Ela disse, várias vezes, que “não pode dar mole pra viado, senão vira bagunça”. Carol tinha um semblante bravo e mantinha a ordem na residência por meio de seus gestos e falas, fazendo respeitarem as regras estabelecidas. As outras inquilinas a temiam.

Um exemplo da quebra de regras, e das punições que suscita, pode ser ilustrado com o sumiço repentino de Valeska, uma travesti que estava na casa fazia cerca de dois meses e que, por uma semana, desapareceu sem dar notícias. As travestis achavam que ela tinha *pulado*, isto é, fugido sorrateiramente da casa sem deixar seu paradeiro para não pagar as diárias, ou então estava presa ou morta. As suspeitas em torno do comportamento de Valeska somente se concretizaram quando ela chegou toda maltrapilha, suja, sem banho e bastante decrépita. As travestis já haviam estabelecido *multas* para ela, devido a seu comportamento no Centro e na casa. Uma vez, violou a regra segundo a qual travestis que vivem com Adriana não roubam, e dois clientes roubados, assíduos e integrados ao ambiente das travestis, relataram os acontecimentos para Carol. Surtiu a punição de pagar 200 reais para a Carol para continuar vivendo na casa e se prostituindo no Centro.

Outra vez, quando sumiram 15 reais da cestinha de centro de mesa, onde ficavam os ovos de galinha na cozinha, as travestis da

casa suspeitaram de Valeska, que foi obrigada a devolver a quantia, executar a limpeza da casa, além de lavar a roupa de todas elas durante uma semana. Valeska era também mais enrolada para pagar a “diária”, passava um, dois dias acumulando a dívida, e algumas vezes a acusavam de estar na *noia*, isto é, consumindo *crack*, por isso não sobrava dinheiro para suas obrigações na casa, a despeito de ser vista com clientes na noite. Uma hora ela tinha sido roubada, outra por estar muito bêbada havia perdido o dinheiro. “Tudo trução, deixa ela, uma hora dô na cara deste viado”, esbravejava Carol no cotidiano.

Dessa última vez, quando Valeska apareceu na casa, estava a sua espera uma sacola de supermercado com algumas de suas roupas; seus demais pertences, como perfumes, cosméticos, sapatos, bolsas e roupas foram distribuídos entre as travestis da casa. Valeska levou uma surra coletiva, cada uma das cinco travestis que então residiam na casa lhe deu uma bofetada. Adriana contou para mim, de modo bastante natural, que ela recebeu a punição que merecia, tendo sido escorraçada da casa cheia de machucados.

Apesar de o rompimento com os laços familiares ser corrente entre as travestis, não é raro que compartilhem a residência com suas famílias de origem (como ocorre com algumas travestis mais jovens que atuam no Posto), muitas vezes assumindo as duras condições de provedoras do lar, dos irmãos mais novos etc., o que auxilia a manutenção dos laços afetivos com a família, como no caso de Carla.

Após a expulsão de Valeska, não demorou para outras travestis tomarem o mesmo rumo, devido a intrigas do cotidiano da casa. Permaneceram até meados de 2010, morando na casa, Carol e Sandra. Nesse ano, elas foram presas durante três meses devido a roubos de clientes praticados no Centro.

Após o retorno delas, a relação com Adriana sofreu uma grande transformação, pois Adriana decide cuidar sozinha de sua residência. Sandra, após adoecer e chegar a precisar do serviço de emergência do Hospital das Clínicas, com complicações devido à tuberculose, não voltou para a casa de Adriana, que temia, devido

a ser portadora do HIV, contrair também a doença. Sandra descreve a cena no hospital em que buscou, por meio de um telefonema, o apoio de Adriana para retornar a sua casa, e ouviu a sua recusa. Nesse momento, Sandra refletia sobre o medo de estar também soropositiva. Esse medo reverberou em Adriana, que reforçou a tuberculose como uma temida doença associada à infecção do HIV:

Quando Adriana descobriu que eu estava com tuberculose, ela me mandou embora da casa dela, e eu expliquei por telefone que o médico disse que ela não estava transmitindo mais, e ela já falou “aí não porque eu já tenho HIV, pra mim não dá”. A médica falou que se quisesse vir no hospital ela explicaria para você. Realmente eu falei para a médica, eu moro com uma amiga que tem o HIV, será que não tem problema para ela, a médica falou que não. Mesmo assim a bicha bateu a porta, e mesmo assim. Ela é um tipo de pessoa que não dá valor nenhum pra nada, ela vive aquele momento, acabou aquele momento ela esqueceu, parou tudo, apagou da mente dela, já é outra pessoa. Por isso que eu tinha medo de descobrir, eu não sei qual seria minha reação. [Sandra]

Sandra descreve as atitudes de Adriana com ressalvas, e a considera irresponsável em suas condutas, como chama a atenção a fala anterior, em que a designa como “um tipo de pessoa que não dá valor nenhum pra nada”. Os julgamentos acerca da conduta de Adriana se referem desde os cuidados com a saúde – Sandra condenava, por exemplo, a prática de sexo com os homens sem usar preservativos –, passam pelo uso de drogas e bebidas, à custa do desgaste do próprio corpo, já fragilizado pela doença, até seu relacionamento com um rapaz da vizinhança, construído na época em que Sandra e Carol estavam presas, pautado por trocas monetárias.

Sandra considera que o HIV tem um impacto direto na felicidade das pessoas, afetadas pelo sentimento de morte que acompanha a doença, que se demonstra no esfacelamento de referências e valores para a condução da vida:

Se eu tivesse o HIV. No fundo, no fundo eu acho que não teria aquela felicidade que uma pessoa saudável tem. A pessoa querendo ou não lembra daquilo uma hora, tem uma hora que para pra pensar, e poxa eu tenho essa doença. E isso tem que ter ajuda de uma pessoa especialista que entende pra poder sempre estar te ajudando, a sua cabeça pra poder não cometer loucura, sabendo que amanhã ou depois vai morrer, qualquer emagrecimento já deve vir na cabeça, eu vou morrer. Então acho que sofre muito, deve mexer muito com a cabeça das pessoas. Eu conheço bicha que tem HIV. Tem uma hora que está feliz tem outra que está triste. E aí a gente pergunta, ô fia, que você tem? E ela responde que está com a cabeça em outro lugar, e dá pra perceber que é aquilo que a pessoa está pensando. [Sandra]

Sair do estado de infelicidade; não se deixar governar por outras travestis com as quais residia; dar-se a chance de ter um namorado e fazer o que bem querer com seu próprio dinheiro foram temas de conversas com Adriana acerca daquele momento diferente de envolvimento afetivo e de determinação para tomar as rédeas de sua casa.

As interferências de Carol no relacionamento amoroso de Adriana culminaram no rompimento entre elas. Adriana começou um relacionamento com um rapaz jovem, de uns vinte e poucos anos, de sua vizinhança. Carol dizia que o rapaz era *noia* (viciado em *crack*), e criticava a dedicação da travesti ao rapaz e à sua família. Ironizava o fato de Adriana não sair da casa dos pais do rapaz, e, embora aceita, deixava parte substancial de sua pensão para compra de drogas para o rapaz e de alimentos e bebidas para seu sogro e sogra. Conforme Carol, Adriana tinha dinheiro para bancar churrascos regados a cerveja e *crack*, mas não tinha nada para colocar em casa – faltavam coisas básicas como arroz e feijão –, além de deixar as contas de telefone e de luz atrasadas no período em que Carol estava na cadeia. Nesse sentido, dizia que o novo círculo familiar constituído por Adriana explorava sua renda, e ela, por sua vez, garantia a sua posição de pessoa aceita e com *marido*.

O *marido*, inclusive, passava noites e dias na casa de Adriana interagindo com as outras travestis. Carol passou a alertá-la sobre a conduta do marido e, principalmente, sobre o perigo do uso do *crack*, que Adriana, apaixonada, recebia a contragosto. Algumas brigas do casal levaram Carol a interferir diretamente na situação, pois não deixaria o rapaz agredir Adriana na sua frente. O convívio entre elas ficou extremamente difícil, e Adriana resolveu pedir para Carol sair de sua casa. Carol se mudou para um quarto em uma favela.

No entanto, Adriana rompeu com o rapaz. A relação se tornou insustentável quando ela resolveu contar a ele que era portadora do HIV, e, apesar de Adriana me garantir que usa preservativos nas práticas sexuais, o medo de ser afetado levou o rapaz a não mais visitá-la.

Para esquecer o relacionamento, Adriana procurou novas atividades. Inicialmente, projetou reformar sua casa, que estava com várias infiltrações, rachaduras e problemas no telhado. Com a garantia de sua pensão, fez um empréstimo de 1.200 reais para esse fim, mas logo, tomada pela vontade de se aventurar, começou a viajar durante os fins de semana para o município de Barbosa, vizinho a Charmosa, pagando para as travestis e homens da noite bebidas na *ferveção* – categoria que acena para a diversão –, no caso, os bares da pequena cidade.

O dinheiro acabou e ficaram as dívidas. Nesse período, Adriana começou a frequentar a casa de um pai de santo que lhe prometeu realizar seus desejos de mudança e felicidade. Adriana falava de sua vontade de retornar para São Paulo. Bochichos a seu respeito dão conta de que, quando jovem, falava muito sobre sua vontade de ir à Itália, sonho jamais realizado.

O pai de santo a convenceu de que a melhor solução seria vender a casa, herança de sua mãe, mas com ele próprio intermediando o negócio, levando-a a confiar no recebimento futuro de parte do valor da venda. Disse que iria a São Paulo resolver a situação da compra de um imóvel e convenceu Adriana a dividir a compra desse imóvel com o dinheiro ganho na venda de sua casa, e ainda sobriariam

alguns trocados para colocar próteses de seios. Quando as pessoas que compraram sua casa tomaram posse, Adriana passou a morar na casa do pai de santo, que foi para São Paulo comprar o imóvel em diversas oportunidades, mas alegava que não estava conseguindo encontrar um local adequado.

Adriana passou a conviver com a família do pai de santo, se responsabilizando por parte das despesas de alimentação com sua pensão, além de cuidar da limpeza, da cozinha, das crianças e de uma tia doente. Tinha uma nova rede familiar e uma possibilidade de usufruir também desse novo círculo afetivo.

Nos últimos meses de 2011, Adriana voltou a se prostituir no Posto, e se lançou mais frequentemente ao uso do *crack*. As travestis comentaram que sua vida foi feita de “tropeços e burradas”; na verdade, essa fala de Rosa completa-se com uma depreciação a Adriana, de que teria se acostumado a viver em um mundo de conveniências e trocas, hábito que se repetia em diversas situações, desde se fazer de “coitada” e pedir cigarros, bebida, quando se tem até o negócio da casa conduzido pelo pai de santo.¹¹ O negócio que envolvia a subserviência, mas também usufruir alguns benefícios, como teto e alimentação, afago e contato familiar, parece mais seguro do que viver livre, mas sozinha e desprotegida.

Rosa afirma que uma “bicha velha” não pode passar por tais práticas. Mas, de outro lado, aparece a esperta, a poluidora e malvista por todas as outras travestis que compartilham os espaços e o cotidiano da profissão do sexo. Com a doença, Adriana se torna a personificação de um mal que assombra as travestis no cotidiano. Elas se perguntam como seria se conduzir sabendo estar com uma doença que traz o signo da morte e, por extensão, da suspensão

11. De outro lado, vale ressaltar que, na comunidade de candomblé de Charmosa, o pai de santo de Adriana é motivo de mexericos, apontado como charlatão. Num dia, ao encontrar Ivan de Iemanjá, que convidava para a Festa de Maria Padilha em seu terreiro, disse que não se podia usar da fé para apenas lucrar, e citou o exemplo de Adriana, de como o seu pai de santo lhe tomou a casa, a fez de empregada do lar e até, em momentos de ruptura, surrando-a como correção e punição.

de todos os valores, e olham para Adriana em suas condutas contraditórias e reverberam as críticas sobre o sentimento de auto-destruição.

A partir da suspeita de aids na trajetória de Sandra, buscarei, na próxima seção, descrever como a subjetivação dos riscos à doença permeia o cotidiano das travestis, adquirindo significados que as políticas de prevenção reforçam a partir de suas ações (Pelúcio & Miskolci, 2009). Nesse sentido, explorarei como o controle social do contágio da doença tem produzido subjetividades moduladas pela inquirição da doença induzindo deslocamentos e valores na atenção à saúde entre as travestis.

A suspeita da aids

Sandra, aos 16 anos de idade, foi morar em um *puteiro* feminino. Era um rapaz afeminado, de uma família pobre e enfrentava a necessidade de trabalhar para ajudar nas despesas de sua casa. A dona do *puteiro* próximo de sua casa ofereceu um emprego para cuidar da limpeza, e ela teve um dos primeiros contatos com o universo da prostituição, aprendendo com as mulheres os *truques* da vida noturna.

A *dona do puteiro* era sensível às particularidades de Sandra, permitindo que ela usasse dentro da casa de prostituição uma *calça pantalone* e *blusinha feminina*, *camisetinha baby look* para atender ao portão, mas não fazer programa, uma vez que a casa era de mulheres e ela era menor de idade, o que não impediu que a acolhesse.

Nesse lugar, Sandra passou a interagir com o universo da prostituição e a conhecer travestis mais velhas que visitavam a casa da cafetina, recebendo os primeiros direcionamentos para, aos 18 anos, após a morte de seu pai, tornar-se, em suas palavras, “uma travesti”, passando a vestir roupas femininas 24 horas por dia. Nessa época, Sandra recebeu um convite para ir morar com Fabíola, que, em troca de suas roupas lavadas e casa limpa, a inseria nas ruas do Centro, ensinando-a a ganhar dinheiro na prostituição e a realizar a

montagem. Sandra considera esse período de sua vida muito importante para aprender a se maquiar, cuidar dos cabelos e cultivar a estética corporal que desejava, mas em seu depoimento ressalta que, em meio ao contato com a prostituição, também deu início ao seu gosto por bebidas alcoólicas, que se tornou um motivo de várias internações e tratamentos médicos ao longo de sua vida.

Depois de três anos se prostituindo nas ruas do Centro, estava morando com outras travestis e uma delas era *bombadeira*, o que proporcionou uma oportunidade, segundo ela, bastante “fácil” de modelar seu corpo: “No meio delas você vai vendo uma. Você vai fazendo a mesma coisa que a outra, tomando hormônio, se tem uma oportunidade de pôr silicone, você coloca”. Colocou dois litros e meio de silicone na bunda, um pouco entre as pernas e jogou um pouco no quadril. Nessa época, seu cabelo estava crescendo, o que lhe satisfazia bastante, e, em curto período de tempo, deixou de usar peruca.

No momento em que Sandra depunha sobre a sua transformação travesti, estava em pleno tratamento de tuberculose, o que lhe permitia avaliar que, no início de sua transformação, não pensava nas consequências da conduta para a sua saúde. Apenas se importava em cultivar a transformação de seu corpo e usufruir dos prazeres que ele encarnava. O universo da prostituição, no qual inicia o uso de bebidas alcoólicas, aparece como uma primeira tentativa de explicar a degradação da saúde.

Naquela época eu só bebia. Achava que não tinha problema de saúde. Nunca nada ia acontecer comigo. Ali na minha cabeça era só bombar o corpo. Virar mulher. O mundo era bobagem, você entendeu. Não passava na minha cabeça que depois vinha o HIV, podia, assim, ter vários tipos de doença, jamais. Então, eu pensava só em roupinha, cabelo, em bombar meu corpo e ficar bonita. [...] Com 25 anos eu já comecei a sentir tremor no corpo. Sentia a abstinência. Falta do álcool. Aí eu comecei a procurar médico, só que eu não acreditava naquilo. Então eu bebia e tomava o remédio. Em ponto de dar alguma coisa, a medicação era forte, pra curar

ansiedade, Diazepam. Mas, dos 27 para os 28 anos o negócio apertou mesmo. Eu tive um problema sério com começo de parada cardíaca, por causa de cocaína e bebida. [Sandra]

Aos 27 anos morava na casa de um cafetão, Deike, com outras travestis, quando teve uma “crise cardíaca/nervosa”. A casa tinha muitas regras e, de acordo com outras travestis, a violência era constante. O cafetão costumava sair pela manhã e deixar a casa trancada, pois, segundo Sandra, ele sabia que as travestis acordavam pela tarde. Isso agravou a situação quando ocorreu a crise, pois estava presa na casa, sem poder buscar atendimento médico. Revelou que, após uma noite de sábado de uso abundante de cocaína e bebidas alcoólicas, consumiu comida salgada na manhã de domingo, e, tudo isso somado ao nervosismo, contribuiu para fazer subir sua pressão. Quando as outras travestis conseguiram, por celular, contatar o cafetão, ele a levou para o hospital, onde a médica, enfática, deu a seguinte recomendação, segundo Sandra:

Você tem que parar, se você não parar vai morrer! Entendeu. Por que está te fazendo mal, seu organismo não aguenta. Você bebe muito. E eu disse que era isso mesmo. Eu bebo bastante, cheiro bastante. Aí me falou que tinha que fazer um tratamento, foi aí que eu conheci o Caps. Comecei fazer tratamento no Caps, mesmo assim eu não levei a sério. Como o remédio me dava tranquilidade durante o dia, à noite eu bebia. Eles me internaram, durante trinta dias. Mas quando saí também não levei a sério, voltei a beber tudo de novo, só que a bebida é assim, se você parar, você não pode voltar, porque você volta bebendo o dobro do que você já bebia. E eu voltei bebendo até álcool de posto. Voltei pior. [Sandra]

Sandra, em contato com os serviços médicos, é aconselhada a um tratamento no Centro de Atenção Psicossocial (Caps), que a insere no grupo de Alcoólicos Anônimos, e prescreve medicações para diminuir sua ansiedade.

O alcoolismo e o uso exagerado de drogas são práticas comuns entre as travestis e Sandra, entre recaídas ao consumo de álcool, acabou internada no Hospital Psiquiátrico de Charmosa, conhecido como HEM. Depois de trinta dias, voltou às ruas e a beber sem medidas. Ao se perceber, em suas palavras, “no fundo do poço”, em um momento de ruptura e autorreflexão, retornou ao Caps em busca de novo tratamento, e ficou internada no HEM por volta de sessenta dias. Tinha 27 anos e saiu do hospital disposta a não mais beber, passando os dois anos seguintes sem ingerir bebidas alcoólicas. Após sair da internação no HEM, Sandra, convencida do tratamento, passou a frequentar o Caps e a fazer acompanhamento psiquiátrico no Hospital São Francisco, descobrindo a ansiedade, doença que aflige seu dia a dia: “lá eles descobriram que a ansiedade, aquele tremor tudo já não vinha da bebida, vinha já da minha infância, da minha criação, de mim mesmo”.

Nesse período, é presa devido a roubos praticados no Centro, com o agravante de acusação de sequestro-relâmpago, pois, ao roubar e render o cliente, permaneceu com ele até o início do funcionamento dos caixas eletrônicos, para que ele sacasse dinheiro de sua conta. Presa pela terceira vez, teve que interromper a medicação psiquiátrica e passou por crises, que foram interpretadas por Sandra como sinal de que precisava de tratamento psicológico e remédios para a ansiedade.

O retorno à casa de Adriana, após sua última passagem na prisão, a envolve na suspeita da aids. O que aparentemente era uma gripe forte, foi se tornando uma dor insuportável no corpo, com emagrecimento e afecção por fungos na boca e garganta (o sapinho), o que a levou novamente a buscar o serviço de emergência hospitalar. Local privilegiado do contato das travestis com os serviços de saúde, que recorrem a eles quando a doença se manifesta de maneira extrema e dolorosa.

No atendimento de emergência no Hospital das Clínicas, recebeu o diagnóstico de tuberculose, chamada por ela de “tb”, e foi internada em regime de isolamento, por estar bastante debilitada e em processo de transmissão da bactéria (bacilo de Koch). A sus-

peita de estar com aids era compartilhada pelas travestis de seu círculo de relacionamento, por ela mesma, e pela equipe médica, pois é muito comum os sintomas da tuberculose aparecerem entre as pessoas acometidas dessa doença. Essa suspeita era motivo de muito sofrimento para Sandra. Seu estado debilitado era apontado pelas demais travestis, que reservavam a ela fofocas depreciativas, acusatórias e também comiseradas. Enquanto esteve internada, ouvia, a seu respeito, algumas travestis dizerem que “a bicha está com a tia”.¹² Entretanto, após a recuperação no hospital e durante o tratamento da tuberculose, Sandra recebeu o diagnóstico negativo para o HIV e passou a se esforçar para reverter a imagem que as demais travestis alimentavam a seu respeito. Encontrei-me com ela numa noite, no Centro, relatando a todas as travestis presentes o quanto ficou surpresa quando recebeu o resultado: “Bicha, quando a enfermeira falou o resultado eu não acreditei, achava que tava condenada. Doze anos de rua, meu bem, a gente fica achando que tem a tia”.

Essa surpresa me permite refletir sobre o impacto que a aids possui nas subjetividades travestis. As travestis, em meio às prescrições para o sexo seguro, acreditam na aids como uma doença endêmica, própria do grupo e daqueles que se desviam das regras para a conduta sexual.

Sandra, ao se revelar como “não condenada”, explicava seu alívio diante dos resultados negativos do exame como uma peripécia do destino, e, em frente das outras travestis, fez um depoimento sobre sua conduta sexual, enfatizando as transformações necessárias para manter-se livre da infecção.

Sandra contou que, quando estava suspeitando da aids, não tinha motivo para se cuidar com todo o rigor, mas, com o veredito do teste negativo, tinha razões para não se deixar descuidar e para mudar suas atitudes diante do risco da profissão do sexo. Narrava estar mais rigorosa para a prevenção e a autovigilância.

12. Tia: HIV/aids.

Mesmo com uma série de medicações para a ansiedade e a tuberculose (esta última com um tratamento de pelo menos seis meses), Sandra enfatizava não estar “condenada”. Essa maneira de perceber as doenças, em comparação com a aids, esclarece o significado do impacto físico e subjetivo da doença, ligada aos sentimentos de morte e a punição.

Tô tomando um monte de remédio pro meu problema, pra controlar a ansiedade e não beber. Um monte de calmante. Tô muito nervosa bicha, só que fico fraca pra vir para rua. Mas se não fosse esse meu problema, os remédios que tô tomando, eu até que podia trabalhar. Graças a Deus o resto tá tudo bem comigo, eu fiz um monte de exame, e a médica me falou que tá tudo bem, uma pasta assim ó [gesticula com as mãos que seria uma pasta grande]. Tem exame que eu não sei o que significa, mas ela me explicou tudinho, falou que... como é que chama mesmo, aquele exame que faz do sangue, aquela doença que cai o cabelo... leucemia, ela falou que minha leucemia tá muito boa. Minha diabetes tá bem controlada também. E não tenho hepatite. Você vai em casa que eu te mostro tudo. Graças a Deus mona, eu jurava que tinha HIV, fia eu não vou mentir não, e duvido que qualquer bicha daqui não sabe do que eu tô falando. Fia eu já fiz muito sexo sem camisinha. A gente arruma marido, numa semana, eles já tão comendo nosso cu “no pelo” [expressão que refere ao sexo insertivo sem camisinha]. Já estourou camisinha, já fiz chupeta sem camisinha, já dei feito chuchu na cerca sem camisinha. E vou falar uma coisa para você, os bofes não quer nem saber de camisinha, se você não trouxer a sua, eles vão do jeito que tá. Nenhuma bicha vai negar: 99% dos homens querem sem camisinha, querem enfiar o pau na boca da gente, come o cu da gente sem saber se você tá ou não com a tia. [Sandra]

À conversa, estava presente Renata, uma travesti jovem que, após a declaração de Sandra, revelou que os homens não têm preocupação com a prevenção e chegam até a pagar mais para ter sexo

sem preservativos. Essa prática, conhecida entre as travestis, dependendo do momento, podia gerar recusa ou aceitação, sobretudo no caso de estar muito tempo sem conseguir ganhar dinheiro “quando a rua estava uó”, como diziam. Continuou a Sandra:

Fia, quantas vezes eu deixei de fazer o programa porque o bofe não quis pôr camisinha. Quantos já não me deixaram aqui na esquina, deu 10 reais pra eu ficar de boa, porque não queria camisinha. Noventa e nove por cento não tá nem aí, e eu vou falar a verdade, já transei muito sem camisinha. Só 1% chega na gente e pergunta “você tem camisinha?”. Os outros não reclamam quando a gente chupa. [Sandra]

A maneira como as travestis discutiam sobre as práticas sexuais e suas relações com os clientes permitia identificarem os riscos. A experiência do adoecimento de Sandra e sua revelação sobre um estado que atinge a todas (a suspeita da aids) – como enfatizou em suas palavras: “eu jurava que tinha HIV” –, permitia que estabelecessem um parâmetro para verificarem se estão de acordo com as normas de saúde a elas dirigidas.

Na conversa apareceu o perfil do cliente que pode representar um risco, pela sua renitência, às prescrições que elas divulgam na relação, mas, em primeiro lugar, essas prescrições dizem que elas são corpos potencialmente atingidos por essa doença. Sandra abordou também o relacionamento das travestis com seus *maridos*, vínculo em que afrouxam as injunções da prevenção, pois é baseado na *confiança*, mas que, por outro lado, permite que se sintam, no envolvimento com o outro, pessoas felizes e femininas.

Eu confiava e tinha aquela coisa de se sentir mais mulher, não dava tempo, se deita abraçadinho do lado, quando você vai ver tá beijos e beijos e pá, aconteceu. [Sandra]

Sandra, entretanto, contesta a versão segundo a qual são as travestis quem transmitem HIV para seus parceiros. Destaca o depoi-

mento de seu *marido*, que, após ser preso, passou por exames rotineiros e descobriu não estar com HIV. O *marido*, livre da prisão, a reencontra e a elogia dizendo que ela não lhe transmitira aids. Também os parceiros encontram-se em meio a essa suspeita e, mesmo assim, desafiam o risco.

Meu marido quando foi pra cadeia ele me falou que não tava, mas com marido a gente não tem jeito, quantas vezes eu não fiz com ele sem camisinha. E ele fez o exame, porque você sabe, toda vez que eles entram na cadeia, eles fazem exame, se tiver, eles ficam num canto separado. Aí quando ele saiu, ele me falou: “você hem viado, pelo menos aids você não me passou”. Eu fiquei mais aliviada, e você já viu né. Ele não passa também? Como se só as bichas tivesse a tia. [Sandra]

As travestis passaram a conhecer a circulação dos clientes que apresentam características que, aos olhos delas, parecem pertencer ao portador do HIV. Sandra descreveu uma cena envolvendo uma trama de significados sobre a maneira como a transmissão passa pelo consentimento de homens que abandonam as regras sociais (nas zonas de risco desejam vidas duplas) e estabelecem um laço reverso com a família, a esposa e os filhos. São essas prédicas morais acionadas no discurso de Sandra que lembram que as travestis são potenciais transmissoras do HIV, e que contradiz, em parte, suas contestações acerca da visão do *marido*. Nessa visão, um cliente que não se protege, falta a ele racionalidade e amor-próprio. Sandra narrou compartilhar um desses clientes, que, por sair com Adriana e ter com ela práticas não convencionais, como engolir o esperma, apresentava riscos a ela.

E ele transmite risco com certeza, tem uns que até sabe que fulana tem HIV, sai com ela, depois vem querer sair com você. Hoje em dia na noite é aquela coisa assim, você vê cada coisa, que meu Deus eu não acredito. Tipo um cara engolir o esperma de uma pessoa que tem o HIV e saber que a pessoa tem o HIV, é uma coisa

de louco, quer dizer, mesmo que ele tenha sessenta anos, ele pode passar, o cara é casado. Será que ele não pensa na família dele. Aí depois vem e quer sair com a gente, eu não tenho preconceito, eu trabalho, eu tenho camisinha na bolsa e sei que não tenho essa doença hoje, eu ponho a camisinha e saíu com ele normal e procuro tomar aquelas providências de não deixar a camisinha estourar, com cuidado, sem muito contato, procuro não beijar, e eu sei que beijo não pega, e beijo até quem não tem você sabe. Mas corre um risco sim. [Sandra]

A construção heteronormativa da doença mobiliza os homens que utilizam do ser/estar casados como sinônimo de proteção, e buscam, dessa forma, burlar as prescrições para o sexo seguro; se dizerem casados significaria não possuir HIV, não o transmitir e possibilitaria o sexo sem uso de camisinha com as travestis.

Homem casado, ele fala eu sou casado, não tenho problema não, eu sou pai de família. Pode ficar sossegada eu faço exame direto, eu tenho minha mulher em casa, meus filhos, mas eu penso comigo se ele tem tudo isso como ele quer sair com uma travesti de rua, porque eu sou da rua saio com qualquer homem. Deus me perdoe, mas sabe que não tô mentindo, de uma hora pra outra eu posso pegar uma doença, e fala que tem família, como ele tem coragem de falar isso pra mim. Se ele fala isso pra mim é porque não tem nem amor à vida dele. Concorde? Não que eu esteja me discriminando. Mas eu acho que ele deveria ser mais homem e pensar na família. [Sandra]

Essas apreciações mostram a ideia incorporada de risco a aids entre as travestis, o que suscita vigilância e preocupação quando, aos olhos delas, podem correr um risco maior de contaminação. Muitas travestis acreditam que, por exemplo, usar duas camisinhas pode auxiliar a prevenir mais, posição que é compartilhada por clientes. Isso suscita uma reflexão sobre a capacidade das intervenções públicas na educação para o uso de preservativos, uma vez que

algumas de suas mensagens dizem respeito ao risco aumentado de rompimento do látex (borracha) devido ao atrito, mostrando o uso inconsistente do preservativo.

E tem homem também que pede pra pôr duas camisinhas. Eu não posso falar nada, ele está me pagando, eu sou profissional, quem manda é ele, eu vou e coloco duas camisinhas. Tem uns que eu olho na cara e, puta que pariu, este cara está com HIV. Que eu faço, ponho duas camisinha, e ele não, não, eu falo, vou pôr duas não é por nada, pra você gozar mais rápido, mais apertadinho, você vai sentir mais quente. Isso que eu estou fazendo agora. [Pergunto se chegou a estourar alguma vez com duas camisinhas. E ela me responde que não.] [Sandra]

Outra questão foi lançada na conversa, sobre a prática do sexo oral. Nas palavras de Renata: “Ah, mas que bicha que não chupa sem camisinha? É muito difícil, os bofes não quer, e é horrível como se chupar uma bala com plástico”. Em seguida, aparece o ensinamento da Sandra:

Mas você sabe que no pau sai aquela babinha. Aquela babinha da morte pega na sua garganta bem, e você fica toda fudida. A gente não pode sair caindo de boca a torto e a direito não. Às vezes o pau do bofe tá com uma feridinha e você lá condenada. [Sandra]

Sandra, nessa interação, procurou enfatizar que existiam práticas arriscadas nas relações entre as travestis e os homens, e sua fala cumpria uma importante lição sobre como pesa sobre elas uma suspeita, e como ela mesma, a partir do momento em que se descobria livre de uma condenação que era dada como certa, tinha uma oportunidade para se cuidar e falar desse cuidado para as demais travestis:

Eu não vou negar não, eu fiz muito sexo sem camisinha, mas agora que a gente fica sabendo que não tem nada, a gente passa a se

cuidar mais, né. Porque, quando tava a desconfiança, a gente já se achava contaminada mesmo, então, tanto faz usar ou não. Eu já vi muita bicha morrer com o babadinho, agora não quero nem saber de pinto desencapado. Mas né mona, é como eu falei pra menina que me atendeu, eu já imaginava que estava, agora que eu sei que não tenho, vou me cuidar mais, mas vou te dizer: pra nós que trabalha na noite é muito difícil isso não acontecer, porque uma camisinha estoura, a gente fica muito tempo sem programa e se aparece um que quer uma chupetinha, a gente acaba fazendo, e aí você viu né. Mas é bom para essas ouvirem para se cuidar também. [Sandra]

Essa aura do HIV no imaginário das travestis levou a maioria das travestis com quem convivi a buscar os testes para detectar o vírus. Outras, como Sandra, mesmo suspeitando estar infectadas, requeriam aos agentes de saúde o agendamento da testagem para HIV, mas acabavam não comparecendo.

Os agentes de saúde tratam a gente bem, só deles estar ali distribuindo preservativo já é uma bênção, perguntam se a gente está precisando de algum exame, dá os endereços dos postos de saúde da onde a gente mora, faz cadastro, trata a gente com nome feminino, superbem. Eu na época que bebia muito eu tratava muito mal as agentes, às vezes faltava uma camisinha eu já queria brigar, hoje eu penso diferente, tenho amizade e peço desculpas pelo que já fiz. Porque assim, a gente pega gel uma vez por mês, eu queria direto, duas, três vezes, bêbado você já viu, eu queria direto. Os meus exames não foi feito com eles por minha culpa mesmo, por falta de vontade minha, eu tinha medo de fazer. Esse exame mesmo de HIV foi feito porque o médico exigiu. Eu tinha medo de saber o resultado. E de até acabar cometendo suicídio, alguma coisa. E ela falava pra mim: vamos, eu marco o dia e você faz, e assim você cuida, tem a medicação; só que eu não fazia, marcaram umas duas vezes e eu não fui. [Sandra]

Esse comportamento diante dos serviços oferecidos pelo Programa de Redução de Riscos e Danos em DST e Aids (PRRD) não parece limitado à testagem de sorologia para o HIV, pelo medo que suscita, mas, também, aos encaminhamentos para as unidades de saúde encarregadas de outros tipos de atendimento preventivo.

Mesmo ao conseguir consultas, pré-agendadas pelos agentes de saúde, parte das travestis deixava de ir ao consultório. Entre os motivos, as travestis alegaram horários incompatíveis, distância, preconceito etc., contribuindo para a valorização da farmácia como espaço onde se negocia a saúde pela automedicação.

Como exemplo dessa automedicação, há um caso de Rosa, que, de maneira irônica, contava sobre uma gripe que pegou, próximo ao Carnaval, numa noite no Posto. Para acabar com a indisposição física da gripe, comprou na farmácia o Apracur (um medicamento que combina propriedades antitérmica, analgésica e anti-histamínica) e brincava contando o trocadilho “se é *pra-cur é pra cu-ra então é bom*”, e, em meio à história, dizia que se o que é “*pra cu*” não resolvesse sua gripe, a bebida sarava, dirigindo-se ao bar em busca de seu drinque de conhaque com Coca-Cola. Todos rimos da brincadeira.

Atitudes de automedicação como essa são comuns entre as travestis, a despeito de contarem com a possibilidade de consultas agendadas na rede de atenção básica do município. Em relação a isso, as agentes de saúde do PRRD, quando questionavam sobre a ida para a unidade de saúde e descobriam que as travestis não compareciam à consulta, se sentiam desestimuladas e classificavam as condutas como “falta de responsabilidade”.

Sandra descreveu sua relação com as agentes de saúde enfatizando a importância de seu trabalho, não só pela distribuição de insumos como pelo oferecimento de encaminhamentos para testagens em momentos de suspeita de infecção pelo HIV. Destacou que, em torno de 2007, quando emagreceu bastante, chegando a pesar 54 quilos, e apresentou sintomas de doenças sexualmente transmissíveis, obteve o encaminhamento a partir das agentes de saúde para fazer exames, mas não foi ao serviço de testagem, recu-

sando saber o que se passava com a sua saúde por conta do medo do resultado.

Saiu em mim, acho até hoje que era doença venérea, umas verruquinha nas minhas coisa. Aí fiz o exame desta vez e sumiu, sumiu sozinha, porque eu não tomei medicação nenhuma, não procurei médico. Eu fiquei meio assim, porque teve pessoas que falaram para mim, é doença venérea, as meninas da saúde, elas falaram que aparece e com o tempo se reduzem pra dentro e com o tempo no organismo vira um câncer. Eu tinha isso na minha cabeça. [Sandra]

O trabalho das meninas da saúde, como eram chamadas as agentes, a despeito de mobilizar o agendamento de exame de sorologia para HIV, não era suficiente para convencer Sandra a comparecer ao serviço. Era como se não saber fosse a melhor alternativa para protelar viver um destino que é contado e reiterado como natural e certo pela maioria das travestis.

Passarei, no capítulo seguinte, a descrever o modo como me aproximei das agentes de saúde que levam diretamente às travestis seus serviços e que acionam discursos com eficácia na prevenção de DST e aids.

De outro lado, os serviços de saúde não parecem capazes de oferecer os cuidados de que as travestis necessitam no dia a dia. Com ênfase na produção da beleza feminina, as travestis criam novas maneiras de se cuidar, com um saber próprio, construindo o corpo com o qual se sentem mais felizes e saudáveis.

3

"TÔ NA ÁREA": INTERAÇÕES ENTRE O PRRD E AS TRAVESTIS

Adentrando o PRRD

Caía a noite de segunda-feira, 27 de abril de 2009, um frio intenso fazia bater os dentes. Preparava-me para assumir o papel de pesquisador e agente de saúde e estava um pouco aflito para conduzir a aceitação. Era a primeira vez que teria um contato efetivo no campo de atuação da equipe que trabalhava com a prevenção das DST e aids na cidade de Charmosa.

Eram vinte horas quando entrei no Núcleo de Vigilância à Saúde, uma unidade de saúde da Prefeitura de Charmosa, referência para vários serviços da Secretaria Municipal da Saúde (SMS). Nesse edifício, funcionava, durante o dia, o serviço de assistência ambulatorial para pessoas acometidas por doenças sexualmente transmissíveis e aids, do Programa Municipal de DST, Aids e Hepatites (PM-DST/Aids). As instalações eram divididas com o Programa Interdisciplinar de Internação Domiciliar e, nas noites de segunda-feira, servia como ponto de encontro da equipe do Programa Municipal de Redução de Riscos e Danos em DST/Aids (PRRD).

Nessa noite, ao entrar na sala destinada ao PRRD, encontrei os agentes de saúde sentados à mesa oval, instalada no centro, ocu-

pando quase todo o pequeno espaço. Faziam anotações sobre os atendimentos por eles realizados e, próximo da varanda da sala, ficava a escrivaninha ocupada pela supervisora, Conceição. Cumprimente todos, e fui recepcionado com boas-vindas. Conhecia quase todos os que compunham a equipe, a Luana, o Pedro, o Carlos e o Lucas, agentes de saúde com quem convivi junto às travestis ou nos espaços de sociabilidade homoeróticos de Charmosa, bem como o seu José, o motorista da equipe. Sentei-me ao lado de Aparecida e fui apresentado a Lúcia, com quem passaria a trabalhar na prevenção de aids para a população de usuários de droga, e a Joana, a quem substituiria, e que, durante toda a semana, terminando seu aviso prévio de rompimento do contrato trabalhista, dedicou-se a repassar-me seus conhecimentos práticos e a me inserir no campo das favelas da cidade.

Enquanto os agentes de saúde anotavam seus atendimentos em planilhas da instituição, recebi a atenção de Conceição, que me descreveu como funcionava o registro das atividades desenvolvidas pelo PRRD. As segundas-feiras eram reservadas para o encontro dos agentes, quando recebiam orientações sobre o trabalho, compartilhavam suas experiências e comentavam sobre os acontecimentos cotidianos e as interações nos territórios visitados, bem como produzia-se o controle técnico das atividades realizadas no decorrer da semana.

Na parede da sala de reuniões do PRRD, havia um cartaz do projeto “Tô na área”, com algumas fotos da equipe uniformizada, reunida junto da perua kombi, que servia para levar os agentes de saúde aos espaços destinados às ações de prevenção, e os dizeres “trabalhamos com as populações mais vulneráveis”, seguidos das categorias das populações: “PSX – profissionais do sexo, HSH – homens que fazem sexo com homens, UD/UDI – usuários de drogas injetáveis”.

Conceição, após me explicar que cada equipe tinha peculiaridades em função da população que atendiam, passou-me orientações sobre o trabalho nas favelas, com o qual me ocuparia no PRRD. Disse-me:

Vulneráveis às DST e aids todos nós somos, e todos precisam se prevenir. Ti, você não só vai conversar com os usuários de drogas sobre prevenção. Para *tentar convencer a mudança de comportamentos*, você também tem que falar com os jovens, as donas de casa, os idosos, porque vem crescendo a aids entre essas pessoas e elas não têm informação para se prevenir (grifos meus). [Conceição]

Conceição prosseguiu descrevendo as comunidades, após me passar duas publicações, o *Manual de redução de danos*, editado pelo Ministério da Saúde em 2001, e *Drogas e redução de danos*: uma cartilha para profissionais da saúde, editado em 2008, que servem de orientação teórica e prática para as ações de programas redutores de danos:

São muito carentes, são excluídos de tudo, e o que a gente pode fazer é muito pouco diante as necessidades, mas eles são muito afetuosos também, você precisa fazer com que confiem em você, que você tá ali para ajudar, para ouvir muito, acolher as queixas e para passar informações de saúde, e eles vão te testar o tempo todo, são espertos, vão fazer coisas na sua frente para ficar com medo, mas uma hora você pega o jeito. [Conceição]

A prática de supervisão, nesse primeiro encontro, pautou-se pela socialização de conhecimentos relacionados às necessidades operacionais do trabalho de campo, e sinalizava que o treinamento valorizava muito a abordagem efetiva, que contaria com as experiências da Joana.

De fato, as experiências iniciais mostraram que não havia situação ideal para que se pudesse dar, logo de chegada, a assunção ao papel de agente de saúde. Além do saber “arroz com feijão” vinculado à distribuição de preservativos e sobre uso correto dos insumos, percebi que o conhecimento do agente só pode ocorrer em um processo complexo de interação cotidiana.

Era necessário “jogo de cintura” para se adaptar às situações vivenciadas nesse trabalho, aos contratemplos, aos riscos; discernir os momentos produtivos de uma conversa sobre prevenção daqueles em que se deve “sair de cena”, diante de uma situação que impeça a atuação. Joana explicou-me que o importante é não ter preconceitos e, cara a cara, atender bem seja lá quem for. A aceitação depende muito dessa capacidade de resposta às pessoas atingidas pelas intervenções, visando, assim, ao *vínculo* e à *confiança*, dimensões táticas que permitiam o acesso do PRRD nos diferentes espaços de Charmosa.

O discurso do agente de saúde busca interferir na maneira como as pessoas reconhecem os riscos de suas práticas e moldar as atitudes que cada um deve assumir para se proteger, por meio de um processo complexo de interação e comunicação. Conceição, ainda nessa primeira reunião, apresentava a questão enfatizando que a escuta atenta e respeitosa é fundamental para a abordagem, e a comunicação em linguagem fácil e acessível aumenta a possibilidade de o indivíduo compartilhar sua experiência e negociar o uso do preservativo.

Entretanto, no convívio com a equipe do PRRD, me deparei com vários fatores que distanciavam os agentes de saúde da realidade em que atuavam. Esse distanciamento pode forjar dois mundos isolados e inconciliáveis, o da normalidade e o da imoralidade/ilegalidade, quando as ações não são consideradas a partir das condições, valores e experiências que os sujeitos vivenciam. A falta de estratégias preventivas acentuava o descompasso entre a proposta educativa e a possibilidade de os sujeitos incorporarem as ideias de proteção dentro de suas referências culturais.

Nesse sentido, a fim de contornar esse risco, as intervenções na área de prevenção às DST e à aids enfatizam a importância da educação realizada entre pares, mobilizando pessoas que compartilham a realidade de uma “comunidade imaginada”, para a qual elas voltam, logo que recrutadas e devidamente treinadas, para o enfrentamento das necessidades e questões de grande relevância que afetam o grupo de origem. Assim, cria-se uma referência que facilita

a oportunidade para alcançar os dramas cotidianos vivenciados pelas pessoas, visando ampliar o conhecimento sobre as práticas de sexo seguro e alterar as atitudes, ao mesmo tempo que se espera desse profissional que influencie mudanças na inserção social do grupo, a partir de um processo de apoio, educação de direitos e inclusão nos serviços de saúde.

Nem todos os agentes de saúde que compõem o PRRD são oriundos das populações de UDI, HSH e PSX. A despeito de empregar formalmente a metodologia de *educação entre pares*, que pressupõe selecionar os profissionais dos grupos objetos das intervenções, percebe-se que o “elo” encontra-se tangenciado por fatores diversos, que têm efeitos na qualidade do convívio e inserção em campo do agente de saúde não recrutado dessas populações.

A orientação sexual e a identidade de gênero foi um fator relevante para a seleção de agentes de saúde para a política que se assenta sobre indivíduos que constroem suas identidades a partir da vivência da sexualidade, como no caso de Luana, que se designa transexual e trabalhava na prevenção entre a população de profissionais do sexo, categoria que inclui as travestis e as mulheres que se prostituem, e os casos de Pedro, Carlos e Lucas que se declararam gays e trabalhavam na prevenção entre homens que fazem sexo com homens.

Aparecida fazia parte da equipe inicial da política de prevenção local, e passou por um processo seletivo que levou em consideração não só o pertencimento às comunidades, como a compreensão dos universos sociais em que atuaria, sendo relevante a capacidade demonstrada na seleção de lidar respeitosamente com as diferenças. Esse processo seletivo ocorreu em 2001, e contou com uma redação e entrevista com a coordenadora do PM-DST/Aids¹ que conduzia o programa naquele momento.

No relato colhido com uma coordenadora, a Vanessa, a respeito desse processo, ela mencionou duas seleções: a primeira, voltada

1. O PM-DST/Aids, ao longo de sua história, contou com quatro coordenadoras. Na realização da pesquisa, pude conviver com as duas últimas.

para o projeto de prevenção para profissionais do sexo, realizada pelas coordenadoras anteriores do PM-DST/Aids em 2001. Foram necessárias duas chamadas do edital para formar a equipe, composta por seis agentes de saúde, que passaria a lidar com as travestis, as mulheres e os rapazes que se prostituem. A coordenadora referiu o preconceito como motivo para a dificuldade de se encontrar pessoas interessadas nesse trabalho, uma vez que o edital do processo circulou em quase todas as unidades de saúde de Charmosa e foi amplamente divulgado nas rádios locais. Nesse projeto, entre aqueles com quem convivi, foram contratados Conceição, Aparecida e Pedro.

No segundo processo, segundo Vanessa, apareceram mais pessoas interessadas. Para o projeto de prevenção para homens que fazem sexo com homens, foram contratados Lucas e Carlos, que se declaram gays. Para o projeto de prevenção para atuar entre usuários de drogas injetáveis apareceram vários candidatos. Nas entrevistas, alguns pretendentes à vaga foram eliminados, como um pastor que gostaria de levar as pessoas que usam drogas para o interior de sua igreja, onde elas seriam resgatadas do demônio, discurso que estava em flagrante contradição com a metodologia de redução de danos, que pressupõe não negar as práticas que o indivíduo aciona em sua experiência, mas respeitá-las e permitir que ele seja capaz de se cuidar sem uma ruptura no seu direito de usar drogas.

Diferentemente desses processos de seleção, outras pessoas passaram a ser inseridas na equipe por meio de contatos e influências dos primeiros agentes, e obtiveram a oportunidade de ingressar à medida que surgiam vagas para substituir funcionários que deixavam o programa. Luana e Lúcia foram contratadas dessa maneira, assim como eu. Lúcia é solteira e mãe, tem 35 anos de idade, trabalhou na prevenção entre as profissionais do sexo e foi realocada para a equipe que atuava com a população de UDI, quando Joana, casada e mãe, com 33 anos de idade, selecionada no segundo concurso, resolveu sair do emprego.

A assunção da identidade de agente de saúde envolve a interiorização da informação técnica e dos discursos biomédicos, que per-

mitem o deslocamento da identidade pessoal para a de um técnico de saúde que, tradicionalmente, detém os conhecimentos e a legitimidade na significação do saber técnico e, a partir deles, exercem um poder sobre a conduta dos pacientes. Esse processo contribui para que o programa fique aquém de seus objetivos, pois a complementaridade oficialmente requerida na produção do saber do agente de saúde, constrói-se no reconhecimento de que a população apresenta um saber próprio sobre a situação de vida para a qual se impõe um projeto de mudança a partir da intervenção. Adiante, exploraremos essas dinâmicas identitárias e os fatores disjuntivos entre a identidade dos agentes e das pessoas abordadas.

Recorro aos relatos das pessoas da equipe e às minhas experiências de observação de campo para apresentar, a partir das práticas e da oralidade de cada um, os diferentes significados adquiridos pelos atores envolvidos sobre a maneira como se conformava a política de prevenção. A partir da descrição do trabalho preventivo, lanço um olhar para a especificidade das intervenções com as travestis.

Os discursos oficiais das políticas de saúde enfatizam a importância dos trabalhos realizados pelos agentes de saúde nas estratégias que alargam o campo de ação da saúde para além da concepção restrita, curativa e biomédica, assegurada no campo da assistência ambulatorial aos doentes.

Entre o posto de saúde e o posto de prostituição, os agentes de saúde são o elo que deixam os espaços tradicionais de se fazer saúde e atuam diretamente nos territórios, vivenciando as condições que afetam as pessoas. Esse trabalho incita novos olhares para a resolução dos problemas que afetam a saúde.

Assim, os agentes são os novos atores que trazem à cena a prevenção no interior dos serviços de saúde e também atuam como um “elo” com os serviços de saúde, favorecendo a visibilidade dos problemas vividos pelas populações atendidas pelo seu trabalho. De outro lado, o agente de saúde é levado a reconhecer os efeitos excludentes das normas de gênero e sexualidade, os processos de estigmatização e iniquidade no acesso aos serviços de saúde, e a facilitar o vínculo e a apropriação dos serviços pelas pessoas atendidas.

O conceito de vulnerabilidade, descrito por Mann et al. (1993), apontou para a superação da ideia de risco à aids, restrita à dimensão individual, aos aspectos biológicos e comportamentais que foram relevantes na associação entre probabilidades estatisticamente significantes forjadas pela epidemiologia.

Essas estatísticas levaram facilmente à construção da ideia de *grupo de risco*. Sabe-se do impacto dessa concepção sobre as respostas para aids, que escorregaram para o recrudescimento do preconceito. As políticas de prevenção, por meio dos discursos, pregaram isolamento, abstinência sexual, luta contra a promiscuidade, toda uma nova moralidade para o reconhecimento dos potenciais perigos, ligados a sexualidades diferentes dos padrões normativos e a um recorte de classe, como os pobres, suspeitos de uma sexualidade popular abundante e desregrada (Parker, 1997, 2002b; Mann et al., 1993; Ayres, 1997, 1999).

O esforço que acena a passagem da concepção de risco para a vulnerabilidade indica a iniquidade, a desigualdade social e as exclusões como desafios para as ações de prevenção, muito mais que observar probabilidades individuais de adoecimento relacionadas a fatores como a prática sexual. Por vulnerabilidade podemos entender o modo de avaliar politicamente as condições de vida que expõem o problema, permitindo alternativas para seu enfrentamento (Ayres, 1997, 1999). Em outras palavras, é um conceito que busca operacionalizar uma visão política ampla sobre as condições sociais que favorecem o adoecimento e a saúde de grupos e indivíduos fragilizados na estrutura social (Ayres, 1997, 1999; Mann et al., 1993; Parker, 1997, 2002b).

Mann et al. (1993) definiram três modos interdependentes de avaliar a vulnerabilidade de grupos e indivíduos à infecção pelo HIV. A vulnerabilidade individual, que diz respeito à ação individual ante a situação de risco; a vulnerabilidade social, que reflete o acesso à estrutura de oportunidades sociais, econômicas, culturais; e a distribuição desigual de recursos simbólicos e materiais disponíveis.

Esses fatores se entrelaçam e sustentam as condições diante das quais se instalam as necessidades de ações programáticas que, desse ponto de vista, têm em conta aqueles aspectos que são renegados, em grande medida, pelos modelos médico e epidemiológico. De outro lado, está contida nessa estratégia a concepção de superação das condições por meio da capacidade criativa das pessoas, em interlocução com as políticas públicas voltadas para o fortalecimento de grupos subalternizados.

Nesse sentido, a inovação do conceito e sua operacionalização nas práticas residem na busca por suplantar os limites tradicionais alcançados pelo sistema de saúde, que, com frequência, deixam de problematizar o significado dos contextos sociais, da estigmatização e da pauperização vivenciadas pelas pessoas a quem destinam suas intervenções.

A tradução da ideia de risco, enfatizada pelos discursos epidemiológicos, não opera fora do contexto social mais amplo (Barreda & Isnardi, 2006). A maneira como os indivíduos são interpelados a reconhecer o convívio com o risco a aids não abarca vários outros sentidos da existência precária no trabalho, na residência, nem outros possíveis aspectos do cotidiano, como a violência e o acesso restrito a bens e serviços. Desse modo, se torna fundamental refletir sobre como a palavra “risco” adquire uma significação complexa em sua tradução nos modos de vida em que a proteção passa longe das condições de existência.

O trabalho do agente de saúde de prevenção de DST e aids traz aspectos não considerados pelo modelo médico-epidemiológico, como as condições e significações que a prevenção adquire nas práticas cotidianas. Passam a atuar não propriamente sobre a doença, mas responsabilizados para lidar com a esfera da reconstrução das crenças, dos mitos e fantasias que permeiam as atitudes individuais e coletivas que constroem a epidemia de aids.

As interações dos agentes de saúde com os discursos sobre prevenção divulgados nas capacitações, nos encontros e seminários sobre DST e aids promovidos em nível estadual e federal, vêm contribuindo para contornar a dificuldade do Estado em lidar com esse

novo ator das políticas de saúde a fim de direcionar suas práticas. Na maioria das vezes apartados da equipe dos serviços de saúde e sem vínculos trabalhistas com o sistema público, esses profissionais são rendidos a valores alheios às diretrizes políticas oficiais e apresentam entraves ao domínio do saber necessário a sua profissionalização.

Os agentes de saúde com quem convivi são provenientes das classes populares e geralmente possuem nível médio de escolaridade, exceto Conceição, que possui nível superior e mantinha uma jornada de 40 horas semanais no PRRD. Todos os demais, exerciam outras atividades profissionais durante o dia, como Luana, cabeleireira e, nas noites de sábado, *hostess* e artista de uma boate GLS; Lúcia complementava a renda com a pensão alimentícia do pai de suas crianças e bicos de faxineira; Carlos trabalhava como torneiro mecânico em uma indústria metalúrgica; Lucas trabalhava numa floricultura no centro de Charmosa; seu José, o motorista do PRRD, acumulava o mesmo cargo na SMS. Aparecida exercia, no escritório de uma empresa de sua família, o trabalho de secretária. Pedro trabalhava como auxiliar técnico no Hospital das Clínicas de Charmosa. Os funcionários do PRRD, sem vínculos trabalhistas com o sistema de saúde, recebiam em torno de 400 reais para uma jornada noturna de trabalho de 20 horas semanais.

Percebi, no convívio com os agentes de saúde, que várias motivações guiavam seus trabalhos, entre elas, a satisfação em atender situações que melhoram a vida das pessoas. De outro lado, entre os mexericos cotidianos, aparecem situações conflituosas com as pessoas atendidas e também com a gestão do programa que, aos seus olhos, não davam importância para as suas ações.

Esse discurso era mais enfático quando observado da perspectiva acerca da relação com a gestão do PM-DST/Aids e do PRRD. O PRRD, sendo executado por uma Oscip, após as capacitações iniciais do projeto levadas a cabo pela equipe do PM-DST/Aids, mantinha uma distância operacional dos demais membros das políticas para aids do município, sendo o elo entre os programas substituído pela supervisão do PRRD.

A falta de apoio da gestão do programa ao trabalho realizado pelo agente de saúde noturno era um fator que gerava insatisfação entre os profissionais. As relações entre o PM-DST/Aids e o PRRD passaram a ser mais técnicas, exercendo um controle mais burocrático das prestações de contas da instituição que executava o PRRD, como a questão financeira, que envolvia o convênio com o município, e a contabilidade gerada pelas abordagens dos agentes, relacionada à distribuição de insumos, números de pessoas acompanhadas, registros de intercorrências no campo.

Em tom de desabafo, Pedro comentou a dificuldade de colocar em prática vários projetos de que tomava conhecimento nos encontros voltados para a discussão da política de prevenção promovidos em nível nacional e estadual. O engajamento em participar de atividades formativas, treinamentos, capacitações, eventos, congressos, rodas de conversas, aliado a sua inserção como profissional da área de saúde, garantiu a ele tornar-se referência entre os funcionários do PRRD para diferentes atividades para os quais o programa era convidado. Por exemplo, as palestras e treinamentos sobre prevenção de DST e aids nos cursos de auxiliar de enfermagem, nas empresas interessadas em divulgar o discurso preventivo entre os seus funcionários, em escolas públicas ou particulares de nível médio, entre os demais profissionais da saúde local, ou, ainda, quando se tratava de expor as atividades realizadas pelo PRRD nos encontros regionais, estaduais ou nacionais da área de prevenção.

O silenciamento das ideias e a pouca importância dada ao trabalho dos agentes, por vezes, permitiu uma frouxidão em relação às suas responsabilidades e um desengajamento no cotidiano do trabalho. A falta de programação das ações, a baixa resolutividade do trabalho e o silenciamento das ideias trazidas pelos profissionais, além da precariedade da remuneração, são integrantes da *vulnerabilidade programática* na promoção da prevenção, e revela entraves na condução da política pública, que surtiram efeito na sua descontinuidade, em meados de 2011.

Antes de avançarmos para a descrição das características das interações da equipe do PRRD e as populações, sobretudo as tra-

vestis, apresento as características das respostas institucionais à epidemia de aids em Charmosa, que levaram à criação, em 1998, do Programa Municipal de DST, Aids e Hepatites de Charmosa e, como uma de suas extensões, do PRRD, em 2002.

O Programa Municipal de DST, Aids e Hepatites de Charmosa

O primeiro caso registrado de aids na cidade de Charmosa ocorreu em 1985, em um paciente atendido no Hospital das Clínicas da Secretaria Estadual, ligado à Faculdade de Medicina de Charmosa. Até o final da década de 1990, não existiam ações para o enfrentamento da doença no âmbito da Secretaria Municipal da Saúde. As ações eram restritas à vigilância e assistência ambulatorial, por intermédio do hospital e do Núcleo de Gestão Assistencial, que respondem à administração estadual, e a ênfase recaía sobre o tratamento e a internação de pessoas acometidas por estágios avançados da doença, além de responder ao acompanhamento e produção do saber sobre a epidemia.

Em 1998 surgiu o Programa Municipal de DST, Aids e Hepatites de Charmosa (PM-DST/Aids), dezesseis anos após o surgimento do Programa Estadual de DST e Aids de São Paulo (1985) e quatro anos depois do início das atividades de descentralização das respostas institucionais de enfrentamento a aids no país, levadas a cabo pelos convênios firmados com o Programa Nacional de DST e Aids do Ministério da Saúde, que financiou ações de prevenção em 26 estados e o Distrito Federal, e 177 municípios estratégicos, entre os quais se incluía Charmosa.

A principal fonte de recursos para o enfrentamento da doença, nesse período, foi proveniente dos acordos de empréstimos do Banco Mundial ao governo brasileiro conhecido como Aids I e Aids II, que, juntos, totalizaram mais de 350 milhões de dólares. Os acordos favoreciam iniciativas de prevenção entre populações específicas, como usuários de drogas injetáveis, profissionais do

sexo e homens que fazem sexo com homens, além de privilegiar o repasse de recursos para organizações não estatais para a execução da política.

A SMS elaborou o Plano Operativo Anual (POA), previsto no acordo do Ministério da Saúde com o Banco Mundial, privilegiando, inicialmente, ações de capacitação de profissionais envolvidos e a organização de ações de prevenção pela coordenação local do PM-DST/Aids. Essas ações eram levadas a cabo pontualmente, em datas significativas como o Dia de Luta Contra a Aids, Carnaval, ou em locais específicos, como o terminal urbano rodoviário. No início, o PM-DST/Aids dedicava uma atenção especial aos jovens, sendo multiplicadas as iniciativas de divulgação do discurso preventivo nas escolas públicas, por meio de reuniões com educadores e gestores.

Nesse período, junto com o programa, foi estruturada uma Comissão Municipal de Aids, que respondia à recomendação do Banco Mundial para a participação da sociedade civil na elaboração e implementação do programa, e envolvia diferentes atores das secretarias municipais, da Faculdade de Medicina de Charmosa, representantes da Diretoria Regional da Secretaria Estadual da Saúde, entidades assistenciais para usuários de drogas, representantes da educação e das indústrias, representantes de Comissões Internas de Prevenção de Acidentes (Cipas), entre outros. Entretanto, essa comissão ficou restrita à necessidade de viabilizar o financiamento do Banco Mundial, e teve um papel periférico na definição das estratégias de atuação do programa recém-constituído. Atualmente, encontra-se desativada, sendo o Conselho Municipal da Saúde o canal privilegiado para o controle social do programa.

As reuniões da Comissão Municipal de Aids eram realizadas uma vez por mês, com um envolvimento flutuante dos atores. Relatos apontam que o espaço foi se tornando uma referência para educação em saúde dos participantes, enfatizando mais a divulgação de discursos preventivos do que a participação social, capaz de direcionar questões para o enfrentamento da doença no cenário

mais amplo do município. Diferentemente dos Programas Nacional e Estadual de DST/Aids, que se beneficiaram das técnicas e relações de poder com os movimentos sociais, o mesmo não ocorreu em Charmosa, sendo a discussão e elaboração do programa centralizado nos técnicos da SMS.

Conforme relato de Vanessa, coordenadora do PM-DST/Aids, a participação da equipe da SMS e de membros da Comissão Municipal de Aids no IV Congresso Brasileiro de Prevenção em DST e Aids: Descentralização e Sustentabilidade, que ocorreu em setembro de 2001, em Cuiabá, permitiu a troca de experiências que suscitaram o desenvolvimento de projetos de prevenção baseados em intervenções educativas de agentes de saúde. Esse encontro acenava para as mudanças nas ações de prevenção no Brasil, que passaram a ser caracterizadas pela autonomia das coordenações locais e pelas iniciativas da sociedade civil organizada.

Assim, a SMS, por meio do PM-DST/Aids e da Coordenação de Atenção Básica, redigiu um projeto para prevenção entre os profissionais do sexo, incluindo mulheres, homens e travestis que se prostituem. Na época, a SMS, beneficiada pelo financiamento do Ministério da Saúde, optou por realizar o projeto a partir de convênio com uma associação privada, sem fins lucrativos, que desenvolvia ações para usuários de drogas e portadores do vírus HIV.

Relatos apontam a existência de uma entidade para pessoas vivendo com a aids desde o final da década de 1980, na cidade de Charmosa. Na época, ela se configurou como uma casa de apoio, um local de moradia para as pessoas acometidas pela doença, que eram excluídas do convívio social e familiar e sem recursos financeiros.

A partir da doação de um terreno da Prefeitura Municipal, essa entidade construiu uma casa que, nesse período, foi uma resposta ao ostracismo e também à inexistência de tratamentos para os doentes. Em meados dos anos 2000, essa entidade ainda existia como pessoa jurídica, mas havia muito tempo que deixara de prestar esse serviço. Suas atividades foram interrompidas tanto

pela morte dos fundadores quanto por mudanças mais amplas, que passaram as respostas para a aids, como a garantia de assistência médica e fornecimento público de medicamentos às pessoas acometidas pela doença.

Em situação de crise, a casa passou a receber ajuda de outra entidade filantrópica, a Legião da Vida, que há mais de 22 anos desenvolve ações para o tratamento de pessoas dependentes de substâncias psicoativas. Com o falecimento dos fundadores da casa e a aproximação dessa organização, a moradia se esfacelou e perdeu seu sentido original, passando, aos poucos, a abrigar pessoas em tratamento de dependência de drogas. As ações para pessoas vivendo com HIV passaram a ser essencialmente domiciliares, com ênfase em assistência social e espiritual, e realização de oficinas terapêuticas, como a confecção de artesanato. Foi com essa configuração que a Legião da Vida foi convidada pela SMS para desenvolver ações de prevenção entre os profissionais do sexo. A SMS já contribuía com as ações desenvolvidas pela associação filantrópica para usuários de drogas, mas, devido à necessidade de contratar os agentes de saúde para o projeto de prevenção entre profissionais do sexo, o termo de convênio com a entidade foi alterado, ajustando-o para a prevenção da aids.

A primeira seleção de agentes de saúde, feita pela entidade, ocorreu em setembro de 2001. O envolvimento dos dirigentes e da equipe da Legião da Vida foi bastante restrito, apenas servindo de ponte para a contratação do serviço. Conforme apontei anteriormente, essa seleção contou com uma prova escrita e entrevistas com a coordenação do PM-DST/Aids.

As incertezas a respeito da manutenção do convênio levaram a SMS a assumir a ação com recursos financeiros próprios. Concomitantemente, em meio a desgastes nas relações entre a coordenação do PM-DST/Aids e equipes técnicas da SMS, ocorreu uma mudança na coordenação, sendo contratada uma enfermeira recém-formada na Faculdade de Medicina de Charnosa, Vanessa, com quem pude conviver e realizar entrevistas.

Em agosto de 2002, os projetos deixados pela antiga coordenação para o apoio do Programa Nacional de DST e Aids² passaram a ser executados. Esses projetos tinham a duração de 12 meses e visavam a implantar ações de prevenção entre homens que fazem sexo com homens e usuários de drogas injetáveis. Assim, em julho de 2002, ocorreu novo processo seletivo para contratação de quatro agentes de saúde para população de UDI, dois para HSH, e um supervisor de campo. Da primeira equipe, ficaram três agentes de saúde, com as quais pude conviver, sendo que uma delas passou a exercer a função de supervisão de campo. Em agosto de 2002, a equipe era composta de dois agentes HSH, quatro agentes UDI, dois agentes PSX, um motorista e uma supervisora.

Até 2002, o convênio com o Programa Nacional de DST/Aids era baseado em regras pouco flexíveis e excessivamente burocráticas, estabelecidas pelo Banco Mundial e pela legislação brasileira referente a acordos desse tipo. Para se adaptar as exigências que sustentavam as respostas à aids, parte das energias criativas do período foi gasta para seguir a cartilha disciplinadora para o minucioso planejamento administrativo dos projetos e prestação de contas. Ao mesmo tempo, alguns municípios do estado de São Paulo passaram a se empenhar na apropriação do conhecimento técnico das negociações para a captação de recursos, mas não priorizavam, necessariamente, ações para o controle da epidemia (Barbosa, 2006).

No final de 2002, foi instituído o Incentivo aos Estados, Distrito Federal e Municípios (Portaria Ministerial nº 2.313), aprofundando o processo de descentralização das respostas governamentais para aids no Brasil, instituindo-se a política de transferência fundo a fundo. Essa modalidade buscou contornar a excessiva burocratização e centralização das ações, e eram previstas no novo financia-

2. Passo a usar o nome Programa Nacional de DST/Aids (PN-DST/Aids) para me referir à organização nacional da resposta institucional a aids, estruturada no Ministério da Saúde. Conforme Galvão (2000), ao longo de sua história, o programa recebeu diferentes nomes e, atualmente, é levado a cabo pelo Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais.

mento do governo brasileiro com o Banco Mundial, o Projeto Aids III. Os recursos passaram a ser transferidos do Fundo Nacional de Saúde aos fundos estaduais e municipais de saúde.³ A nova forma de financiamento permitiu a pactuação dos Planos de Ações e Metas (PAM), que definem metas e responsabilidades de cada nível de governo. Os Planos de Ações e Metas são instrumentos de planejamento e monitoramento das metas e ações propostas e da execução financeira dos programas de DST e aids.

A partir de 2003, os três projetos de prevenção de aids de Charmosa foram integrados em um Programa de Redução de Riscos e Danos em DST/Aids, e passou a ser pactuado nos Planos de Ações e Metas com o financiamento de recursos federais e com a contrapartida própria do município.⁴ De outro lado, ocorreu uma mudança de entidade para a execução do PRRD, sendo realizado um convênio com a Oscip, Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina de Charmosa.

Mesmo quando os entraves para a execução do programa foram reduzidos, a partir da nova política de incentivo, o município prosseguiu com a estratégia de contratar os agentes por meio de convênio com entidades privadas que exercem funções públicas.

-
3. Os 26 estados, o Distrito Federal e 456 municípios estão atualmente habilitados na política de incentivo, conforme estima o Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde. O total de recursos repassados anualmente é de R\$ 125,7 milhões, sendo R\$ 101,3 milhões destinados às ações das secretarias estaduais e municipais, R\$ 22 milhões para organizações da sociedade civil e R\$ 2,4 milhões para a disponibilização de fórmula infantil, alternativa ao leite materno, para as crianças verticalmente expostas ao HIV, filhas de mães soropositivas. Esses municípios respondem a uma abrangência de 62% da população nacional e 89% dos casos de aids registrados no país. Fonte: <<http://www2.aids.gov.br/incentivo/>>. Acesso em 1º/11/2011.
 4. Conforme o PAM-2012, o Programa Municipal de DST, Aids e Hepatites de Charmosa prevê recursos de R\$ 385.377,38, sendo que R\$ 242.377,38 são repassados pelo incentivo fundo a fundo e R\$ 143.000,00 relativos a recursos próprios. Cerca de metade (55,53%) desses recursos são direcionados a promoção, prevenção e proteção, 38,76% para diagnóstico, tratamento e assistência, 5,19% para gestão, desenvolvimento humano e institucional e 0,52% para parcerias com organizações sociais.

Vanessa relatou que o contexto de desenvolvimento da Estratégia Saúde da Família, no mesmo molde, foi um fator importante para a opção do convênio. Os governos, a fim de não transgredirem a lei de responsabilidade fiscal, que determina um teto para gastos com folhas de pagamentos de funcionários, considerou essa alternativa mais viável para a expansão dos recursos humanos da rede de atenção básica de saúde.

O relato de Vanessa apontou também a necessidade de deter um maior controle sobre o perfil e a qualidade das ações dos agentes de saúde, como a garantia de respeito às diferenças e a possibilidade de demissão de funcionários não adaptados ao projeto, o que se torna mais difícil com funcionários públicos de carreira.

Concomitante à organização das ações de prevenção, o município passou a realizar a apropriação dos serviços de testagem e diagnóstico das DST, aids e hepatites, a produção do saber sobre a epidemia e, posteriormente, a assistência médica e ambulatorial aos portadores do vírus HIV.

Essas ações se iniciaram em agosto de 2002, quando o antigo Centro de Orientação e Apoio Sorológico (Coas), que funcionava no Núcleo de Assistência e Gestão (NGA), denominado posteriormente de Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), foi incorporado à SMS, composto por uma equipe inteiramente nova e constituída de servidores públicos municipais capacitados pela Coordenação Estadual de DST/Aids, em 2002. A nova equipe do CTA contava com duas enfermeiras, uma psicóloga e uma auxiliar de escrita.

Em fevereiro de 2003, tanto o PRRD quanto o CTA passaram por mudança, após o término das adaptações do prédio do Núcleo de Vigilância à Saúde, que possibilitou a oferta de exames para hepatite B, hepatite C, sífilis e sorologia para HIV. Nessa mudança, foi criado um ambulatório municipal de moléstias infecciosas⁵ e as

5. Desde meados de setembro de 2009, passou a ser denominado Serviço de Atendimento Especializado em DST/Aids (SAE), e o serviço alocou-se em um novo endereço, em um bairro nobre da cidade. O SAE aglomera o ambulatório municipal de moléstias infecciosas e um CTA; até o fim desta pesquisa, a

peças diagnosticadas por patologias no CTA passaram a ser acompanhadas na mesma unidade para o tratamento das doenças.

A descentralização trouxe novas exigências à gestão dos municípios, como a necessidade de aprimorar a capacidade técnica para o conhecimento da epidemia de aids e o planejamento das respostas. Vários atores foram fundamentais para a construção dessa política: a capacidade do gestor municipal em inserir na SMS a atenção a DST e aids, as relações com os interlocutores de DST e aids da Secretaria Estadual da Saúde, o Programa Nacional de DST e Aids e, sobretudo, as ações do Programa Estadual, por meio do Centro de Referência e Treinamento em DST e Aids que, nos relatos dos gestores, aparece como importante para o fomento e apoio técnico para o treinamento dos profissionais locais.

Dessa forma, as respostas locais para o enfrentamento da epidemia de aids não podem ser descoladas das diretrizes e ações da esfera de governo estadual e federal, marcadas por sua vez, pelo diálogo com as iniciativas internacionais. Essas respostas são indissociáveis das forças políticas que interagem e disputam tanto o conhecimento como as ações de enfrentamento.

A partir das particularidades estruturais que marcam a política local, buscarei, a seguir, compreender, aos olhos dos agentes de saúde, as características da organização das respostas para o enfrentamento da doença através da prevenção. Cabe ressaltar a descontinuidade do PRRD no ano de 2011, quando a deterioração dos

equipe era formada de uma enfermeira gerente, uma enfermeira assistencial, três técnicos de enfermagem, um médico clínico geral (40 horas por semana), um médico infectologista (14 horas por semana), uma médica ginecologista (12 horas por semana), uma médica pediatra (8 horas por semana), uma psicóloga (40 horas por semana), um auxiliar de escrita e um auxiliar de serviços gerais. Em meados de 2010, o PRRD abandonou as instalações do Núcleo de Vigilância à Saúde e passou a se localizar na Unidade de Prevenção em Saúde (Upes), na região central da cidade, ao lado do terminal urbano rodoviário. Tal mudança fazia parte de anseios da gestão do PM-DST/Aids de atender as pessoas que circulam na região, com a possibilidade de funcionar em horário comercial, mas o PRRD continuou adotando práticas voltadas para as pessoas mais vulneráveis e exercendo as atividades no período noturno.

relacionamentos da equipe e o descontentamento dos agentes resultam no fim do convênio entre o município e a entidade que conduzia o PRRD.⁶

A distribuição de insumos, o monitoramento e a supervisão do PRRD

Os agentes de saúde do PRRD mantinham em sua rotina de trabalho o preenchimento de dados, utilizados pela gestão para o monitoramento do programa. Esses dados serviam também para justificar a manutenção do convênio do município com o Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva, que executava o PRRD. Os agentes utilizavam planilhas integrantes dos registros do sistema público de saúde básica do município, instrumentos específicos desenvolvidos pelo programa voltados para contabilizar os insumos distribuídos à população e demais procedimentos realizados, como o encaminhamento para a atenção básica.

Esse monitoramento permite uma mensuração quantitativa do trabalho cotidiano e, a ele, soma-se a atividade de supervisão, que consiste na interação entre técnico de saúde e os agentes, baseando-se numa análise mais qualitativa das ações.

A supervisão apresentava-se como estratégia hierárquica para nortear as ações e reconhecer as questões que enviasavam a prática

6. O fim do convênio entre a SMS e a Oscip, Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva, ocorreu em meio à situação de protesto dos agentes de saúde, que se organizaram para uma audiência com o secretário municipal da Saúde em setembro de 2011. Eles se queixaram de assédios morais no trabalho e temas de gestão do cotidiano da prevenção. Após essa audiência, o coordenador da Oscip reconheceu a dificuldade da instituição em manter o convênio e gerir o PRRD, dissolvendo o contrato com a SMS e demitindo todos os funcionários. Há tempos, os agentes de saúde falavam sobre uma possível mudança de instituição que iria gerir seu trabalho, mencionavam uma maternidade que vem contratando os agentes comunitários de saúde da Estratégia Saúde da Família como uma alternativa para absorver a equipe. O trabalho permaneceu descontinuado até outubro de 2012.

dos agentes de saúde, buscando dissipar dúvidas, alterar práticas e organizar o trabalho dos profissionais entre a população. Para tanto, utilizava visitas em campo, subsidiava o controle dos registros institucionais, a provisão dos insumos e orientava as discussões da equipe, quando se reuniam para esse fim. Essa instância, no PRRD, representava o elo entre agentes de saúde e questões trazidas pelo seu trabalho para a coordenação do PM-DST/Aids, bem como a integração do PRRD com os serviços de atenção básica do município; assim, quando, por exemplo, uma pessoa atendida pelo agente de saúde requeria um encaminhamento para as unidades básicas de saúde, a supervisão intervia para o agendamento nos serviços.

A supervisão também acompanhava e sistematizava os instrumentos de monitoramento do PRRD. Apresentarei os dados mobilizados nessa prática para uma reflexão sobre os resultados alcançados pelo programa. Na verdade, esses dados representam o compromisso do programa com o imediato e o concreto das intervenções.

Por meio das informações obtidas, a partir dos registros do PRRD, podemos verificar a dimensão da distribuição de insumos e procedimentos realizados, com destaque aos encaminhamentos para unidades básicas de saúde ou para o Serviço Especializado em DST e Aids (SAE). Apesar de serem instrumentos válidos para mensurar o trabalho, passam longe de um julgamento sobre os efeitos produzidos e o significado que a prática adquire entre os indivíduos alcançados pelas intervenções.

Parte desses dados foi repassada por Conceição, sendo ela responsável pela contabilização final dos registros produzidos pelos agentes de saúde, e compreende o período de 2007, 2008 e a contagem de janeiro a julho de 2009. Eles deveriam subsidiar uma reunião de balanço sobre o trabalho realizado pelos agentes no primeiro semestre de 2009, apresentando um cenário abrangente do que vinha sendo feito.

Naquela situação, a maioria dos agentes de saúde nem deu atenção quando receberam as tabelas, mal folhearam o documento

e o guardaram entre os seus materiais; afinal, caminhava para as 23 horas, quando se encerrava a jornada de trabalho, e todos estavam dispersos. A supervisora, deparando-se com o embarço, foi enfática, chamando a atenção geral: “Isso não é pra ficar guardado. É para ler e interpretar, ver o que está acontecendo, porque mais, porque menos”. Depois, marcou para a segunda-feira seguinte uma conversa sobre aqueles dados e números. Pude, a partir da observação da reunião, realizar apontamentos sobre a prática de distribuição de insumos e encaminhamentos, e como os agentes problematizam suas atuações.

Acrescentei tabelas para o ano de 2005 a partir de dados que subsidiavam o resumo das atividades apresentadas pelo PRRD numa edição da Mostra Nacional de Experiências Bem-Sucedidas em Epidemiologia, Prevenção e Controle de Doenças, que conferiu uma premiação no valor de 30 mil reais, por intermédio do Teto Financeiro da Vigilância em Saúde.

As demais tabelas, referentes a 2002, 2003 e 2004, foram acessadas nos relatórios de gestão produzidos pela coordenação do PM-DST/Aids para serem levados à avaliação do Conselho Municipal da Saúde e consolidados como resultados alcançados pelas áreas técnicas que compõem a SMS. Percebem-se inconsistências na apresentação dos procedimentos e insumos distribuídos pelos agentes de saúde, sendo alguns relatórios apresentados com mais detalhes e outros com um olhar mais geral.

Tabela 1 – Total de distribuição de insumos e procedimentos na prevenção das DST e aids, 2002

<i>Agentes de saúde</i>	<i>P. M. ⁽¹⁾</i>	<i>P. F. ⁽²⁾</i>	<i>Kit R.D. ⁽³⁾</i>	<i>Gel T. ⁽⁴⁾</i>	<i>Gel S. ⁽⁵⁾</i>	<i>Abordagens Grupo ⁽⁶⁾</i>	<i>Abordagens ⁽⁷⁾</i>	<i>Enc. ⁽⁸⁾</i>
Agentes de prevenção – PSX*	58.054 (86,5%)	–	–	–	–	30 (62,5%)	2.157 (62,7%)	244 (68%)
Agentes de prevenção – HSH**	2.838 (4,2%)	–	–	–	–	12 (25%)	510 (14,8%)	60 (16,7%)
Agentes de prevenção – UDJ**	6.231 (9,3%)	–	–	–	–	6 (12,5%)	770 (22,5%)	55 (15,3%)
Total	67.123 (100%)	–	–	–	–	48 (100%)	3.437 (100%)	359 (100%)

(1) Preservativos masculinos

(2) Preservativos femininos

(3) Kits de redução de danos

(4) Gel tubo (40g)

(5) Gel sachê (5g)

(6) Ações educativas em grupo. O PRRD considera grupo quando três ou mais pessoas participam de dinâmica ou exposição oral com apoio de materiais educativos sobre métodos de prevenção às DST / Aids, planejamento familiar, uso de drogas, saúde bucal ou outros temas esco-
lhidos pela população.

(7) Abordagens individuais

(8) Encaminhamentos para Unidades de Saúde de Atenção Básica

* Número estimado para 12 meses, com base na produção do período de agosto a dezembro de 2002. A população abordada inclui travestis, mulheres e homens que exercem a prostituição

** Referente ao período de agosto a dezembro de 2002

Tabela 2 – Total de distribuição de insumos e procedimentos na prevenção das DST e aids, 2003

<i>Agentes de saúde</i>	<i>P. M.⁽¹⁾</i>	<i>P. F.⁽²⁾</i>	<i>Kit R.D.⁽³⁾</i>	<i>Gel T.⁽⁴⁾</i>	<i>Gel S.⁽⁵⁾</i>	<i>Abordagens Grupo⁽⁶⁾</i>	<i>Abordagens⁽⁷⁾</i>	<i>Enc.⁽⁸⁾</i>
Agentes de prevenção – PSX***	74.675 (75%)	393 (100%)	–	103 (20,2%)	131 (20%)	252 (44%)	–	105 (24%)
Agentes de prevenção – HSH***	10.312 (10%)	–	–	409 (79,8%)	600 (82%)	233 (41%)	–	289 (66%)
Agentes de prevenção – UDI	16.755 (15%)	–	233 (100%)	–	–	88 (15%)	–	46 (10%)
Total*	101.742 (100%)	393 (100%)	233 (100%)	512 (100%)	731 (100%)	573 (100%)	2736 (100%)	440 (100%)

(1) Preservativos masculinos

(2) Preservativos femininos

(3) Kits de redução de danos

(4) Gel tubo

(5) Gel sachê

(6) Ações educativas em grupo

(7) Abordagens individuais

(8) Encaminhamentos para Unidades de Saúde de Atenção Básica

* Número para 12 meses, com base na produção do período de janeiro a dezembro de 2003

** Inclui travestis e mulheres que exercem a prostituição

*** Inclui garotos de programa

Tabela 3 – Total de distribuição de insumos e procedimentos na prevenção das DST e aids, 2004

<i>Agentes de saúde^(a)</i>	<i>P. M.⁽¹⁾</i>	<i>P. F.⁽²⁾</i>	<i>Kit R.D.⁽³⁾</i>	<i>Gel T.⁽⁴⁾</i>	<i>Gel S.⁽⁵⁾</i>	<i>Abordagens Grupo⁽⁶⁾</i>	<i>Abordagens⁽⁷⁾</i>	<i>Enc.⁽⁸⁾</i>
Agentes de prevenção – PSX**	–	–	–	–	–	–	3.689 (52,8%)	123 (69,1%)
Agentes de prevenção – HSH***	–	–	–	–	–	–	2.331 (33,4%)	45 (25,3%)
Agentes de prevenção – UDI	–	–	–	–	–	–	961 (13,8%)	10 (5,6%)
Total*	84.956	645	301	1.304****	–	–	6.981 (100%)	178 (100%)

(1) Preservativos masculinos.

(2) Preservativos femininos

(3) Kit de redução de danos

(4) Gel tubo (40g)

(5) Gel sachê (5g)

(6) Ações educativas em grupo

(7) Abordagens individuais

(8) Encaminhamentos para Unidades de Saúde de Atenção Básica

* Número para 12 meses com base na produção do período de janeiro a dezembro de 2004

** Inclui travestis e mulheres que exercem a prostituição

*** Inclui garotos de programa

**** O dado inclui gel sachê e gel tubo

(a) A tabela não apresenta os números da distribuição de insumos por categoria de agente devido à falta desses dados nos relatórios de gestão do

Tabela 4 – Total de distribuição de insumos e procedimentos na prevenção das DST e aids, 2005

<i>Agentes de saúde^(a)</i>	<i>P. M.⁽¹⁾</i>	<i>P. F.⁽²⁾</i>	<i>Kit R. D.⁽³⁾</i>	<i>Gel T.⁽⁴⁾</i>	<i>Gel S.⁽⁵⁾</i>	<i>Abordagens Grupo⁽⁶⁾</i>	<i>Abordagens⁽⁷⁾</i>	<i>Enc.⁽⁸⁾</i>
Agentes de prevenção – PSX***	–	–	–	–	–	–	1.112 (50,8%)	–
Agentes de prevenção – HSH***	–	–	–	–	–	–	584 (26,7%)	–
Agentes de prevenção – UDI	–	–	–	–	–	–	492 (22,5%)	–
Total*	70.580 (100%)	568 (100%)	514 (100%)	603 (100%)	–	–	2.188 (100%)	178 (100%)

- (1) Preservativos masculinos
- (2) Preservativos femininos
- (3) Kit de redução de danos
- (4) Gel tubo (40g)
- (5) Gel sachê (5g)
- (6) Ações educativas em grupo
- (7) Abordagens individuais
- (8) Encaminhamentos para Unidades de Saúde de Atenção Básica

* Número para 12 meses com base na produção do período de janeiro a dezembro de 2005

*** Inclui travestis e mulheres que exercem a prostituição

**** Inclui garotos de programa

(a) A tabela não apresenta os números da distribuição de insumos por categoria de agente e encaminhamentos devido à falta desses dados nos relatórios de gestão do PRRD

Tabela 5 – Total de distribuição de insumos e procedimentos na prevenção das DST e aids, 2007

<i>Agentes de saúde</i>	<i>P. M. (1)</i>	<i>P. F. (2)</i>	<i>Kit R.D. (3)</i>	<i>Gel T. (4)</i>	<i>Gel S. (5)</i>	<i>Abordagens Grupo (6)</i>	<i>Abordagens (7)</i>	<i>Enc. (8)</i>
Agentes de prevenção – PSX**	51.766 (57,5%)	335 (70,5%)	0	265 (43,6%)	1.466 (45,6%)	–	3.624 (45,5%)	39 (75%)
Agentes de prevenção – HSH***	21.435 (23,7%)	0	0	342 (56,4%)	1.747 (54,4%)	–	2.984 (37,5%)	7 (13,5%)
Agentes de prevenção – UDI	16.957 (18,8%)	140 (29,5%)	333	0	0	–	1.353 (17%)	6 (11,5%)
Total*	90.158 (100%)	475 (100%)	333 (100%)	607 (100%)	3.213 (100%)	–	7.961 (100%)	52 (100%)

(1) Preservativos masculinos

(2) Preservativos femininos

(3) Kit de redução de danos

(4) Gel tubo (40g)

(5) Gel sachê (5g)

(6) Ações educativas em grupo

(7) Abordagens individuais

(8) Encaminhamentos para Unidades de Saúde de Atenção Básica

* Número para 12 meses com base na produção do período de janeiro a dezembro de 2007

** Inclui travestis e mulheres que exercem a prostituição

*** Inclui garotos de programa

Tabela 6 – Total de distribuição de insumos e procedimentos na prevenção das DST e aids, 2008

<i>Agentes de saúde^(a)</i>	<i>P. M⁽¹⁾</i>	<i>P. F.⁽²⁾</i>	<i>Kit R.D.⁽³⁾</i>	<i>Gel T.⁽⁴⁾</i>	<i>Gel S.⁽⁵⁾</i>	<i>Abordagens Grupo⁽⁶⁾</i>	<i>Abordagens⁽⁷⁾</i>	<i>Enc.⁽⁸⁾</i>
Agentes de prevenção – PSX**	48.942 (59,2%)	204 (70,8%)	0	178 (46,3%)	608 (26,8%)	–	2.673 (41,7%)	3 (15,8%)
Agentes de prevenção – HSH***	17.452 (21,2%)	0	0	207 (53,7%)	1.661 (73,2%)	–	2.501 (39%)	15 (79%)
Agentes de prevenção – UDI	16.183 (19,6%)	84 (29,2%)	273 (100%)	0	0	–	1.235 (19,3%)	1 (5,2%)
Total*	82.577 (100%)	288 (100%)	273 (100%)	385 (100%)	2.269 (100%)	–	6.409 (100%)	19 (100%)

(1) Preservativos masculinos

(2) Preservativos femininos

(3) Kit de redução de danos

(4) Gel tubo (40g)

(5) Gel sachê (5g)

(6) Ações educativas em grupo

(7) Abordagens individuais

(8) Encaminhamentos para Unidades de Saúde de Atenção Básica

* Número para 12 meses com base na produção do período de janeiro a dezembro de 2008

** Inclui travestis e mulheres que exercem a prostituição

*** Inclui garotos de programa

Tabela 7 – Total de distribuição de insumos e procedimentos na prevenção das DST e aids, 2009

Agentes de saúde ^(a)	P. M. ⁽¹⁾	P. F. ⁽²⁾	Kit R.D. ⁽³⁾	Gel T. ⁽⁴⁾	Gel S. ⁽⁵⁾	Abordagens Grupo ⁽⁶⁾	Abordagens ⁽⁷⁾	Enc. ⁽⁸⁾
Agentes de prevenção – PSX**	30.442 (48,9%)	174 (71,9%)	–	149 (38,7%)	20 (1,6%)	–	1.771 (39,7%)	7 (35%)
Agentes de prevenção – HSH***	13.656 (22%)	0	–	236 (61,3%)	1.162 (94%)	–	1.489 (33,3%)	7 (35%)
Agentes de prevenção – UDI	18.143 (29%)	68 (28,1%)	50 (100%)	–	55 (4,4%)	–	1.203 (27%)	6 (30%)
Total*	62.241 (100%)	242 (100%)	50 (100%)	385 (100%)	1.237 (100%)	–	4.463 (100%)	20 (100%)

(1) Preservativos masculinos

(2) Preservativos femininos

(3) Kit de redução de danos

(4) Gel tubo (40g)

(5) Gel sachê (5g)

(6) Ações educativas em grupo

(7) Abordagens individuais.

(8) Encaminhamentos para Unidades de Saúde de Atenção Básica

* Número para 6 meses com base na produção do período de janeiro a julho de 2009

** Inclui travestis e mulheres que exercem a prostituição

*** Inclui garotos de programa

Os dados são resultados da compilação dos registros produzidos por cada agente de saúde em relação aos atendimentos à população, conforme segue:

1 – Preenchimento de Planilha de Atendimentos Básicos da Unidade: são inseridos os dados da data de atendimento, o código de procedência (que descreve se foi uma abordagem individual ou coletiva), a data de nascimento e o nome completo do usuário de saúde, bem como o sexo, tipo de atendimento (se se trata de uma primeira abordagem ou se o indivíduo já foi atendido pelo programa), o grupo de atendimento (os agentes selecionavam os códigos de HSH, PSX e UDI, mesmo que as populações não sejam assignadas nem se reconheçam por essas nomenclaturas), segue-se a atividade profissional do responsável pelo atendimento, isto é, do agente de saúde.

Essa planilha subsidia a alimentação do Sistema de Informação Ambulatorial Local (Sial). O Sial é uma ferramenta difundida pelo Ministério da Saúde utilizada para gerir os serviços e as morbidades atendidas pelas equipes de atenção básica. Os dados são digitados em cada unidade de saúde e repassados a cada mês para a SMS, que os compilam para o aporte de recursos financeiros para o sistema de saúde municipal.

O trabalho de digitação dos dados no Sial era, geralmente, realizado por Pedro e Aparecida. Eles auxiliavam os membros da equipe que manifestavam dificuldades no manuseio do computador, nas reuniões de segunda-feira. Conceição tinha bom domínio das ferramentas do aplicativo e, esporadicamente, sentava-se ao lado dos demais agentes para auxiliar no preenchimento de dados. Lucas, Carlos, Lúcia e Luana, na maioria das vezes, eram tacanhos e sem agilidade com os teclados, apenas ditavam os dados, que eram rapidamente inseridos no sistema por Pedro e Aparecida. Lúcia revelava maior dificuldade; sua insegurança com o computador era tamanha que nem se aproximava dos teclados, mesmo quando recebia estímulos para aprender na prática, ao lado dos agentes que

a acompanhavam. Ela recorrentemente manifestava a necessidade de fazer um cursinho de informática.

2 – Preenchimento da Planilha de Atendimento Diário: consiste no documento que descreve as atividades de cada noite em campo, em que se adiciona o número de pessoas abordadas conforme as seguintes categorias: homossexual masculino, homossexual adolescente, homossexual feminino, bissexual masculino, bissexual feminino, profissional do sexo masculino, profissional do sexo feminino, profissional do sexo adolescente, travesti, michê, UDI, usuário de álcool, usuário de *crack*, usuário de drogas, outros – população geral. A quantidade de insumos distribuídos para cada grupo: preservativos masculinos, preservativos femininos, gel sachê, gel tubo e kit de redução de danos.

3 – Planilha de Fechamento do Mês: documento no qual os agentes de saúde registravam a quantidade de insumos retirados (preservativos masculinos, preservativos femininos, gel sachê, gel tubo, kits de redução de danos), a quantidade distribuída, bem como o saldo dos insumos. Nesse registro, reiteram-se os números de pessoas abordadas que constam no Sial e os encaminhamentos realizados para unidades básicas de saúde com o nome do usuário, a data do encaminhamento e a unidade de saúde de destino.

4 – Adicionalmente, destaco o *controle da provisão de insumos*. Além de os agentes prestarem contas dos insumos retirados, a supervisão mantinha registros próprios que visavam dimensionar os insumos necessários às intervenções. Como a Planilha de Gel e a Planilha de Preservativos Masculinos, femininos e kit redutor de danos.

Um primeiro apontamento que faço, acerca da prática de monitoramento que subsidia a elaboração das tabelas apresentadas, diz respeito às categorias empregadas pelo programa nas Planilhas de Atendimento Diário para identificar os usuários. A despeito de

incluir algumas categorias que ultrapassam os grupos de profissionais do sexo (PSX), usuário de drogas injetáveis (UDI) e homens que fazem sexo com homens (HSH), fortemente calcadas em referenciais epidemiológicos, a compilação desses registros para a instituição nunca foi relevante e demonstra a dificuldade da saúde pública para lidar com aspectos culturais que constituem os diferentes contextos e identidades que a população vivencia.

Na hora de compilar os dados, eram apresentados genericamente, sob a alcunha da categoria de trabalho dos agentes, isto é, ressaltava-se o número de abordagens e procedimentos de agentes de saúde da população de PSX, HSH e UDI, e não o contexto e as referências culturais daqueles que recebiam a intervenção. Por isso, existia também um desconhecimento sobre o perfil dos usuários desse serviço; um exemplo: o campo dos agentes de saúde para a população de UDI, que abarcava os territórios de favelas e o amplo tecido social que as constituem, moradores idosos, adolescentes, mulheres heterossexuais, homens heterossexuais, que não se enquadram na categoria a partir da qual a instituição constitui seu saber e suas práticas educativas, sendo, portanto, não estimados e invisibilizados.

O mesmo ocorria com as travestis, genericamente enquadradas na categoria de *profissionais do sexo*, que abarcava também as mulheres que se prostituem. A não apresentação das travestis como categoria identitária revelava as dificuldades do programa em construir propostas que respeitassem as diferenças. Observei a tendência das agentes de saúde de considerar a categoria travesti como profissão e não subjetividades. Esse discurso aliava-se a uma série de outros enunciados, como *risco ocupacional*, *direitos trabalhistas*, *direitos sexuais*, *cidadania*, *vulnerabilidade*, que permitem observar o enfrentamento de diferentes concepções acerca do trabalho, com as identidades e a prática da prevenção influenciando a normatização da prática como carreira do profissional do sexo.

Nesse sentido, os insumos de prevenção passam a ser vistos como um instrumento de trabalho e proteção. Por outro lado, a racionalidade exigida às práticas sexuais das profissionais do sexo

ainda mantém distante a problematização acerca das relações que envolvem os afetos, os gozos, os prazeres, a confiança, as diferenças entre as parcerias, como os laços das travestis com *clientes fixos*, amantes e maridos.

A categoria homens que fazem sexo com homens (HSH) busca contornar aspectos culturais e políticos carregados de termos como gay, homossexual, bicha, entre outros, a fim de abranger diferentes experiências e práticas sexuais que não se enunciam em identidades sexuais fixas. As referências identitárias acionada pelos HSH são múltiplas, levando em consideração os contextos em que atuam; as expressões corporais, as práticas sexuais, os estilos de gênero, o varão que se enuncia “homem de verdade” e vende serviços sexuais através de trocas monetárias com as “mariconas”, até as bichas, os homossexuais afeminados, entre outros (Perlongher, 1987a, 1987b).

As errâncias sexuais de homens que dramatizam suas *performances* em meio à circulação no espaço público, como as ruas, as praças em busca da troca de olhares que enquadram o encontro sexual, apresentam-se como algo negativo e desestimado nas mensagens preventivas. As categorias das políticas preventivas buscam contornar, por meio de temas hegemônicos e universalistas, as práticas sexuais dos homens que fazem sexo com homens, como direitos humanos, cidadania e homofobia. Esses temas, embora importantes para o enfrentamento das vulnerabilidades dos sujeitos, deixam de ser aprofundados ante as práticas que se apresentam clandestinas e anônimas (Barreda et al., 2010; Perlongher, 1987a, 1987b).

A equipe que trabalhava com HSH intervinha nos territórios fechados e abertos que facilitam o encontro sexual entre HSH. Em Charmosa, os territórios fechados constituem espaços de consumo, onde a frequência é condicionada ao pagamento. Trata-se de duas boates GLS, ambientes onde a experiência de compartilhar o estigma e o estilo de vida criam a possibilidade de vivenciar o encontro com parceiros de mesmo sexo sem as restrições que ocorrem no espaço público comum; a música, a bebida alcoólica, a

disposição interna das luzes e decoração, os shows de *go-go boys*,⁷ *drag queens*,⁸ a disposição dos espaços, banheiros, *darkroom*⁹ agenciam múltiplos frequentadores que interagem, se aproximam e se distanciam a partir da atualização de seus desejos.

Os espaços abertos que eram visitados pelo programa são pontos de circulação noturna onde ocorrem cenas furtivas entre os andantes que se aproximam e se lançam ao encontro sexual, como a praça São Bento e a avenida Esmeralda, que conta com pista de caminhada e uma praça, onde costumam se reunir jovens de diferentes inserções sociais, e nos quais os agentes de saúde esquadri-nhavam aqueles que, conforme Pedro dizia, “dão a pinta”, isto é, revelam o engajamento em busca de sexo com outros homens. A linha ferroviária que corta a cidade abriga, na altura da avenida das Indústrias, entre os muros de empresas que fazem fundo, uma trilha usada pelas pessoas para ir em direção ao centro ou ao bairro.

-
7. *Go-go boys*: rapazes que trabalham no entretenimento de casas noturnas, esculpem seus corpos em função dos ideais normativos de beleza masculina, se exibindo nos palcos e dançando a música valorizando os atributos da masculinidade.
 8. Segundo França & Simões (2005, p.323), *drag queen* designa homens que criam uma personagem travestindo-se de mulheres em determinadas ocasiões, sem necessariamente transformar seus corpos de maneira definitiva, exagerando na composição de formas femininas e de outros meios discursivos. São personagens fundamentais nas boates GLS, como *promoters*, ou *hostesses*, recepcionando os frequentadores, ou como atrações centrais das casas noturnas, em *shows* artísticos. No Brasil, o fenômeno *drag* se expandiu rapidamente para as casas noturnas durante a década de 1990, mas o surgimento dessas personagens pode ser associado com as “*caricatas*”, nos anos 1970, e os *shows* de travestis, muito populares no período. A visibilidade das *drag queens* é surpreendente, muitas são atrações na mídia, personagens centrais nas manifestações, como as Paradas do Orgulho LGBT e, em várias casas noturnas, se observam seus efeitos na composição dos gostos, gestos e atitudes ligadas à dança e à música. Anna Paula Vencato (2005) distingue a prática de montaria, ou seja, as transformações corporais próprias à composição estética das *drag queens* da montagem de gênero das travestis.
 9. Conforme França & Simões (2005, p.319) “quase todas as boates [GLS na cidade de São Paulo] têm seu *darkroom*, o quarto escuro separado que funciona como local para as práticas sexuais de todo o tipo, muitas vezes anônimas”.

Durante a noite, homens mostram furtivamente seus pênis eretos, ou, simulando urinar nas paredes, se oferecem ao olhar de homossexuais afeminados, e se engajam em relações sexuais. Na avenida das Indústrias também ocorre a prostituição viril de Chamosa, onde os michês ficam se exibindo para os carros que circulam e para as pessoas que vão em direção à linha do trem.

Além de atuarem nesses espaços, os agentes que trabalhavam com HSH buscavam constituir um vínculo com as pessoas, passando a visitar suas casas quando ocorria o consentimento. Nessas visitas, que ocorriam em períodos de um ou dois meses, entregavam os insumos de prevenção e acolhiam as queixas de saúde dos usuários do serviço; essas visitas às residências eram estratégias voltadas às pessoas que se enunciam gays, ou homossexuais no cotidiano. Embora os agentes reconhecessem a positividade do vínculo com o usuário, e supunham acessar mais a sua realidade e necessidades de informações de saúde, também se queixavam da limitação para atuar em outros espaços de sociabilidade que favorecem o sexo entre homens. Essas faces da política não encontraram lugar nas reflexões da equipe do PRRD sobre os agenciamentos específicos criados em relação à prevenção, e muito menos para o monitoramento das ações e sua publicidade enquanto política pública.

No caso das travestis, a invisibilidade causada pela categoria abrangente de profissional do sexo não permitiu ao programa apresentar, ao longo de sua história, o número de travestis abordadas. Segundo as agentes de saúde, semanalmente eram atendidas cerca de trinta travestis. Esses números variavam conforme a dinâmica e a mobilidade das travestis pelos territórios de prostituição, e não representavam a diversidade de experiências que a identidade nomeia. As travestis que atuam na prostituição acionam processos de identificação contextualizados e, aos olhos das agentes de saúde, não eram valorizadas, dificultando o saber e o vínculo com elas.

Vanessa, antiga coordenadora do PM-DST/Aids, trouxe, em uma de nossas conversas, um apontamento revelando o limite em que se encontrava a política preventiva para travestis na cidade. Para ela,

existe a necessidade de abarcar no programa as travestis que não são profissionais do sexo, pois, em sua visão, esse foco na profissão do sexo¹⁰ demonstra que a política de saúde lida com as travestis como pessoas perigosas em relação à aids e auxilia a operar normatizações, como a de que travesti só existe enquanto prostituta:

Nosso trabalho está voltado para prevenção, e mais, as travestis estão entrando como profissionais do sexo. Se ela não for profissional do sexo, e muitas não são, elas também estão à margem das políticas. Agora que o programa está entrando em comunidades, que estão encontrando essas pessoas em seus salões de cabeleireiro, ou num bar, voltando do trabalho, que a gente está começando a ter uma abrangência maior para travesti porque até então se não fosse profissional do sexo, e não tivesse na rua fazendo ponto não ia encontrar. Então a questão de tentar capilarizar mais o programa noturno, e a Conceição tem o desejo de ligar ele com o agente comunitário do dia, comunidade por comunidade, conhecer os agentes e integrar, aí a gente vai conseguir mapear melhor, senão, vamos continuar trabalhando na lógica de que travesti é um perigo para aids e precisa logo ser orientado para parar de transmitir e pegar doença. Que é um absurdo e é onde nós estamos hoje em saúde pública. [Vanessa]

Em outra situação, Vanessa lamentou-se sobre o desempenho das agentes de saúde que trabalhavam com as profissionais do sexo. No início da conversa, ressaltou que, mais importante do que o número de abordagens, é a qualidade das relações estabelecidas com cada uma, mas isso não justificava a exclusão de novas pessoas nas abordagens do programa; mencionava que os agentes “acomodaram” suas práticas e deixaram de lado a “qualidade”. Isso lhe causava preocupação. Passou, em seguida, a relatar a “pisada na

10. A categoria travesti adquire o sentido de profissional do sexo na Classificação Brasileira de Ocupações do Ministério do Trabalho (número 5.198) (Leite Júnior, 2008, p.210).

bola” que Aparecida e Luana cometeram em uma casa de prostituição recém-inaugurada, o que era, de certo modo, inesperado, uma vez que para a coordenadora havia um reconhecimento mais positivo das agentes de saúde em relação a essa população.

Existem várias casas de prostituição de mulheres na cidade. Elas se concentram em um bairro de chácaras na zona Leste e nas proximidades do *campus* universitário, como o bairro Morumbi. São apresentadas como “casas de massagens” e “boates” e abrigam mulheres provenientes da cidade e da região. As agentes de saúde apontaram que a permanência das mulheres nessas casas é temporária e, entre um ou dois meses, aparecem novas mulheres atuando. Também ocorre, de tempos em tempos, a mudança de endereço do estabelecimento, o fechamento e a inauguração de novos, às vezes do mesmo dono, mas com nomes e fachadas modificadas. Esse fluxo colocava a necessidade de renovar os esforços para atingir essa população flutuante com os discursos e práticas preventivas.

Não obstante, existia um estreitamento da confiança entre o programa e os donos desses estabelecimentos, alguns dos quais chegavam a facilitar as abordagens aos seus clientes, pois confiavam na manutenção do anonimato pelas agentes de saúde. Segundo Conceição, os donos das casas fechadas não podiam ser considerados cafetões, que estão mais ligados ao universo da rua e da violência e às condições de exploração. Ressaltava que “eles agenciam as meninas, mas elas aceitam também, não são vítimas, só fazem um serviço diferente e recebem algo em troca disso, e elas parecem ser bastante profissionais”.

No convívio com as agentes de saúde de profissionais do sexo, pude observar que a maioria dos atributos considerados prestígio, levantados nas conversas das agentes, referia-se às mulheres que atuavam nas *casas fechadas*. Elas eram motivo de conversas que relatavam impressões acerca da juventude, da beleza, da educação, muitas eram reconhecidas como universitárias, “limpas”, “comportadas”, “profissionais”.

Retornando ao relato sobre a “pisada na bola”, Vanessa disse que Aparecida ficou sabendo, por uma mulher profissional do sexo

que atua nas ruas do centro de Charmosa, da inauguração de uma *casa fechada* no bairro universitário da cidade e, diante da informação, as agentes foram conhecer o espaço. Mas, o que aparentemente parecia ser uma ampliação da atuação das agentes de saúde, mostrou os lapsos de atenção que existia na prática do trabalho. Ao entrarem na casa, abordaram três mulheres e, rapidamente, se retiraram do local. A supervisora, Conceição, aguardava as agentes de saúde na perua Kombi, mas ficou curiosa para conhecer a nova casa de prostituição e, após as agentes retornarem e relatarem o que viram, foi conferir com seus próprios olhos, encontrando 18 mulheres trabalhando, das quais pelo menos 15 não sabiam da presença das agentes de saúde, que, não obstante, tiveram as portas abertas pelo dono do estabelecimento para circular pelo interior da casa e conversar com as mulheres. A esse respeito, Vanessa me dizia:

Isso compromete a saúde do outro e mostra que o agente de saúde não tem um vínculo efetivo, ou quando a gente fica sabendo de alguém atendido pelo programa que morreu por doenças que são fáceis de prevenir, isto mostra que algo está errado. Não pode descolar da qualidade, embora, toda atuação profissional, especialmente na área de saúde, chega uma hora que começa a ficar mecânica, e esse é um desafio, não deixar cair no mecânico, lembrar que eu estou atendendo cada um. E é um indivíduo que se eu atender “mal e porcamente” vai estar exposto, e eu que tinha todas as ferramentas para pelo menos tentar negociar com ele, que isso não acontecesse. [Vanessa]

Nas intervenções do PRRD, predominavam as estratégias de comunicação aos indivíduos sobre a maneira de adotar práticas sexuais mais seguras, com a distribuição e demonstração do uso correto dos insumos de prevenção. Tal abordagem mantinha a responsabilidade centrada no indivíduo. Caberia a ele identificar e evitar o risco e, portanto, interiorizar a vigilância e a noção de culpa.

A distribuição de preservativos é um estímulo para que as pessoas passem a usá-los. Para as mulheres e as travestis que atuam no mercado do sexo, a distribuição buscava suprir a necessidade da rotina do trabalho e, ao longo das intervenções do programa, passaram a ter esse acesso como um benefício social, em troca do qual manteriam uma relação de aproximação com as agentes de saúde.

O preservativo masculino é encarado como um *instrumento de trabalho* pelas travestis. As agentes de saúde distribuíam em torno de quarenta preservativos masculinos por semana para cada uma e um gel lubrificante (tubo de 40 gramas) por mês. As mulheres recebiam também o preservativo feminino, indicado para relações sexuais com os homens com dificuldade de ereção, uma vez que pode ser usada mesmo quando o pênis não está ereto, ou quando ocorre a resistência dos parceiros ao uso do preservativo masculino. Esse insumo é caro, e ainda não se tornou um instrumento para distribuição ampla. Não havia relato de agentes de saúde sobre profissionais do sexo envolvidas no uso de drogas injetáveis que exigisse a distribuição de kits redutores de danos.

A equipe de agentes de saúde que trabalhava com as profissionais do sexo respondia, desde o início do PRRD, pela maior quantidade de preservativos masculinos e femininos distribuídos e um pouco menos que a metade de gel lubrificante distribuído pelo programa. A equipe que trabalhava com homens que fazem sexo com homens respondia pela maior participação na distribuição de gel lubrificante, voltado sobretudo para homens que se enunciam gays.

Os insumos de prevenção (preservativos masculinos e femininos, gel lubrificante, kit de redução de danos e materiais educativos) são adquiridos pelo PM-DST/Aids da gerência de prevenção do Centro de Referência e Treinamento DST/Aids-SP, órgão da administração estadual responsável pela distribuição aos programas municipais e às organizações da sociedade civil que trabalham em ações de prevenção.

A distribuição de preservativos masculinos deu visibilidade ao método de prevenção e auxiliou a desacreditar a imagem de baixa qualidade do produto fornecido pela saúde pública. Conforme des-

tacou Conceição, não era raro escutar das pessoas que os preservativos não prestavam, eram de baixa qualidade.

No convívio com as pessoas que recebem os preservativos, não foi incomum aparecerem relatos sobre a insatisfação com a qualidade do produto, como o cheiro ou o tamanho incompatível. Em uma das reuniões de segunda-feira, paramos nossos trabalhos para conferir os estoques de preservativos masculinos que chegaram ao PRRD a partir da central de estoques da SMS, e os encontramos expostos à luz e à umidade, algumas caixas de papelão estavam mofadas, de modo que a qualidade do insumo foi bastante comprometida.

Atualmente, a política de aquisição de preservativos masculinos no país encontra-se consolidada, pois há um investimento na capacidade de fabricação nacional, bem como na compra de indústrias estrangeiras. Contudo, em vários momentos da história do PRRD, houve uma tendência de desabastecimento do insumo. Em 2004, por exemplo, dificuldades no cumprimento dos contratos dos fornecedores do Ministério da Saúde e da Secretaria Estadual da Saúde levaram à interrupção, por meses, do repasse de preservativos masculinos aos municípios. A SMS respondeu à situação com a compra de 143 mil unidades, mas, mesmo assim, os agentes relataram que houve a necessidade de reprimir a demanda pelo insumo nas intervenções de campo.

O PRRD introduziu, a partir de 2003, a distribuição de gel lubrificante à base de água entre as/os profissionais do sexo e homens que fazem sexo com homens. Esse insumo é considerado um método importante para reduzir o atrito e o desconforto nas relações sexuais e a possibilidade de os preservativos estourarem durante a penetração.

Existe, desde 2007, um protocolo para dispensação e controle desse insumo. Os técnicos de saúde consideravam que o gel lubrificante, por ser relativamente caro – por exemplo, nas farmácias um tubo de KY ou Preserv gel, de 40 gramas, custa de 10 a 15 reais –, corre o risco de ser apropriado para venda pelos usuários do programa.

Os agentes deviam proceder à identificação do usuário prioritário, isto é, profissionais do sexo e homens que fazem sexo com homens, e nas três primeiras abordagens distribuir o gel na apresentação sachê, de 5 gramas. No quarto atendimento para o mesmo usuário, ficava liberado o fornecimento do gel tubo. Ou seja, era necessário ocorrer um vínculo regular entre o agente de saúde e o usuário e, a partir desse momento, o agente de saúde discutia com a supervisão a inclusão do usuário na planilha de gel, que passava a receber o insumo uma vez por mês, no caso de profissionais do sexo, e a cada dois meses no caso de homens que fazem sexo com homens.

Havia uma lógica na distribuição de gel para as mulheres e travestis que preferiam receber na versão tubo. Para elas, essa versão apresenta-se mais econômica e fácil de carregar em suas bolsas, um acessório feminino indispensável na montagem do gênero. A bolsa é utilizada pela maioria das travestis, e traz espelhos, batom, maquiagem, que permitem manter a montagem feminina durante o trabalho (Duque, 2011).

Quando faltava a versão em tubo, as agentes de saúde podiam distribuir às usuárias regulares as mesmas 40 gramas na versão sachê, isto é, oito sachês de 5 gramas, mas as mulheres e as travestis não gostavam muito dessa versão, pois, aberto o sachê, é difícil armazenar o conteúdo que sobra. Assim, o gel sachê era enrolado em papel higiênico para evitar melar as bordas e escorrer na bolsa. Percebendo isso, as agentes recomendavam, ao chegarem às suas casas, higienizar algum frasco de medicamento, como Rinosoro ou Dipirona líquido, para armazenar os conteúdos dos sachês, permitindo o uso mais fracionado. O uso do gel era bastante controlado pelas mulheres e travestis a fim de poderem tê-lo em um número maior de encontros.

A abordagem rápida dos transeuntes dos espaços que favoreciam os encontros dos HSH levava à distribuição da versão sachê, mais fácil de carregar nos bolsos das calças ou bermudas utilizadas pelos rapazes. Segundo Pedro, os garotos de programa apresentavam uma dificuldade maior em receber o insumo, porque o

gel, como um produto para lubrificar as superfícies penetráveis do corpo, era associado à efeminação e à postura sexual passiva. Além disso, como destaca Duque (2011), os recursos utilizados na *montagem* de gênero dos michês não incorporam bolsas e mochilas para guardar pertences, pois o garoto de programa é uma figura que, na rua, apresenta-se com gestos que valorizam a masculinidade, que renegam a qualificação de homossexual, residindo aí boa parte de seu encanto aos olhos dos clientes (Perlongher, 1987a, 1987b).

Duque (2011, p.118-26) fez uma análise sobre a distribuição do gel como uma prótese de gênero,¹¹ e, conforme o autor, “a partir dos insumos de prevenção, é possível refletir sobre michês e travestis, seus signos de feminilidade e masculinidade, e as relações de poder e controle que os cruzam” (idem, p.121).

No caso da prostituição viril, a valorização de um perfil de masculinidade hegemônica, que se sustenta a partir de um paradigma binário macho/bicha, emaranha as expectativas sexuais e enaltece os gestos, a montagem corporal e a apresentação dos rapazes aos clientes, indo ao encontro do desejo que agencia as errâncias sexuais dos indivíduos em seus deslocamentos pelos territórios.

Essa valorização da masculinidade pode ter a violência como um fator que reforça a masculinidade desejada, não sendo raros os relatos de pequenos furtos e ligações com o tráfico de drogas entre os rapazes que se prostituem.¹² O gel na versão tubo, em meio à composição estética dos rapazes, camiseta, bermudas, calças jeans e

11. A prótese de gênero, no sentido atribuído por Beatriz Preciado (2002), é uma forma de incorporação histórica de se fazer corpo e produzir o gênero.

12. As travestis narram mudanças na prostituição viril. Para elas, a imagem de *michê profissional* vem dando lugar à figura do jovem que vive da mendicância na rua, geralmente usa drogas, como o *crack*, em suas palavras são *noias*, que, em busca de angariar renda, passam a se inserir no comércio sexual de homens que gostam de outros homens. Muitos desses rapazes, em suas perambulações pela cidade, se servem da estrutura de assistência social para mendigos, como a alimentação, abrigo para pernoite, ou passam a morar nos barracões abandonados da linha férrea que cruza o centro da cidade. Os cuidados corporais, como banhos, ou são realizados em uma bica d'água nos arredores do centro ou nas casas de *monas* (clientela homossexual).

boné, podem ser confundidos com a posse de armas, canivetes e facas, devido ao volume que cria em seus bolsos, espantando os clientes ressabiados.

Essas diferenças demonstram que os insumos de prevenção também operam normatizações de gênero e exercem um controle específico sobre as sexualidades que se enunciam não heterossexuais. Esses efeitos normativos podem ser observados nas mensagens que acompanham a distribuição de preservativos, como os folhetos educativos,¹³ outro insumo que veicula expectativas acerca do comportamento e da identidade daqueles que recebem as intervenções.

Outro apontamento diz respeito à maneira como a instituição registrava o nome das travestis nos cadastros de atendimento. Havia uma persistência do uso do artigo masculino nas falas que impregnavam a falta de reconhecimento das diferenças de gênero das travestis. Aparecida costumava falar *dos travestis* no masculino, assim como para falar sobre a Luana, sua parceira de trabalho, que reivindicava o reconhecimento como *mulher transexual*, referia-se como *o Lu*. Essa maneira de ser tratada, pelo artigo masculino, gerou queixas de Luana para mim, que dizia que as pessoas do PRRD

13. Os materiais educativos utilizados pelo PRRD são constituídos de vídeos, documentários, fotos, revistas de bolso, panfletos, bandanas, cartazes produzidos pelo PN-DST/Aids e coordenação estadual de DST/Aids. Observei que os materiais educativos produzidos pelo programa municipal eram voltados a campanhas como o Fique Sabendo, que veicula mensagens para realização de testes de sorologia para o HIV, ou a divulgação de mensagens preventivas de cunho mais geral, sem atentar às especificidades das populações do PRRD e aos contextos que vivenciam, ligadas especialmente a datas comemorativas, como o Dia Mundial da Luta contra a Aids (1º de dezembro) e o Carnaval. A equipe de agentes de saúde do PRRD, ao longo de sua história, produziu três materiais educativos, um voltado para o Dia Internacional da Mulher, com mensagens preventivas para mulheres; outro relativo ao Dia da Não Violência, 30 de janeiro, no qual eram divulgadas dicas para evitar a violência em encontros entre homens que fazem sexo com homens; e um jornal de quatro páginas, confeccionado pelos agentes de saúde, que abordava os direitos dos usuários do SUS, temas de prevenção relacionados a PSX, HSH e UDI, e uma entrevista com uma médica ginecologista do PM-DST/Aids.

eram, em suas palavras, “ignorantes”, e que estava particularmente cansada de buscar convencê-los de sua identidade de gênero.

Nas interações cotidianas, as agentes de saúde costumavam chamar as travestis pelos seus nomes sociais femininos, mas a cada novo cadastro era exigido delas que declarassem seus nomes legais, a partir dos quais as agentes mantinham um duplo registro, um informal, que dizia respeito à maneira como se interagia com as travestis mobilizando seus nomes utilizados no cotidiano, outro formal, que servia aos cadastros de usuários, para o preenchimento da Planilha de Atendimentos Básicos da Unidade.

Conceição, a esse respeito, destacava que as travestis, em seu entendimento, não reivindicam a mudança de nome devido ao uso de seus órgãos genitais. A feminilidade só poderia ser legítima quando ocorresse a transformação corporal, a partir do processo transexualizador.

Para mim, eu nem sei o nome dele de nascimento, porque eu uso isso só para o cadastro e encaminhamento, tal. Mas no dia a dia é o nome da travesti que eu uso, dentro da unidade de saúde eu acredito que se ela se colocar e disser como ela quer ser chamada, assim vai ser [...]. O travesti não quer mudança de nome, porque quem quer essa mudança é a transexual, porque ele atua como homem também. Não é verdade? Ele não é só passivo, ele é ativo também. Para ele não tem muita importância, então eu acho que ele é ciente de que ele tem que portar documentos, e é tão natural para ele como para mim. Não há dificuldade em tirar documentos, e dentro da unidade de saúde ele precisa apresentar, porque como você vai cadastrar, você vai colocar lá, depois você aparece com outro nome, a Rosa, tá, faço prontuário, sem documento, sem nada, de repente ela aparece, ela não é mais Rosa, ela é Pérola, então fica complicado você tem que ter um documento da pessoa. Então acho assim, se tiver uma urgência e emergência jamais ele vai ser deixado de ser atendido por causa de um documento. [Conceição]

Essa declaração demonstra a persistência de uma visão normativa e biológica do gênero, como se a verdade das travestis decorresse do sexo/genitália. Essa genitalização das identidades – e o privilégio da concepção jurídica e biológica do sexo – aciona ainda as práticas sexuais como componentes que marcam a ambiguidade entre a feminilidade/passividade e a masculinidade/atividade, forçando conflitos entre o discurso externo oficial, que caminha para o reconhecimento da feminilidade travesti, e a reinvenção desse preceito ao longo do trabalho efetivo, que contribuem para distanciar as travestis dos serviços de saúde que se tornam incapazes de lidar com as diferenças.

O que Conceição pareceu esquecer nesse depoimento é que existem dinâmicas relacionadas às vivências das travestis que geraram entraves ao acesso aos serviços de saúde e a outros bens e direitos. Dispor de um documento de identidade e poder ser reconhecida em sua identidade de gênero, sem constrangimentos, não são processos que se completam com facilidade, na maioria das vezes acabam em interações conflituosas, marcadas pelo preconceito e pela exclusão.

As vivências das travestis não foram devidamente problematizadas pelos profissionais do PRRD na conformação da estratégia de articulação com a rede municipal de saúde para promover a integralização do cuidado à saúde. Esses, entre outros obstáculos, como não terem acesso a demandas específicas de saúde, tendem a afastá-las, ainda mais, da procura por cuidados em saúde no sistema público.

Vanessa apresentou um panorama das dificuldades do programa em atender as questões relativas à saúde das travestis:

Hoje para travesti na rede pública municipal a gente não tem nada específico, e isso é uma coisa dolorosa. A gente chegou um tempo atrás, quando surgiram as primeiras garotas, com problema por causa de silicone industrial, as primeiras pessoas que relatavam problemas hormonais por conta da alta administração de hormônio feminino, a gente chegou a conversar com o pessoal da

disciplina de Cirurgia Plástica da Faculdade de Medicina de Charmosa para tentar criar um fluxo de encaminhamento para cirurgia do pessoal do silicone industrial, e o pessoal da faculdade fechou as portas, que não ia ser referência, que isso é estético e que não ia fazer nada. Então quando a gente quis levantar questões específicas da saúde das travestis, a gente não encontrou referência. Outra questão, a hormonioterapia, a gente precisava de um endócrino e a gente não tem. Eu na época conversei com a coordenadora que estava na Saúde, e ela me disse “vamos ver na lista que a gente tem de clínicos, se tem algum que tem endócrino para fazer um ambulatório uma vez por semana com a gente”, mas a gente não tem esse profissional, estão todos na Faculdade de Medicina e na faculdade a gente não consegue essa abertura para fazer isso. A saúde municipal tem um quadro muito restrito na área médica para particularidades da população de travestis. Esses dias eu estava num encontro em São Paulo e estavam falando, por exemplo, da questão da próstata, a travesti pode ter câncer de próstata, mas qual tem que ser a delicadeza de um urologista para abordar uma travesti sobre próstata. E que a gente não tem isso. Saindo da área médica, a gente tem algumas pessoas para atender, temos uma assistente social que é uma pessoa fantástica, que pode fazer, poderia dar um apoio sobre FGTS, INSS e está à disposição. A Conceição já mandou gente pra cá e à medida que os casos vão surgindo, eles vão sendo orientados. A gente tem uma psicóloga que pode fazer o manejo de uma depressão leve, vai fazer o de um transtorno de ansiedade da travesti como de qualquer outra pessoa. Mas para questões de saúde, específicas de travestis, infelizmente a gente não conseguiu estruturar. Por exemplo, a gente tem um urologista na rede municipal. Ele está contratado como clínico em uma UBS, eu estou conseguindo negociar agora a vinda dele para cá, um período para ele fazer um ambulatório de urologia com a gente. Só o que acontece com esta história toda de médico, o cara tá pensando em reduzir o trabalho de trinta horas para quinze horas semanais, aí eles não podem me liberar do atendimento na UBS, senão falta vaga na clínica médica. Então as nego-

ciações são muito atravancadas. A gente não tem um psiquiatra para poder fazer uma medicação, às vezes, um paciente está com transtorno de ansiedade grande, que tem uma disforia de gênero, a gente não tem essa retaguarda. Então, infelizmente para travesti hoje, além das políticas de prevenção e do acesso ao arroz com feijão, teste de aids e a infectologia, a gente não pode oferecer mais nada. Nós já tentamos, olhamos para nossa rede, chamamos a faculdade para reunião, mas a gente nunca conseguiu ter esse interesse de resposta de quem tem a grande gama dos especialistas que a gente poderia utilizar. Tem uma gama imensa de especialistas lá dentro, por exemplo, proctologia, eu estou mandando paciente em P [cidade vizinha de Charmosa] para tirar condiloma anal, porque eu não tenho uma proctologista sensível para colocar. E isso é uma colocação de um infecto que trabalhava comigo, meio período aqui e meio período lá. Ele falava – “eu queria mandar um paciente meu para procto e ninguém na procto tem sensibilidade para cuidar do cara”. Então assim quem tem a faca e queijo para formar um profissional com essa sensibilidade de olhar, com esse cuidado específico e especial não está fazendo isso. E aí a gente está deixando um monte de gente à margem do sistema de saúde. A gente aqui tem pouca ferramenta. A gente tenta fazer o melhor que pode, a gente tenta sensibilizar os funcionários que a gente tem, mas a gente é um pinguinho. Os grandes especialistas hoje, que poderiam fazer um ambulatório de referência trans em Charmosa – um endócrino, um plástico e um psiquiatra – tá tudo lá dentro, a gente não tem nenhum psiquiatra na Secretaria Municipal da Saúde. Sabe lá o que é isso. Saiu a portaria da transgenitalização¹⁴ e eles nem se habilitaram e não tem interesse nenhum

14. Em 1997, o Conselho Federal de Medicina publicou uma resolução autorizando os hospitais universitários a realizar, em caráter experimental, a cirurgia de redesignação sexual (antes os médicos poderiam ser acusados de mutilação). Em 2008, o governo federal oficializou os procedimentos de redesignação sexual a partir do Sistema Único de Saúde, instituindo o Processo Transexualizador, a partir da Portaria nº 1.707, de 18 de agosto de 2008 (Ministério da Saúde).

nisso, e poxa vida, é uma faculdade pública de Medicina, que já formou quantos médicos. Não tô jogando a culpa neles, mas teriam a faca e queijo na mão para tentar pincelar um caminho diferente, pelo menos eles formassem as pessoas com interesse lá, e a gente contrataria aqui. É uma coisa meio hegemônica, você não consegue muito mexer. A gente percebe que agora está surgindo um movimento de travestis que está criando uma base política para algumas questões, mas eu acho que se não vier de cima para baixo, se não virar moda como o Programa Saúde da Família virou moda e a faculdade embarcou, se estas questões não virarem moda no meio médico, a gente nunca vai conseguir estruturar serviços adequados para a população. A gente fica de mão amarrada. [...] a gente fica de mão amarrada falando de gel e camisinha e ponto. [Vanessa]

A fala dessa coordenadora do PM-DST/Aids aponta as questões estruturais que tocam a organização dos serviços de saúde de Charmosa, em particular aquele sob sua responsabilidade, como o SAE, com a dificuldade da SMS de dispor de recursos humanos capacitados para lidar com questões de gênero e outras questões básicas, como doenças sexualmente transmissíveis.

De outro lado, podemos observar da gestora do PM-DST/Aids uma crítica às concepções hegemônicas sobre as travestis no olhar médico, que continua a considerar as suas demandas irrelevantes e puramente estéticas, ignorando a sua subjetividade. A coordenadora citou a tentativa de criar um fluxo de encaminhamentos para o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Charmosa e, embora não tivesse sucesso na negociação, fez notar que o PM-DST/Aids tinha se aproximado das travestis através desse movimento visando a alargar o olhar do sistema de saúde para suas demandas específicas.

O que as agentes de saúde ofereciam às pessoas se resumia à possibilidade de agendar a realização de testes de sorologia para HIV, sífilis e hepatite no CTA, e quando ocorriam queixas sobre a saúde, privilegiavam consultas de enfermagem no SAE, nas Uni-

dades Básicas de Saúde e Unidades de Saúde da Família. O PRRD privilegiava a consulta de enfermagem como forma de possibilitar o acesso aos serviços de saúde disponíveis no município.¹⁵ A enfermeira conduz o aconselhamento e direciona o caso para as especialidades clínicas dos serviços.

Com base nos relatos dos agentes de saúde, é possível apontar as seguintes características em relação aos encaminhamentos:

Parte dos encaminhamentos refere-se a testagem e a exames laboratoriais de HIV, hepatite e sífilis, ou às intercorrências relacionadas a outras doenças sexualmente transmissíveis. Na maioria das vezes, essa testagem ocorria no Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), alocado no Serviço de Atendimento Especializado (SAE), mas não era rara a opção dos usuários por unidades de saúde de atenção básica próximas de suas residências, que também realizavam a coleta para essas testagens. Todas as equipes de prevenção relataram maior ocorrência de encaminhamento para esses exames, sendo preponderantes entre homens que fazem sexo com outros homens, entre as mulheres e as travestis que se prostituem e, em menor proporção, entre usuários de drogas injetáveis. Na verdade, parte substancial dessa categoria esconde as populações que não são usuárias de drogas, e seria mais bem compreendida na categoria de população em geral, que se refere aos moradores das favelas que a equipe de UD/UDI atendia.

15. O município de Charmosa é gestor pleno na atenção básica pelo SUS. Tem uma rede de serviços de saúde constituída por 12 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e outras 31 Unidades de Saúde da Família (USF), um Centro de Atenção Psicossocial (Caps), um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest), uma Policlínica Municipal, dois Pronto Atendimento (PA), um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu), além de outras cinco unidades de referência especializada de gestão municipal, como o Serviço de Atendimento Especializado (SAE), que aloca o Programa Municipal de DST, Aids e Hepatites. No entanto, observei em campo que, desde 2009, ocorre uma crise na saúde pública municipal, com greves de médicos das Unidades de Saúde da Família por mais de um ano. O que inviabiliza o uso de todo esse arsenal arquitetônico para compor uma saúde qualificada a todos os charmosenses.

Algumas peculiaridades do trabalho das equipes refletem-se na qualidade do atendimento e na capacidade de responder às demandas médicas e sociais que acometem a população. Por exemplo, Conceição encontrou numa favela de Charmosa um rapaz que declarou estar usando *crack* há mais de três dias, num mocó. A presença da profissional de saúde proporcionou uma ruptura no uso compulsivo que o rapaz estava fazendo da droga, ao se dirigir a ela pedindo ajuda para um tratamento médico da dependência – Conceição lamentou não conseguir atender ao pedido de “socorro” do rapaz, pois não havia uma rede de referência para a qual pudesse encaminhar o caso a fim de obter uma assistência.

A demanda maior de encaminhamentos da equipe que trabalhava com profissionais do sexo concentrava-se entre as mulheres, que tradicionalmente fazem um uso maior dos serviços de saúde. A atenção para os cuidados ginecológicos tinha sido importante nas demandas das mulheres, como o teste de Papanicolau. Não era raro que essa solicitação viesse acompanhada do receio de realizar em unidades de saúde próximas de suas residências, onde tinham que mascarar a vivência da prostituição. Além disso, quando as consultas e exames eram solicitados pelo PRDD, havia uma priorização e agilidade no agendamento nas unidades locais de saúde, muitas vezes para o período da tarde, quando essas mulheres tinham mais possibilidade de frequentar o serviço de saúde; mas essa facilidade vinha acompanhada da identificação como PSX, profissional do sexo, no linguajar dos profissionais da saúde, o que causava constrangimento. Dessa forma, parte considerável dos encaminhamentos acabava no Serviço de Atendimento Especializado.

A persistência do pedido de laqueadura suscitou uma entrevista de uma médica do SAE no primeiro e único jornal do PRRD, na qual ela enfatizava que o melhor método preventivo e contraceptivo era a camisinha, e que as condições para a realização da laqueadura eram restritas e não garantiam a prevenção.

Entretanto, foram observados obstáculos na comunicação entre a equipe médica que trabalhava no SAE e a equipe do PRRD, por exemplo, a médica ginecologista que explicitou à gestão do

PM-DST/Aids a possibilidade de colaborar com o PRRD. Ela tinha a ideia de acompanhar as agentes de saúde em campo uma noite, na qual tiraria dúvidas das mulheres que se prostituíam e as orientaria sobre o teste de Papanicolau. A dificuldade de articular uma conversa efetiva e uma programação dessa atuação acena para as distâncias entre ambos os atores. As rotinas diversas criavam ruídos que confluíam para uma autonomia relativa na definição das prioridades do PRRD, que, nesse caso específico, não retornou à médica uma possibilidade de trabalharem juntos.

Outro dado que chama atenção, quando observamos as tabelas de procedimentos realizados pelo PRRD, é a tendência de redução do número de pessoas encaminhadas pelas agentes que trabalhavam com PSX aos serviços de saúde do município, embora respondessem pela maioria desse procedimento. Em 2005, o número de encaminhamentos da equipe de profissionais do sexo foi de 175, passou para 52 encaminhamentos em 2007, 19 em 2008 e, no primeiro semestre de 2009, 20 encaminhamentos. Conceição, e alguns relatórios de gestão do PM-DST/Aids, aventam a hipótese de que o trabalho dos agentes de saúde, de modo geral, auxiliou a promover o vínculo entre a população visada pelo programa e a rede de saúde do sistema público, gerando o que definem como *demandas espontâneas*, quando o próprio usuário se encaminha até o serviço em busca de atendimento médico e exames.

Essa justificativa desconhece as dinâmicas relacionadas tanto à apropriação do sistema público de saúde pelas pessoas atendidas pelo programa, quanto aos territórios inspecionados, e contrasta com o que observei em campo no que diz respeito aos significados atribuídos ao trânsito para o sistema de saúde pelas travestis e pelas agentes que trabalhavam no PRRD.

Essas últimas deixaram de oferecer os encaminhamentos ao perceberem que eram recorrentes as faltas às consultas e exames agendados para as travestis e as mulheres, revelando que elas se valiam de variadas desculpas, mesmo diante das “facilidades” oferecidas pelo programa, como a rapidez no retorno do encaminhamento para a pessoa, geralmente em torno de uma semana. Para o encami-

nhamento, as agentes de saúde entregavam a Guia de Referência padronizada pela SMS na qual descreviam o local do atendimento, a solicitação e o motivo de encaminhamento para a unidade de saúde, assim como buscavam garantir a compatibilização do horário com a atividade na prostituição, agendando as consultas e exames para o período da tarde e em unidades próximas da residência.

Vanessa considerou que a explicação de as mulheres e travestis mais antigas em contato com o PRRD terem incorporado às suas rotinas a atenção à saúde a partir do vínculo com os serviços públicos de saúde, com busca espontânea por consultas e exames, dispensando o auxílio do PRRD, não era apropriada para descrever a redução do número de novos encaminhamentos. Esses encaminhamentos aconteceriam, necessariamente, pela renovação das pessoas que passam a atuar na prostituição e nos territórios visitados pelo PRRD.

Os números produzidos pela instituição sobre os encaminhamentos escondem ainda as falhas dos mecanismos de contrarreferência, pois não há articulação e integração entre os diferentes níveis de atenção à saúde que possam informar a continuidade da atenção dada inicialmente ao usuário pelo PRRD. Esse problema atinge a rede de saúde pública, inclusive nos níveis secundários e terciários de complexidade. Assim, não é incomum que parte desses dados inclua pessoas que não chegaram a fazer uso do serviço ofertado, e também que se possam gerar de uma unidade de saúde novos encaminhamentos para a mesma especialidade ou a solicitação do mesmo exame que o usuário porventura tenha realizado.

Além disso, o PRRD não dispunha de um registro que permitisse caracterizar as intercorrências médicas e sociais que acometem a população e que suscitam a disposição da rede de saúde. Na verdade, os registros do programa de prevenção apenas sinalizavam os números desses encaminhamentos e não permitiam saber se realmente as pessoas foram atendidas e quais as características dos casos.

Mas o impacto mais interessante criado pela prática de encaminhamentos acena para a integralidade do cuidado e a maneira como esse tipo de prática altera a recepção dos usuários na esfera da atenção básica do município. Sendo resultado da pactuação entre o PM-DST/Aids e a rede da SMS e vinculada à estratégia de capacitação da rede para o atendimento a casos de DST e para a disponibilização do teste de sorologia do HIV e de insumos de prevenção, mobilizou treinamentos, reuniões e debates para o acolhimento das populações atendidas pelo PRRD sem preconceito e de forma prioritária.

Conforme apontamos, as travestis não têm demandas específicas de saúde atendidas pela rede de atenção básica. Essa exclusão, aliada ao foco das políticas públicas na suspeição da infecção pelo HIV, acabam promovendo uma forma restrita de acesso ao sistema público de saúde, circunscrito ao contexto do serviço especializado de aids.

Esse fato tornou o SAE um espaço onde foram tencionados os processos de inclusão e reconhecimento das travestis, onde elas passaram a receber um tratamento que dá passagem a suas diferenças, ainda que moduladas pelo controle da aids, como o acolhimento sem constrangimentos e o uso do nome social para a identificação na unidade de saúde. Vanessa relatou que esse processo, que envolveu a qualidade do atendimento, levado a cabo pelos funcionários do serviço, não ocorreu mecanicamente, mas por uma série de injunções que partiam da orientação recebida pela gestão do PM-DST/Aids e da convivência com as pessoas:

Aqui no serviço o que a gente faz, primeiro é de respeitar o nome social é a Kiki, é a Kiki. Escreve no prontuário. A gente tenta fazer com que a pessoa se sinta acolhida, e isso eu vou falar, na unidade de saúde, as travestis param, é a coisa do circo. Numa UBS a travesti entrou, o funcionário que está tomando café na cozinha já está sabendo, e todo mundo fica olhando. Então aqui a equipe é uma coisa que a gente tem de importante, olha o viés – onde é que a gente tem mais travestis hoje? No serviço especializado de aids.

É mesmo! Infelizmente olha o viés que a gente criou. Então, aqui os funcionários no começo eram lembrados para agirem de uma maneira natural e hoje eles agem de uma maneira natural, porque eles estão aqui há muitos anos, criaram vínculo. Acho que o que acontece muito é esta coisa do exótico, eu não conviver e achar que aquilo é uma atração de circo. E de repente eu começo a conviver e percebo que é uma pessoa normal igualzinha a mim, que é diferente do que me fizeram pensar até hoje, aí eu banalizo e trato de igual para igual. Então o serviço hoje, até pela experiência de quem está aqui, porque no começo se você não falar para. Veio montada, respeita! Então está escrito José Marcos, mas é a Fulana de tal, é a Fulana de tal, vai chamar ela para entrar na sala de coleta, primeiro é ela, não é ele. Vai chamar pelo nome social, vai respeitar, vai conversar do tempo, da roupa, do jeito que você conversa com uma pessoa que não está travestido. Então no começo você começa a dar essas lições, e depois virou um comportamento natural dos funcionários. Especificamente para travestis o que a gente fala para quem entra na equipe é a naturalidade e a outra é o nome social, depois vira um comportamento comum. [Vanessa]

Essa fala aponta para a aproximação realizada pela gestão do PM-DST/Aids para criar o debate na cidade acerca da saúde das travestis, tradicionalmente invisíveis para a gestão da saúde pública. Essa sensibilização caminhava em setores restritos de negociação com a SMS. A coordenadora levantou a questão da organização política dos grupos subalternizados como um fator capaz de provocar mudanças necessárias à saúde pública:

Pela minha posição de coordenadora, eu posso problematizar muitas dessas questões, posso colocar isso na secretaria como eu tenho colocado, tentando trazer esse urologista para cá. Porque se eu tiver um uro na referência vai ser muito bacana, pô vou poder atender a próstata, DST do homem, DST na travesti, vou poder atender um monte de coisa que ainda não tenho capacidade. Então eu

tenho um foro privilegiado para trazer algumas questões, mas tenho uma governabilidade muito restrita. Primeiro porque são políticas que ainda o gestor não percebeu que vão ter um impacto grande. Mas pode ser assim “travesti! Quantas travestis vocês atendem? Vinte! Trinta! Ah não, tenho uma fila de cento e tantas pessoas precisando de endoscopia para amanhã, amanhã eu vou discutir isso, não vou discutir a política para travestis”. Então, embora eu tenha um foro privilegiado, eu tenho pouca governabilidade para levar para as esferas maiores, o que eu tento fazer é sensibilizando, e eu falo muito nisso. Mas eu não consegui vender o meu peixe, mostrar que ele é importante. Eu gozo de uma posição um pouco mais, de fazer um pouco mais de barulho do que, por exemplo, a Conceição e os próprios agentes. Só que acima de tudo e até por uma lógica política, e eu não quero transferir responsabilidade, eu acho que o que me ajudaria muito a levantar a minha bandeirinha do Programa de DST e aids é questão da população demandar. Isso é uma questão do sistema político, e às vezes as pessoas não fazem pelo bem, mas fazem pelo voto. Talvez um movimento social mais organizado, com uma voz um pouco maior, e se fazendo perceber, talvez conseguisse mais coisas que eu como coordenadora. Eu aprendi uma coisa, que antes eu não sabia e fui aprendendo, que se você não gera demanda em saúde, você não faz política. Me lembro quando eu estava atrás de um exame específico de hepatite. A menina do programa estadual me falou assim, “mas você nunca me disse que tem a demanda desse exame, você não me deu uma lista de pacientes que estavam esperando, a hora que você me mandar esta lista eu consigo para você”. Eu mandei a lista e ela liberou os exames para mim. Aí eu aprendi o que não tem nome, não tem corpo para a política não vai ser concreto. Então isso ajudaria muito um movimento social, e aí, reivindicando de uma maneira cidadã mesmo, ajudaria a levantar essas bandeiras. Uma coisa sou eu falando, outra são cinquenta, cem pessoas que vão, sei lá, virar duzentos, trezentos votos. [Vanessa]

Se de um lado percebemos uma aproximação da coordenação do PM-DST/Aids diante das questões que afetavam as travestis, no convívio com a equipe que trabalhava com as profissionais do sexo verificou-se uma tensão que se refletia na qualidade do convívio e nas ações preventivas. É sobre isso que passo a discorrer adiante.

A equipe de agentes de saúde de profissionais do sexo

No momento em que ingressei no PRRD, a equipe que trabalhava com as profissionais do sexo era composta por Luana e Aparecida. As agentes de saúde possuíam trajetórias de vida diferentes das mulheres e travestis com quem atuavam, e articulavam diferentes significados às interações no trabalho que apontavam divergências em relação ao modo de vida das travestis. Essa característica refletiu na capacidade do programa em proporcionar cuidados à saúde entre as travestis e em decifrar a dimensão que a prática preventiva adquire no contexto de suas vidas.

Nos bastidores onde descansavam de suas polidas interações com as travestis, ouvia muitas reclamações e apreciações negativas sobre a maneira como as travestis lidam no dia a dia com o cuidado à saúde. As narrativas descreviam, com tons de espanto e impotência, o comportamento das travestis com relação às drogas, o alcoolismo, ao crime, à violência; eram falas que contradiziam o reconhecimento e reforçavam os discursos disciplinadores que tomam a travesti como um perigo para a epidemia de aids.

Essas falas, por outro lado, deixavam escapar alguma dimensão de solidariedade e pesar ao depararem com limites do trabalho que as deixavam impotentes; a ingerência dos discursos das agentes de saúde era matizada por um “choque de realidade”, que ainda não havia encontrado uma forma de expressão entre os profissionais para a avaliação de seu trabalho.

As conversas comportavam diferentes aspectos do cotidiano das travestis. As agentes de saúde faziam nas reuniões de segunda-feira comentários que revelavam aproximação com as travestis, que lhes confiavam segredos, e também como elas tinham um olhar para cada travesti, conferindo categorias de identificação em função das impressões que cultivavam de cada uma. *A penosa*,¹⁶ *a alcoólatra*, *a novata*,¹⁷ *a mafiosa*,¹⁸ *a craqueira*,¹⁹ *a Elza*.²⁰ Todas essas categorias estão ligadas às práticas e à produção de significados acerca das interações e dinâmicas dos territórios.

Embora as agentes de saúde sustentassem identidades e atuassem, como profissionais, em flagrante divergência em relação às travestis e suas práticas, o trânsito pelas territorialidades e a resignificação dessa experiência atravessaram o olhar dessas agentes, que passaram não só a trazer para o universo da prostituição um novo vocabulário para a expressão do modo de vida como as noções de risco, vulnerabilidades, cidadania, direitos, na construção da prática preventiva; mesmo negando a origem de seu discurso, mostraram-se empenhadas de maneira particular nas tramas e deslocamentos que operam as interações nos territórios.

As agentes de saúde participavam da encenação nas esquinas, nos pontos, nos bares, nas casas privê e confundiam-se com esses espaços, eram capturadas pelas relações que dão origem a seu saber. Saber que era criado em processo interativo a partir de pressupostos higienistas e moralizadores, mas que se emaranhavam no negócio da prostituição, nos códigos da noite que agenciavam as posturas, as atitudes e as percepções. Elas lançavam um olhar sobre as territorialidades, compunham um mapeamento estratégico da disposição de cada uma das pessoas com quem interagiam, moldando o discurso preventivo à visão que têm das pessoas e suas práticas.

16. *Penosa*: pobre, empobrecida.

17. *Novata*: as travestis mais jovens, em trânsito pelas categorias de gayzinho e travesti.

18. *Mafiosa*: adjetivo depreciativo para bandida, criminosa.

19. *Craqueira*: travesti que faz uso de *crack*.

20. *Elza*: quem rouba, roubar.

Para a própria viabilidade da política preventiva, as agentes de saúde passaram, a partir das interações com o universo dos territórios de prostituição, a manipular uma expressão mais sensível às diferenças, pelo menos sem denunciar no rosto ou na fala a dificuldade para dismantelar valores e estereótipos acerca da prostituição. Dadas as diferentes trajetórias no processo de interação, respondiam com a criação de interpretações que orientavam as suas atitudes e encenações na inserção nesse universo.

Aparecida fez parte da primeira equipe de agentes de saúde que, em seus próprios termos, “abriu campo”, isto é, estabeleceu os primeiros contatos e relações de aproximação com as travestis e as mulheres que se prostituem. Ela destacou, de início, as desconfianças das travestis e das mulheres sobre o trabalho de prevenção. Os envolvidos nas tramas dos territórios, que ainda começavam a ser descobertos, eram acessados por meio de conversas que envolviam a divulgação e distribuição de preservativos, que é a “porta de entrada”, nos seus dizeres, para o estabelecimento de relações com essas pessoas a fim de auxiliar a verificar seu comportamento de risco e tomar atitudes preventivas.

Conceição, na época, também fazia parte da equipe e descreve suas dificuldade e expectativas a respeito do trabalho com as travestis e as mulheres. O fascínio e a abjeção pelas travestis misturam-se no seu relato, que aponta para a novidade dos discursos preventivos entre as agentes de saúde:

A gente saiu numa expectativa muito louca, porque, até então, o que você conhece de uma travesti, de uma prostituta? Você só sabe que ele transa por dinheiro, mas no *tête-à-tête* como é que é? É uma pessoa, não é uma pessoa? Mas eu tenho certeza que em nenhum momento ocorreu isso na mente de cada agente que tava no campo, daí a gente foi. Um ia para lá o outro para cá. Era aquela loucura “Oi, como vai? Tudo bem?”. Se apresentava e “Olha nós estamos distribuindo preservativo pra fazer a prevenção em DST e aids”, e eles olhavam assim com uma cara pra gente, e na época o preservativo era totalmente desacreditado, não valia nada. “Ah,

isso é uma porcaria”, “Como assim uma porcaria”. Ai, meu Deus do céu! Tinha que arrumar um jeito de fazer, entendeu, eles usarem, eles têm que usar. [Conceição]

Apesar de a equipe inicial do PRRD passar por treinamentos que envolveram noções sobre vulnerabilidade, sexualidade, gênero, cidadania, preconceito e discriminação, direitos humanos, aconselhamento, informações sobre DST/aids e métodos de prevenção, forma correta de utilização dos insumos de prevenção, negociação do uso de preservativo e técnicas e dinâmicas de grupo, como “oficinas de sexo seguro”, eram noções insuficientes para entender quem eram essas pessoas que precisavam urgentemente adotar práticas sexuais seguras. Essa percepção, dada desde o início do trabalho, foi apontada por Aparecida, que revelou uma visão sobre os limites da capacitação que, embora importante, era desenhada de maneira incompatível com as necessidades colocadas na prática do trabalho.

A orientação que a gente tinha era pequena, não é bem a orientação que era pequena, era a absorção da orientação, da informação que era pequena, porque até você chegar na abordagem do indivíduo “Oi, como vai? Tudo bem?”, então, eu quebrei a cara várias vezes. [Aparecida]

“Quebrar a cara” fazia parte das narrativas que enfatizavam aspectos da inserção do PRRD nos territórios. Conceição, por exemplo, se confundia no início do trabalho com relação à necessidade de divulgar os insumos e as injunções preventivas entre as “profissionais do sexo” e aquilo que a ensinaram a reconhecer como “a prostituta”, gerando embaraços na abordagem das mulheres que circulavam pela área que estava sendo mapeada para o projeto.

Eu via uma menina com saia muito curta, “Oi, você é profissional do sexo?”, elas olhavam para mim, “O que que é isso?”, “Prosti-

tuta”, “Não, eu não”. Porque eu tinha que abordar, eu tinha que chegar em todo mundo, eu tinha que contatar todas as pessoas, não somente as prostitutas e os travestis. Como hoje é assim na cidade, o programa é para todo mundo. [Conceição]

A percepção de que o trabalho do PRRD deveria alcançar todas as pessoas, não somente aquelas populações cujos discursos enfatizam a vulnerabilidade, aparece como um elemento que tensionava a política preventiva no início. Aos olhos das agentes, a política preventiva dizia respeito à distribuição de benefícios sociais – que seriam os insumos e as mensagens educativas, as informações sobre saúde e sexo seguro –, e deveriam ser acessados por todos aqueles que circulavam nos territórios que envolviam a prática da prostituição, como os homens e os clientes que se encontravam nos espaços com as travestis e mulheres.

Tanto Conceição como Aparecida diziam existir, na implantação do projeto, a visão de que os clientes deveriam ser responsabilizados pela prevenção, assim como as travestis e as mulheres. As agentes de saúde, que nessa etapa se limitavam a abordar as prostitutas, deixavam a “zona de conforto”, expressão usada por Conceição para falar sobre a atualização da relação entre travestis e a equipe do PRRD.

A falta de habilidade e o desconhecimento acerca das dinâmicas dos relacionamentos entre prostitutas e seus clientes, colocou as agentes de saúde cara a cara com os clientes parando o carro ou andando pelas calçadas das ruas, oportunidade na qual ofereciam preservativos, folhetos educativos e tentavam de maneira rápida passar alguma mensagem sobre prevenção. Essa prática gerou pedidos das mulheres e das travestis para que as agentes de saúde parassem de abordar os clientes. Aos olhos delas, estavam colocando em jogo o anonimato que a prática requer, deixando os clientes assustados com a vigilância levada a cabo pelas funcionárias da saúde. As agentes perceberam como ineficaz a abordagem da clientela masculina, mantendo essa atenção apenas no caso dos caminho-

neiros do Posto, ainda que de maneira esporádica, e passaram a centrar suas ações entre as travestis e mulheres que se prostituem.

A interação com os clientes estava interdita, mas apenas relativamente e em alguns contextos. Uma vez que encontravam as travestis em conversa com os homens, tendo espaço para abordá-los, ou motivadas pelas interpelações dos próprios homens que pediam preservativos, as agentes não deixavam de atendê-los.

Com a intromissão do programa nas cenas dos territórios de prostituição, quase semanalmente, e nos mesmos horários, foi se criando uma referência para os frequentadores do espaço e familiarizando a equipe com cada qual e seu respectivo lugar nas relações do negócio da prostituição.

A percepção da presença das pessoas e a confiança que foram adquirindo nas relações com as travestis possibilitaram conhecer mais um pouco sob as aparências, descobrindo que, por trás de algumas personagens que trocavam palavras com as travestis, existiam esquemas ilegais de coação, ligados à cafetinagem e ao tráfico de drogas.

Conceição descreve como a presença da equipe foi bloqueando as ações violentas de um conhecido cafetão das travestis da cidade. Além de cobrar “pedágio”, isto é, uma taxa para a travesti poder se prostituir na rua, também obrigava as moradoras de sua “pensão” a vender drogas dentro de um esquema amplo de negociação entre o cafetão e traficantes da cidade.

Quando nós entramos em campo, havia uma forma de distribuição de drogas entre prostitutas e travestis, que o traficante vinha no horário paralelo ao meu, eu era agente ainda, e fazia o mesmo percurso que eu fazia, porque eu ia atrás das prostitutas e dos travestis e ele também, e eu via que sempre naqueles dias, aquele mesmo carro estava ali. E a ação me achou atenção, e deu para perceber que era tráfico de drogas, e que entendeu; as meninas e os travestis pegavam drogas e, de certa forma, acho que eram até obrigados a comercializar nos pontos. Com o passar do tempo, com essa frequência de encontros, eu tenho certeza que a

presença de nós agentes, acabou bloqueando esse vai e vem, essa liberdade do traficante. Por outro lado, também os cafetões que existiam também, hoje tem um, que é o pai de uma travesti, a Fabíola, que esse foi o último que restou, e ele era violento e deixou de ser, elas tinham que pagar pedágio e as prostitutas também, ele mandava os caras surrar e aí os travestis começaram a contar para a gente, e a gente começou a comparecer no horário do pega e entendeu, começou a intimidar mesmo. Não entramos em contato, não chegamos a falar, nem interpelar a ação, mas a presença foi acabando com isso, e se hoje tem, alguma represália, se acontece é muito que discreta, é muito na surdina porque eles não contam para a gente mais, porque antes eles contavam tudo, ou o ato de eles contarem tudo acabou com essa coisa de agressão por parte do cafetão e acabou restando só ele. [Conceição]

O PRRD foi se tornando um importante ator também para coibir abusos de autoridades policiais. Quando, por exemplo, um delegado local resolveu que os conhecidos pontos de prostituição deveriam deixar de existir, passando a realizar *arrastões*, isto é, a prender as travestis e as mulheres em conjunto, violentando, ou ainda ameaçando com a presença armada, as agentes de saúde dedicaram mais tempo de sua presença nos espaços de prostituição, observando a polícia em sua circulação, que, invariavelmente, atuava quando as agentes de saúde deixavam o espaço.

Se a visibilidade sobre os contextos interativos dos territórios aos poucos se tornava acessível às agentes de saúde, também o tempo foi deixando claro a elas que seu trabalho era limitado. Aparecida acredita que, nesse primeiro período, havia o pensamento de que, com as informações sobre saúde e a inclusão das travestis nos serviços, as agentes de saúde passariam a contribuir para a transformação das travestis em pessoas conscientes de seus direitos, influenciando na estima ligada aos cuidados de si e ao protagonismo e a luta contra fatores que as tornavam vulneráveis, entre eles a discriminação. Mas esse encanto inicial sucumbiu, as travestis são vistas como pessoas muitas vezes irresponsáveis e desunidas; os

primeiros esforços da política para vincular a saúde ao protagonismo, com a promoção de “oficinas de sexo seguro” não atraiu nenhuma travesti.

Aparecida, em uma situação de reflexão sobre o almejado vínculo entre travestis e os serviços de saúde, comentava que “travestis não têm jeito, não”. Descrevia a abordagem a Sandra e as impressões acerca de sua saúde. Parecia não estar bem de saúde, muito magra e alcoolizada, essa aparência chamava a atenção e criava a suspeita de doença sexualmente transmissível. Contribuiu para essa suspeita o relato antigo, que Sandra lhe fizera, do aparecimento de verrugas na genitália. Aparecida aconselhou-a, várias vezes, a procurar um médico e também ofereceu a possibilidade de agendar testes para HIV, mas percebia que Sandra não estava consciente da importância do cuidado oferecido, pois sempre arrumava uma desculpa para protelar a procura do serviço de saúde.

Sandra e a maioria das travestis eram tidas, aos olhos das agentes de saúde, como pessoas que não exerciam cuidados apropriados com o corpo na lógica oficial da saúde, lógica que deveria estabelecer um vínculo entre travestis e os serviços de saúde, passando a incorporar as explicações e discursos biomédicos para a autovigilância e o autocuidado.

Na primeira fase do projeto, no final de 2001, ainda não existia a possibilidade de “encaminhar” os usuários para os serviços de referência em DST e aids, como a testagem de sorologia para o HIV; também não existia nenhuma organização de fluxos entre o projeto e a rede básica de atenção à saúde de Charmosa, de modo que o leque de serviços de saúde oferecidos era bastante restrito. Na passagem do ano seguinte, em 2002, com a municipalização dos serviços de testagem e a construção, em 2003, do Ambulatório Municipal de Moléstias Infecciosas, agregando os serviços no Núcleo de Vigilância à Saúde, o trabalho foi sendo direcionado para a promoção do “vínculo” entre usuários e os serviços que passariam a monitorar a saúde dessas pessoas. Essa nova ênfase, apesar de ter impactos na maneira como as travestis passaram a exercer seu direito ao acesso aos serviços de saúde, se mostrou muito aquém

do que elas demandam em suas vidas cotidianas no que se refere à construção do corpo travesti por métodos e práticas menos dolorosas.

As travestis passaram a demandar questões que ultrapassavam a capacidade dos agentes de saúde e da própria rede de atenção básica, como informações sobre os hormônios, visando a adquiri-los nos “postinhos de saúde”; a retirada de silicone industrial, como foi o caso de Rosa, que chegou a buscar o apoio das agentes para ter acesso ao serviço de saúde, mas não existia nenhuma referência no município para atendê-la; tratamento de dependência química, como *crack*, que era o caso de Rebeca.

Rebeca é uma travesti, com cerca de 40 anos; quando seu marido foi preso, ficou um longo período atuando na prostituição do Posto. O fato de ser relativamente estabelecida – era uma das travestis que atuavam há mais tempo no espaço – permitia que as relações de amizade com algumas travestis acionassem mecanismos que a auxiliaram a deixar de usar o *crack* por um período. Além disso, havia as agentes que se compadeciam e passavam mensagens para resgatar sua estima.

O *marido* de Rebeca, preso por roubo, era considerado, aos olhos das travestis, um *arrastão*, isto é, uma pessoa que expõe outra a alguma situação perigosa, nesse caso, o uso de *crack*. O distanciamento provocado pela prisão do *marido* também contribuiu, em parte, para ela abandonar a droga, após o que voltou a engordar, parecia mais feminina aos olhos de seus pares, e dizia estar montada como pede uma “travesti que se cuida”.

Rebeca, nesse período, não deixou de visitar seu marido na cadeia, mas quando este obteve a condenação definitiva e foi transferido para uma penitenciária, encontrou dificuldades para adentrar a prisão, podia apenas deixar o *jumbo*, isto é, comida, cigarros e outros objetos levados para o preso. A situação a deixava inconformada. Nos contatos com as agentes de saúde, além de desabafar xingando o diretor da prisão, pedia informações sobre alguma instância do projeto, um advogado que pudesse intervir para ela ter o direito de frequentar a prisão, sem visita íntima, pois considerava

ser transgressora demais para os presos, já que havia claras interdições a esse tipo de relacionamento, e sua segurança e de seu marido eram importantes.

As agentes, diante dessa dúvida, recomendaram a Defensoria Pública como órgão para a queixa da travesti. E Rebeca perguntava se nesse lugar atendem bem, isto é, com respeito à sua identidade. Rebeca, não procurou a instituição e passou a se comunicar com o marido por meio de cartas, voltando a revê-lo quando terminou sua pena.

Outra situação que demonstra como as agentes de saúde são interpeladas pelas travestis para tirar dúvidas sobre direitos envolveu a busca de Adriana a pensão por doença devido a sua sorologia para o HIV.

Antes de minha chegada ao PRRD, Lúcia também havia passado por essa equipe e, no convívio com ela, durante as atividades de prevenção nas favelas de Charmosa, pude conversar sobre suas impressões acerca do trabalho de prevenção entre as mulheres e as travestis. Lúcia achava difícil trabalhar com as travestis, considerava que havia uma oscilação muito grande de temperamento entre elas. Dizia que se esforçou muito para manter um relacionamento mais próximo das travestis, mas, devido às situações de campo, encontrava dificuldades para a aproximação, pois as travestis ora eram “simpáticas”, ora “pegavam o preservativo nem agradeciam e jogavam o cabelo”.²¹ Lúcia muitas vezes usou adjetivos depreciativos (“grosseiras e abusadas”, “espertas”) para qualificar as travestis. A visão comiserada acerca de suas vidas era contradita pela sua responsabilização: “Solidariedade acho que é abrir portas para que esse trabalho seja menos penoso, porque eles pegam clientes que, você vê, é triste, mas ele também gosta, ele também tem uma fissura, um fetiche, mas não é fácil”.

Lúcia era mãe e tinha uma prima trabalhando no programa, Luana, sem dúvida a figura mais espetacular do PRRD. Não por

21. *Jogar o cabelo* é um ato que significa esnobar, afrontar. Veremos mais adiante que o cabelo tem um valor especial entre as travestis.

seu brilhantismo ou capacidade no trabalho, mas pela repercussão que causa aos olhos da sociedade local uma transexual trabalhando como agente de saúde. É sobre as diferenças entre as travestis e as transexuais e suas implicações para política preventiva que me debruço a seguir.

Diferenças entre transexual e travesti na prática do PRRD

A inclusão de uma transexual na equipe de agentes de saúde que trabalhavam com as profissionais do sexo demonstra como o PRRD alargou as possibilidades de *montagem do gênero* no campo profissional. Entretanto, essa inclusão adquiriu significados específicos devido às diferenças mobilizadas nas relações cotidianas entre a transexual e a travesti, na visão de uma e outra, tensionadas por um processo de distanciamento e hierarquização do gênero ligado à purificação da primeira em detrimento da segunda²² (Barbosa, 2010; Duque, 2011; Pelúcio, 2009).

No Brasil, a prevenção de aids tornou-se uma estratégia que auxiliou a multiplicação das iniciativas de organização das travestis na política, e também permitiu a criação de novas oportunidades de trabalho, tradicionalmente circunscritas à prostituição, aos afazeres domésticos ou à profissão de cabeleireiras, maquiadoras, *performers* em casas noturnas, entre outras.

22. Barbosa (2010) analisou uma série de elementos mobilizados por travestis e transexuais participantes das Terças Trans realizadas no Centro de Referência em Diversidade (CRD), na cidade de São Paulo, para compor suas identidades. No capítulo “Doidas e putas: diferenças em debate”, o autor analisa os enunciados agenciados no processo de diferenciação entre as participantes, que mobilizam os estereótipos de doidas, que denotam uma “falta de razão” entre as transexuais, e de putas, que denotam uma “falta de moral” entre as travestis, articuladas a outras categorias que permitem evidenciar as contingências nas quais operam as relações de poder e que criam elementos de uma hierarquia de gênero entre as transexuais e travestis.

Luana foi contratada com a expectativa de que pudesse alterar as práticas do programa no convívio com as travestis, mas sua trajetória pessoal, informada por discursos de *medicalização da transexualidade*, corroborou a manutenção de representações estigmatizantes acerca das travestis.

Sua posição de agente de saúde contribuía para a visibilidade de seu caso. Na mídia impressa local, por exemplo, Luana era uma referência pública para depoimento sobre a prática profissional na prevenção de aids, e também para explicar sua transexualidade. Suscitava curiosidade sobre sua vontade de realizar a cirurgia de transgenitalização, a partir da qual garantiria o desejado reconhecimento como mulher, em meio ao debate sobre o financiamento do processo pelo SUS.

Com suas câmeras fotográficas e gravadores de voz, os jornalistas, afoitos pela informação, interpelavam Luana, que narrava sua expectativa para o momento em que toda a angústia, os sofrimentos e os preconceitos vivenciados por ela no cotidiano fossem cirurgicamente resolvidos por meio das técnicas médicas que a adequariam ao reconhecimento almejado.

Em 2011, o destaque a ela, conferido várias vezes antes no *Jornal Diário de Charmosa*, foi relativizado na matéria sobre o caso de Aline, uma jovem transexual de classe média, estudante de moda, de 20 anos, moradora da cidade vizinha de Charmosa. Luana apareceu para comentar a situação de seu acompanhamento médico para redesignação sexual através do processo transexualizador numa cidade do interior de São Paulo e revelar as limitações desse programa. Ela enfatizava que sofria com sua condição de não reconhecimento, do desejo protelado da construção da neovagina.

Luana passou por acompanhamento psicológico no hospital público dessa cidade durante mais de três anos para conseguir o acesso à cirurgia de construção de neovagina, além de receber orientações para o uso de hormônios. Porém, a despeito do acompanhamento, não conseguiu realizar a cirurgia devido à interrupção do convênio do SUS e à centralização do processo transexualizador no Hospital das Clínicas de São Paulo. Por isso, Luana lamentou:

“Perdi dois anos de acompanhamento. E se quisesse passar pela intervenção em São Paulo teria que fazer mais dois anos e me mudar para lá”.

Já Aline, após receber diagnóstico de Transtorno de Identidade de Gênero (TIG) e passar pelo procedimento cirúrgico de neocolpovulvoplastia em uma clínica particular, pôde enfrentar um processo judiciário na 1ª Vara Civil de Charmosa, que durou menos de vinte dias, garantindo a ela a mudança de registros de nome e sexo para feminino. A notícia comentava esse fato contrapondo a exclusão e o pedido de reconhecimento que Luana continuava a clamar no dia a dia. Nesse caso, Luana aparece reafirmando a necessidade da cirurgia para a obtenção de registro feminino nos documentos e reconhecimento social mais amplo de seu gênero.

Não havia na matéria jornalística qualquer questionamento sobre a utilização pela justiça de discursos médicos que reforçam a diferença de sexo incomensurável calcada em critérios biológicos e cirúrgicos para o reconhecimento do gênero. As pesquisas entre as transexuais mostram que o reconhecimento social a partir de critérios biomédicos torna-se uma barreira para o reconhecimento da diversidade de gênero e reforça o desejo pela cirurgia. Essa cidadania ligada à cirurgia vem agenciando homens e mulheres, que passam a assimilar o discurso médico e psicológico, que em seus dispositivos criam a possibilidade de acessar a biotecnologia para construção de seus corpos e de incorporar a “identidade de gênero” produzida a partir do relacionamento com discursos que buscam apagar as ambiguidades e o suposto sentimento de inadequação ao corpo (Arán & Murta, 2009).

A experiência transexual está relacionada ao desdobramento histórico do dispositivo de sexualidade e do sistema binário de gênero que, em uma série de enunciados, vinculam a interpretação do gênero ao corpo biológico e à matriz de inteligibilidade heterossexual. Os conflitos com as normas de gênero vivenciadas pelas pessoas transexuais como uma anormalidade/enfermidade passam a ser recapturados pelos dispositivos que localizam o problema no indivíduo, e não nas normas que alicerçam a vida social e as subje-

tividades divergentes. Nesse sentido, diante da patologia, o saber médico vem intervir moldando assepticamente o feminino/o masculino e reforçando a interpretação dimórfica que reserva a verdade do sujeito à sua genitalidade (Bento, 2006).

Luana se identifica como “mulher transexual”, tem escolaridade de nível médio, magra, alta, loira e 30 anos de idade. Em seus retratos nas redes sociais, brinca com a suposta proximidade imagética com a apresentadora da rede de televisão Record, modelo e empresária, Ana Hickmann. Várias fotos postadas desdobram os comentários como “Selvagem... se Ana Hickmann pode, por que eu não?”, “Vestido Lódice, sandália Vizzano... isso não é close é condição... kkk”; “A beleza é fundamental”, diz sobre si mesma. Essa apresentação cria contrastes em relação aos enunciados de sofrimento e inadequação diante da autoimagem e do corpo, fatores constituídos pelos saberes médicos como critério para o diagnóstico de TIG.

Desde jovem ela vem exercendo atividades relacionadas aos cuidados do corpo, e investindo em sua transformação corporal. Como profissional, foi maquiadora e cabelereira, contratada como funcionária por salões da região central de Charmosa, e, há cerca de quatro anos, montou seu modesto salão de beleza. Aos 15 anos, passou a realizar *performances* em uma boate GLS de Charmosa e, durante dez anos, trabalhou nessa boate, ora no palco de *shows*, ora recepcionando as pessoas, como *hostess*. Esse universo glamuroso da noite a destacou, tornando-a uma figura conhecida do público da boate.

Esse destaque contribuiu para que o PRRD se interessasse em tê-la na equipe de prevenção. Faz cerca de cinco anos que passou a trabalhar como agente de saúde noturno, tornando-se responsável, juntamente com Aparecida, por ações de prevenção com as mulheres e as travestis que se prostituem.

Essa nova posição social, trouxe uma inflexão a sua busca por reconhecimento e a seus conflitos com as normas de gênero, passando a ter contato com as discussões, palestras e fóruns sobre a prevenção de DST e aids promovidas pelo movimento LGBT. Esses encontros foram importantes para a assunção da identidade

de agente de saúde, que caminhou ao lado da assimilação dos discursos médicos e do contato com as redes que proporcionam a atenção médica para a transformação corporal de pessoas transexuais.

Luana escreveu em seu *blog*: “sou uma transexual que luto pelos meus direitos, vivendo como uma *mulher normal*, encarando os preconceitos. Mostrando que por ser o que sou *não preciso me prostituir, pois trabalho*, vivo e tenho sentimentos como qualquer mulher! Sou muito amiga e franca!” [grifos meus]. Percebe-se que o processo de subjetivação da experiência transexual exclui, por meio de uma visão normativa do gênero, tudo aquilo que possa revelar a disjunção da norma heterossexual. Na interpretação das normas de gênero, Luana busca se desvincular do universo das travestilidades e das homossexualidades.

No convívio com Luana, pude observar situações que demonstravam seu desconforto em relação às travestis, uma vez que mobilizava discursos para marcar o que a distingue delas, bem como a dificuldade de reconhecimento de sua identidade de gênero diante dos parceiros de trabalho.

As diferenças entre as travestis e as transexuais são produzidas por enunciados que provêm de áreas diversas que disputam pela explicação legítima sobre as experiências. Para se declarar transexual, Luana busca reforçar sua imagem *feminina verdadeira*, acionando o discurso médico e o desejo de transgenitalização, que se liga à rejeição à genitália, em busca de reconhecimento como *mulher de verdade*; nessa operação, Luana reitera a heterossexualidade nas representações acerca das práticas sexuais, gênero e orientação sexual buscando afastar-se da homossexualidade e, por extensão, das travestilidades.

Presenciei uma conversa sobre as diferenças entre transexuais e travestis levada a cabo por Conceição, Luana e Aparecida quando preenchiam o Sial. Em frente ao computador, Conceição narrava as impressões que teve a respeito de Fernanda, quando a conheceu em campo, com as agentes de saúde no território de prostituição travesti da Comasa. Fernanda, na ocasião, declarou que era transexual.

Conceição afirmava para Luana que ela não era a única transexual de Charmosa, pois Fernanda havia se declarado transexual e sua feminilidade era sinal disso. Luana se mostrava inconformada com a comparação; para ela, Fernanda era uma travesti, e tentou expressar as diferenças entre uma transexual e uma travesti para Conceição. Sentindo-se contrariada em suas explicações, saiu da sala bastante nervosa e foi à varanda fumar um cigarro. Aproveitei para acompanhá-la a fim de continuar a conversa abruptamente interrompida com Conceição. Logo, Aparecida também se reuniu a nós para fumar e falar de suas impressões acerca da conversa.

Luana me dizia: “como eu não vou saber o que é uma transexual. Há três anos eu passo por médicos, psicólogos, sei muito bem o que é uma transexual”. Aparecida, já na cena, trouxe um novo elemento para marcar essa diferença: “A Fernanda não é transexual, porque ela *come* também. Uma vez a Lúcia foi perguntar para ela, e ela disse que é travesti. Porque ela usa o membro e ela gosta de *comer*”.²³ Em seguida, Luana faz o seguinte comentário:

Transexual não usa o pênis, não come, se ela [Conceição] acha que quem come é transexual, então eu não sei mais o que é que sou. É claro que se você perguntar para uma travesti se ela é transexual, ela vai responder que sim, porque as transexuais são muito mais aceitas que as travestis, que são mais marginalizadas, discriminadas, né! [Luana]

Outros elementos são considerados na visão acerca de Fernanda, que diz ter viajado para a Itália, onde trabalhou como prostituta. Em Charmosa, Cristina, uma travesti com cerca de 40 anos, é um exemplo de sucesso na prostituição internacional. Ela não lembra as travestis *top*²⁴ – que buscam um modelo corporal próximo das mulheres e disputam a inserção no mercado transnacional

23. *Comer*: categoria que se refere à prática sexual de penetração insertiva com o pênis.

24. *Travesti top*: travesti considerada bonita e muito feminina.

do sexo (Pelúcio, 2009) –, mas o *traveção*,²⁵ um modelo corporal que enfatiza o exagero na composição estética. Cristina tem mais de vinte litros de silicone industrial no corpo: mãos, pernas, bumbum, boca, rosto e seios.

Mas o elemento que distingue Fernanda como menos feminina que Luana, e, portanto, considerada travesti, não é seu *capital corporal* – muito mais próximo das mulheres, com cerca de quatro litros de silicone no quadril e bumbum, além de uma prótese cirúrgica de seios –, mas o fato de que Fernanda não obteve capital financeiro em sua permanência fora do país, ao contrário de Cristina, que pôde comprar seu carro e montar seu salão. Luana dizia: “A Cristina anda de carro, tem casa, vai no ponto só para se divertir, a Cristina caça,²⁶ não faz ponto. Se acha! Vir da Itália e ficar penando²⁷ na esquina”.

O fato de não possuir a mesma situação econômica que Cristina colocava em jogo a veracidade de sua passagem pela Europa, pois, nessa lógica, quem vai para fora do país volta com dinheiro e não precisa se prostituir. O suposto insucesso financeiro de Fernanda causava dúvidas não somente entre as agentes de saúde, como entre as travestis com quem Fernanda convivia diariamente.

Luana e Aparecida continuavam a conversa, adicionando outros elementos para desqualificar Fernanda como travesti:

A Fernanda é craqueira, viciada, vive cheirando e rouba. A [indústria de biscoito próxima da Comasa]²⁸ colocou várias câmeras nas imediações para controlar melhor a segurança dos funcionários, porque as mulheres estavam saindo às dez horas da noite e

25. *Traveção*: travesti que usou exageradamente os recursos de silicone industrial na composição estética.

26. *Caçar*: busca por parceiros sexuais sem interesses comerciais. A fala ressalta a dissociação em relação à prostituição, que envolve a troca sexual remunerada.

27. *Penar*: categoria que qualifica uma prática que não dá dinheiro.

28. Uso os colchetes para inserir minha fala entre o depoimento das pessoas entrevistadas.

sendo assaltadas. Não só pelas *travas*²⁹ como pelas garotas, tanto é que a Fernanda e a Patrícia [outra travesti] sumiram um pouco de lá. E a empresa não quer nenhuma trava por lá, já mandaram os seguranças dar o recado, elas estão proibidas de ficar lá, e tem câmeras que inibem. [Aparecida]

A delimitação que circunscreve os gêneros aponta para dificuldades das agentes de saúde de compreender as práticas corporais e as demandas por direitos e reconhecimento das travestis. Observam-se dificuldades para desconstruir os preconceitos, são impelidas a reforçar as categorias estigmatizantes.

Nossa conversa seguia, tomando o eixo da visão das agentes de saúde acerca do impacto do *crack* sobre as travestis, identificando quais estavam em situação de *noia/viciada* e *roubando*, muitas vezes para manter o vício de drogas; depois passaram a apreciar as travestis que identificavam como *alcoólatras*, e, por fim, as que tinham comportamento sexual de risco e que estavam vivendo com o HIV/aids, momento no qual se reverteu a imagem de sucesso de Cristina: “Ela voltou da Europa e ficou sossegada, com dinheiro, mas pegou aids e vive jogada, se drogando”, dizia Luana. Completou Aparecida: “Ela e a Adriana tão andando bastante juntas, as duas tão numa droga só. Travesti com aids só conheço as duas”.

Se atentarmos para o caráter relacional do diálogo entre as agentes de saúde, podemos perceber diversos enunciados sendo mobilizados para depreciar a feminilidade das travestis em relação à transexual. Um dos primeiros elementos é a questão da prática sexual. As travestis são consideradas, ao mesmo tempo, *ativas* e *passivas*, e aí reside sua ambiguidade, por terem e usarem o pênis, indo ao encontro do desejo de homens que procuram essas travestis. Em contraponto a essa postura, as transexuais são apenas *passivas* e *femininas* e seus homens *ativos* e *masculinos*.

29. *Trava*: travesti.

Em várias conversas, Luana buscou enfatizar para mim seu sofrimento em relação à ambiguidade que suscitava o pênis, descrevendo a rejeição ao órgão, e o sofrimento que vivia desde a infância com a inadequação de seu corpo, por isso a necessidade de passar por uma cirurgia. A infelicidade com o próprio corpo a fez tentar o suicídio pelo menos duas vezes, uma com um corte no pulso, outra com a ingestão de altas doses de medicamentos.

No campo das práticas sexuais, narrava seu desconforto. Dizia que seus parceiros nunca a viam totalmente “pelada”, pois tinha vergonha de mostrar o pênis; para tanto, tomava cuidado com a nudez, mantendo-se nas relações sempre *passiva*. Por fim, manifestava o medo de perder seu atual parceiro se não conseguisse logo fazer a cirurgia de transgenitalização, uma vez que enxerga nele um homem que gosta de *mulher de verdade*.

O discurso de Luana traz elementos dos discursos médicos e psiquiátricos acionados pelas transexuais na interação com as injunções provenientes desses saberes, e reverbera na conduta em busca do reconhecimento do diagnóstico e do acesso às tecnologias de transformação do corpo.

Nessa transformação, ocorre o apagamento das ambiguidades suscitadas pelo olhar médico para as travestis, contrapondo os estereótipos – de marginalidade, criminalidade, pobreza, prostituição, masculinidade, perversão – à feminilidade inata, natural, baseada no sofrimento, mais limpa, adequada à inteligibilidade das práticas sexuais consideradas normais.

Essa dificuldade de lidar com a diferença das travestis tinha impacto, inclusive, nas práticas formativas da carreira de agente de saúde que trabalhava com a prevenção da aids entre as travestis. Aparecida participou de um encontro de agentes de saúde travestis de várias cidades do estado de São Paulo sobre a prevenção de aids. Após a apresentação de todas as presentes, percebeu que destoava no grupo como a única mulher heterossexual. Aos olhos das travestis, não havia legitimidade na representação da cidade de Charmosa naquele encontro, uma vez que deveria estar presente uma travesti para pensar e falar sobre a realidade vivenciada na própria

carne. Aparecida, embaraçada com a interpelação sobre o fato de a cidade de Charmosa não encaminhar uma travesti para a discussão, tentou justificar a sua presença como agente de saúde que trabalhava para as travestis na cidade, e alegou que, como não havia nenhuma travesti que se interessasse em participar de movimentos sociais em Charmosa, o programa de prevenção a designou para essa reunião.

Embora tenha ressaltado que gostaria de contribuir para a discussão e aprender mais sobre como as travestis estavam lidando com as questões de prevenção, elas não perderam a oportunidade para criticar a situação, apontando que esse era um sinal de que a política pública em Charmosa nada estava fazendo para fazer das travestis agentes da própria luta por direitos, e que a presença de Aparecida naquele grupo não tinha relevância.

Aparecida ficou revoltada e esbravejava a história na sala do Núcleo de Vigilância à Saúde: “só porque tenho buceta, não me deixaram falar *dos* travestis”. Essa ruptura na interação serviu para Aparecida apontar outra questão de relevância para refletir sobre o acontecimento: na verdade, quem deveria estar nessa reunião? “Era o Lu”. Assim, falou-me sobre a dificuldade que percebia na relação entre a Luana e as travestis, pois ela não se reconhecia como travesti e alimentava um desprezo muito grande em relação a elas: “O Lu é transexual e não gosta das travas”.

Aparecida continuava narrando: “quando vamos a campo, sou eu quem conversa com *os* travestis, ela evita o máximo”. Esse contexto tem efeitos na disposição de Luana para tratar de assuntos relativos à saúde das travestis, como a participação nos eventos. Luana demonstra uma forte resistência em participar das atividades cujo assunto não seja a transexualidade.

Não eram novos os fuxicos que corriam, de boca a boca, entre as travestis, sobre a maneira divertida e afetuosa com que elas interagem com a “*amapô* da camisinha” (isto é, a única *mulher* reconhecida aos seus olhos, a Aparecida) em contraponto à maneira fria, distante, “sem conversa”, que era percebida na agente de saúde Luana, reconhecida como esnobe. Mas a acusação mais ácida

das travestis sobre o comportamento de Luana era lhe imputar a alcunha de *falsa transexual*, um “viado” como outro qualquer, pois, para as travestis, ela poderia ser “mulher mesmo” somente se tivesse realizado a construção de uma “buceta”.

A despeito das novidades trazidas pelo PRRD, que buscou atuar sobre a saúde das travestis, o que o campo mostrou é que o almejado estabelecimento de vínculo e confiança não foi uma tarefa fácil, e esse processo, reconhecido como uma estratégia de trabalho que objetiva evitar as limitações à implantação da prevenção, revelou resistências da equipe em lidar com as travestis. As vivências das travestis são estigmatizadas pela equipe do PRRD e reforçam os entraves para a aproximação de travestis e o sistema de saúde pública.

4

SEXUALIDADE, PODER E DIREITO

Sexualidades e relações de poder

A política recente do sexo lança um olhar para os impactos das práticas cotidianas das travestis em relação à saúde sexual e os cuidados desprendidos com o corpo. Conforme Michel Foucault, os discursos do sexo investem diretamente no corpo, disciplinando suas práticas e usos, e, com efeito, contribuem para a expansão da normalidade como ideal social e de novos direitos (Foucault, 2008).

Os processos de moralização do sexo e de medicalização da vida a partir da aids demonstram os desdobramentos dos discursos sobre o sexo,¹ que moldam a maneira como se experimenta o corpo

-
1. Segundo Foucault (2005b, p.100): “A sexualidade é o nome que se pode dar a um dispositivo histórico: não à realidade subterrânea que se apreende com dificuldade, mas à grande rede da superfície em que a estimulação dos corpos, a intensificação dos prazeres, a incitação ao discurso, a formação dos conhecimentos, o reforço dos controles e das resistências, encadeiam-se uns aos outros, segundo algumas grandes estratégias de saber e de poder”. A sexualidade, nesse sentido, é um dispositivo do poder-saber e está ligada ao processo de moralização e medicalização das práticas sexuais na modernidade. Não obstante, Foucault enxerga a sexualidade para além do controle sobre o corpo, como um exercício de libertação e subjetivação (Foucault, 2005b).

e permitem o investimento de inúmeros saberes e práticas que visam a discipliná-lo.

Como evidenciou Foucault, o dispositivo de sexualidade, ao instituir a normalização do sexo, forjou todo um despropósito sexual, o sexo no discurso constituiu um ponto de apoio às mais diversas manobras políticas² (Foucault, 2005a, p.48).

A polícia do sexo, isto é, a “necessidade de regular o sexo por meio de discursos úteis e públicos e não pelo rigor de uma proibição” (idem, p.28) atua em lócus e, como aponta Pelúcio (2009), reconhece os espaços em que as trocas sexuais representam “riscos” à proliferação do contágio e aos corpos que necessitam ser domesticados. Nesse sentido, podemos apontar as práticas de prevenção e controle da aids como um desdobramento histórico do dispositivo de sexualidade. Não se trata de uma redução das identidades, mas a proliferação infinita de identidades sexuais e de produção de subjetividades.

Com o dispositivo de sexualidade, o sexo aparecerá como uma instância de ação do poder observado em sua singularidade anátomo-fisiológica, mas que, em sua fragilidade e repercussão exterior, esconde algo como o próprio nível da vida, sua saúde, suas perturbações são envolvidas pela produção de discursos e saberes na difusão do agir correto. Esse exercício de poder, antes que reprimir o sexo, constituiu um dispositivo histórico complexo de práticas heterogêneas que englobam diversas estratégias, tornando visível uma enorme variedade de manifestações sexuais, seus perigos somáticos e seus efeitos políticos, quando, então, a vida passa a ser envolvida por medidas capazes de corrigir e disciplinar e fixar os corpos em lugares determinados socialmente.

2. Segundo Foucault (2005a, p.48): “Não só assistimos a uma explosão visível de sexualidades heréticas, mas, sobretudo – e esse é o ponto importante – a um dispositivo bem diferente da lei: mesmo que se apoie localmente em procedimentos de interdição, ele assegura, através de uma rede de mecanismos entrecruzados, a proliferação de prazeres específicos e a multiplicação de sexualidades dispartadas”.

O Estado moderno inaugurou um conjunto de novos fenômenos envolvendo o direito à vida, com o questionamento sobre o perigo biológico da sexualidade na vida da espécie em seu conjunto. Nesse sentido, o Ocidente, que desde os procedimentos de confissão católica dos pecados da carne dotou-se de um modo de fazer falar sobre o sexo que aludia ao pecado e à culpa, passa a registrar o que se diz sobre o sexo no domínio do normal e do patológico.

Essa mudança deve ser observada como parte do recobrimento do direito de causar a morte e deixar viver relacionado à figura jurídica do soberano (*patria potestas*), para a invenção das numerosas técnicas voltadas para a sujeição dos corpos e o controle das populações. Trata-se de um funcionamento voltado para a gestão calculista da vida, cujo mecanismo faz viver e deixa morrer, majorando, por meio de instrumentos sofisticados, as forças que se compõem no nível da vida do organismo (Foucault, 2005a, p 127-8).

Durante o século XVIII, novas tecnologias de poder emergiram e se comunicaram mutuamente. A primeira, como forma de disciplinar, adestrar e ampliar as aptidões do corpo, e, a segunda, como suporte de processos biológicos que atravessam a população, auxiliando o nível de saúde, longevidade e as questões da habitação, por meio de técnicas políticas de disciplina e de regulamentação entre os hospitais, as escolas, as indústrias, e as medidas da estatística, a contabilização dos riscos; enfim, inseriu-se duplamente o corpo em seu valor e utilidade em mecanismos capilares de regulação e controle.

Dessa forma, Foucault aponta que, no biopoder, os mecanismos de normalização se sobrepõem ao domínio da soberania que, no limite, expunha o corpo à morte. Nessa nova ênfase na vida, ela passa a ser avaliada, medida, qualificada para mais bem ser vigiada e controlada. O exercício de poder de uma sociedade de normalização pode ser aludido ao surgimento dos problemas de governo da cidade afetada pela peste (Foucault, 2001). Essa tecnologia política coloca os detalhes dos espaços e dos corpos acometidos pela peste sob um rígido policiamento da doença e sua evolução numa região em quarentena. Essa região era objeto de um poder contínuo, que

ligava desde a sentinela de quarteirão, que fazia o registro dos doentes e não doentes, até os grandes registros da administração da cidade, um poder “cujas ramificações capilares atingem sem cessar o próprio grão dos indivíduos, seu tempo, seu hábitat, sua localização, seu corpo” (idem, p. 59).

As práticas relativas aos leprosos, tão antigas quanto o modelo político da peste, na Idade Clássica perderam sua força enquanto modelo de controle dos indivíduos. Na Idade Média, os indivíduos identificados como leprosos eram desqualificados jurídica e politicamente, e expulsos dos limites da comunidade, pois eram declarados mortos e seus bens transmitidos, estabelecendo um distanciamento e uma rigorosa divisão entre um grupo de indivíduos e o outro relegado à exclusão, à rejeição.

Ainda que seja um modelo ativo nas práticas de internamento de loucos, doentes e criminosos, esse modelo não permite analisar o que foi, desde a Idade Clássica, a importância dada aos mecanismos de normalização que não eram voltados para expulsar, mas para definir presenças que podem ser investidas por uma técnica de transformação e de controle. Por conseguinte, a peste acena para um sonho político ainda presente que revela o nascimento das tecnologias positivas de poder. O que se vê nos mecanismos de gestão da peste é um exame permanente para saber se o indivíduo está conforme a regra de saúde, a fim de agenciar a produção de condutas esperadas.

A norma não pode ser definida como uma lei que viria rejeitar ou excluir tudo aquilo que transgride seus mandamentos. Antes, atua como um princípio de apreciação da realidade, a norma avalia os detalhes das irregularidades que são exaustivamente incluídas em seu exercício de transformação, um exercício de poder que cumpre uma exigência e coerção sobre o anormal, um exercício produtor de gestos, condutas, discursos, subjetividades.

O dispositivo de aids e as travestis

A expressão “direito à saúde”, como dimensão pública integrante da vida cotidiana das travestis no Brasil, adquire sentidos específicos no contexto das três décadas de epidemia de aids. O *status* sorológico, enquanto referencial social na abordagem clínica e epidemiológica da doença, torna-se a medida privilegiada de saúde dessa população em contato com os serviços de saúde.

As respostas que surgiram no Brasil para o controle e prevenção da aids identificam essa população como sujeita aos fatores que distanciam dos cuidados com a saúde sexual devido a suas práticas dissidentes e “arriscadas” e, de modo geral, não permitiram aprofundar o conhecimento sobre os riscos a agravos à saúde como objetos a serem explorados na gestão de outras necessidades de saúde das travestis.

Constituída como população-alvo de ações e práticas de prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, quando se aborda a saúde da população de travestis imediatamente vincula-se a infecção de HIV/aids, mostrando que a doença continua no imaginário social e médico relativo à saúde das pessoas que vivenciam sexualidades diferentes dos padrões normativos.

As representações sobre a doença estão fortemente ligadas às travestis e seu estilo de vida. As respostas de enfrentamento da aids atuam na conformação de estilos de vida entre as travestis, marcados pelas suspeitas que são moduladas nas subjetividades e em suas relações sociais mais amplas.

Historicamente, o surgimento da aids, nos anos 1980, inaugurou um processo de repatologização das sexualidades disparatadas, ou seja, uma nova tecnologia de gestão da sexualidade e uma norma de desenvolvimento sexual próprias a esse contexto histórico. Os discursos que moldavam a doença e sua relação com a sexualidade lançaram feixes de poder sobre o corpo vigiado em seus comportamentos e atitudes consideradas arriscadas (Pelúcio & Miskolci, 2009).

A epidemia catalisou os medos advindos do Outro perigoso e poluidor, um inimigo que ultrapassa as fronteiras da normalidade (Perlongher, 1987b). O aparecimento da doença consternou mundialmente as famílias e os amantes com as manchetes e a publicidade crescente do *câncer gay/peste gay*. Esses discursos revelavam aos sujeitos engajados em práticas sexuais dissidentes, como a homossexualidade masculina, uma “imagem endurecida de si mesmos” (Pollak, 1990, p.13). A doença chegou a receber o nome de GRID (*gay-related immunodeficiency*).

Objeto de disputas e controvérsias, as relações entre sexualidade e doença tornam-se mais candentes com a expressão “grupo de risco” para designar as identidades epidemiológicas, que assinalam, ao mesmo tempo, para as vilãs e para as vítimas da doença a sua responsabilidade moral pelo adoecimento. Travestis, mulheres prostitutas, gays, homens que se engajam em práticas homossexuais, usuários de drogas injetáveis, entre outros, são revelados às injunções moralizantes da doença, mobilizando as preocupações das respostas oficiais para evitar a expansão da epidemia.

As formas de exercício da sexualidade e os prazeres não coadunados aos vínculos heterossexuais são o objeto principal do enfrentamento da aids. A família nuclear monogâmica, nesse embate, elevou-se como modelo e significado de saúde sexual, um padrão de conduta saudável. Desse processo emergiu a invasão cada vez maior do saber médico e de uma tecnologia sanitária no campo dos prazeres sexuais. As sexualidades viram objeto de escrutínio público, colonizadas por mecanismos que exibiam dupla face: cria-se um cordão sanitário em torno da proteção à família e indicam-se condutas morais que se cristalizam em torno da vigilância do suspeito “infectado”.

Esse processo permitiu dividir as práticas arriscadas em torno das identidades sexuais em suas probabilidades de serem afetadas pelo contágio, em grupos adeptos ou não do sexo seguro, revelando as sexualidades díspares na figura condenável do *aidético* como aquele que não se submete a um modelo de conduta sexual segura e moralmente aceitável.

A maneira pela qual inicialmente a saúde pública respondeu à intensidade da patologia lançou as bases do *dispositivo de aids*, seja conduzindo a morte nos leitos dos hospitais em rituais fúnebres que impulsionavam medos no contato entre médico e paciente, seja prescrevendo normas para o exercício protegido do sexo. Esse dispositivo reativou medos a respeito do sofrimento, da morte e da homossexualidade e operou a vigilância e o controle sobre os estilos de vida, práticas e prazeres num novo campo de regulamentação, marcado pela construção da doença como sexualmente transmissível e pela injunção aos cuidados com o corpo e a saúde (Pelúcio & Miskolci, 2009; Perlongher, 1987b).

No caso brasileiro, o *dispositivo de aids* aciona a moralização das práticas sexuais em consonância com um modelo internacional de suspeição sobre populações baseado na prevenção para se evitar novos casos e, ao mesmo tempo, dar sustentabilidade financeira à política de assistência aos doentes de aids.

Uma intensa mobilização em torno da prevenção da doença catalisou os esforços de diferentes atores como o ativismo, o movimento social e as iniciativas governamentais, produzindo no Brasil uma agenda específica voltada para a gestão das sexualidades (Galvão, 2000). Na década de 1990, a epidemia da aids no Brasil tornou pública a discussão sobre homossexualidade e outros prazeres, a partir de uma maior ligação entre militância e Estado (França & Simões, 2005).

As políticas públicas de saúde em torno das DST/aids se organizaram nessa década através de organizações não governamentais (ONGs), capitaneadas pela militância LGBT (lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais), pelos epidemiologistas e profissionais da saúde. Segundo França & Simões (2005), essas políticas fomentaram uma diversidade de debates e expandiram as estratégias de gestão dessa população, baseando-se na luta contra o preconceito em relação às práticas dissidentes.

A prevenção, nesse caso, segundo Néstor Perlongher (1987b), implanta o olho do poder nas mucosas do ânus, nos esfíncteres e seus espasmos, produzindo a moralização em torno da sexualidade

que não é monogâmica e nem se pretende reprodutiva. Inaugura-se a luta contra a promiscuidade por meio do questionamento dos prazeres perversos.

Essa agenda produziu impactos na gestão da saúde pública, pois a atenção à gestão dos riscos individuais em contextos e condições consideradas mais vulneráveis deixou esquivar o sexo heterossexual, que se mostrou mais desprotegido à doença, e no qual a epidemia avançou, ao longo dos anos, significativamente, como demonstra a tendência de mulheres heterossexuais serem atingidas cada vez mais pela epidemia.

Nesses silêncios, emergem estratégias de colocação das sexualidades no discurso médico e nas práticas sanitaristas em relação com o bom sexo³ (Rubin, 2003), valorizando a norma, que decide, julga e classifica, numa hierarquia de risco em relação à saúde sexual.

Conforme Pelúcio & Miskolci (2009, p.153), “a heterossexualidade reprodutiva é a perspectiva não-explicitada que constrói a prevenção como eixo central do dispositivo da aids”. Os corpos permeáveis a uma polícia do sexo constituem, em torno dos seus desejos, os perigos à ordem social, e o dispositivo de aids abarca essas experiências, formando uma aliança da doença física e moral com os desvios da sexualidade.

Os discursos preventivos, amplamente difundidos em diferentes práticas que intervêm na condução da vida, definem um conjunto de normas que pautam os saberes médicos para evitar os agravos em saúde, produzindo condutas esperadas a fim de administrar probabilidades de eventos ligados à doença.

A prevenção se estendeu às novas tecnologias e investimentos da indústria farmacêutica, aliada a uma política de fornecimento

3. Gayle Rubin (2003) problematiza as hierarquias de valor sexual como efeito de políticas que estabelecem sistemas de dominação a partir das fronteiras do sexo bom, “normal” e “natural” idealizado no heterossexual, marital, monogâmico, reprodutivo e não comercial, que determina os meios de reconhecimento moral e aceitabilidade, embasando a estratificação sexual.

gratuito dos medicamentos às “pessoas vivendo com HIV” pelo Sistema Único de Saúde (SUS), a partir do final de 1996.

Durante a década de 1990, a aids, enquanto doença crônica, adquiriu uma nova imagem. O desenvolvimento de remédios (coquetéis) afetou a vigilância epidemiológica e o comportamento dos sujeitos em sua sexualidade.

A política de controle e prevenção da aids no Brasil intensificou-se, particularmente a partir de uma “epidemia de informação” acerca do “sexo saudável” em diferentes meios de comunicação, feixes de poder lançados sobre o corpo e sua saúde, em torno de questões como sexo anal, sexo oral, doenças venéreas, monogamia, uso de preservativos e práticas sexuais recreativas, ao mesmo tempo em que viabilizou uma política dos prazeres antes não enxergados publicamente (Trevisan, 2000, p.463). Nesse período, as práticas discursivas se deslocaram, operacionalizando a descaracterização da letalidade da doença. A medicalização das soropositivas, que se materializa no corpo das “pessoas vivendo com HIV”, permitiu, ao lado da codificação dos direitos à saúde, o enquadramento do corpo doente na tecnologia médica de governo, produzindo efeitos no monitoramento da qualidade de vida das doentes submetidas à terapêutica.

Permaneceu, contudo, o estigma em relação ao potencial disseminador do vírus HIV. Diferentes estratégias de correção podem emergir pela injunção da prevenção por parte da administração médica, que corrobora a responsabilização dos sujeitos para manter a saúde e não se expor à reinfecção pelo HIV durante a terapêutica.

A aids traz um novo objeto de intervenções na sexualidade, com a sobreposição de novas injunções no cuidado da saúde sexual em relação ao longo processo de investimento discursivo sobre o despropósito sexual. No Brasil, há pouco tempo vem se debatendo a saúde das travestis tendo como marco a discussão da cidadania e do sujeito de direitos, mas esse debate possui como marca principal a normalização da sexualidade não convencional.

A categoria “travesti” não está presente nas fichas de investigação epidemiológicas. Mesmo com os avanços engendrados pelas

respostas institucionais à aids, permanece como um filtro regulador que decanta as diferenças, especificada na categoria “homens que fazem sexo com outros homens”, terminologia que oculta as amplas e fluidas experiências identitárias, e demonstra a invisibilidade dessa população para efeito de conhecimento da epidemia.

O Plano Nacional de Enfrentamento da Epidemia de Aids e das DST entre gays, HSH e travestis (Brasil, 2008a) aponta para a necessidade de valorizar a afirmação das identidades travestis como parte integrante da política pública.

Embora seja um segmento importante para as ações de prevenção, não existem dados que apontem um perfil e magnitude da epidemia entre essa população, o que torna precárias as ações de gestão populacional que se pautam pela contabilização do fenômeno em busca de definir estratégias para diminuir as probabilidades de contágio.

O plano enuncia seis objetivos específicos para promoção de uma “agenda afirmativa – travestis”, entre os quais destaco o objetivo de “ampliar a abrangência geográfica e a qualidade das ações de prevenção, assistência e tratamento do HIV, das DST e hepatites para travestis, considerando novas tecnologias de educação em saúde, demandas e especificidades desse grupo populacional” (idem, p.27). Um dos efeitos dessa atenção, por exemplo, é a campanha do Ministério da Saúde “Travesti e respeito, já é hora dos dois serem vistos juntos”, de 2004, e a campanha que sucedeu o plano de enfrentamento “Sou Travesti. Tenho direito de ser quem eu sou”, em 2010, na qual travestis do movimento organizado do segmento protagonizavam a campanha, divulgando suas imagens e mensagens sobre a prevenção de DST e aids, técnicas seguras de transformação do corpo, enfatizando os riscos do uso de hormônios e silicone industrial, bem como estimulando o contato das travestis com os serviços de saúde – e os profissionais a respeitar as diferenças, com a divulgação do direito de ser reconhecida pelo nome social e receber tratamento sem discriminação.

Entretanto, observei que essas campanhas não tiveram efetividade entre as travestis atendidas pelo Programa de Redução de

Riscos e Danos em DST/Aids (PRRD) de Charmosa. Em 2009, sondei, entre as travestis, se tiveram contato com a campanha lançada em 2004 e, para minha surpresa, não encontrei nenhuma que tivesse recebido os materiais. Ao questionar a supervisão do programa, descobri os materiais educativos guardados nos estoques do PRRD.

O PRRD de Charmosa tem uma leitura particular das diretrizes lançadas pelo Programa Nacional de DST e Aids. O PRRD esquadrinha o espaço urbano, executa a produção de saber sobre a inspeção dos locais de prostituição (ruas, praças, avenidas, casas noturnas, *drive-ins*, motéis, bares etc.), empreendendo uma “administração viária” sobre os corpos em risco, sobre os quais lança o embate com os preceitos à saúde (Foucault, 1989, 2001).

A campanha de medicalização do sexo atua nos territórios em cujos interstícios as travestis se inserem, durante a noite, em dinâmicas e disputas do mercado sexual. Especificamente, esses territórios são as ruas do centro comercial da cidade; a rua Quinze de Novembro, nas imediações da Comasa, e o posto de combustíveis da rodovia federal.

Esse tipo de investimento esquadrinha os espaços em que as travestis estão permeáveis à vigilância enquanto profissionais do sexo. A travesti-prostituta individualizada deve cuidar de si e multiplicar a tecnologia preventiva junto à clientela, invisível e indiretamente atingida pela política de prevenção (Pelúcio, 2009).

A prostituição e a via pública com a qual está conectada se dissociam, a saúde pública nesse espaço denso de relações promove a individualização da prostituta e de seus riscos, acionando, em torno de suas práticas, os discursos preventivos.

Em função da distribuição e segregação dos espaços, atualiza-se o controle social da vida das cidadinas vinculando-as a um serviço de saúde (as UBS, as USF e os diversos programas de saúde acionam o sonho político da peste submetendo cada qual em seu lugar à vigilância e ao saber sanitários), numa perspectiva de “territorialização em saúde”, como mencionam os técnicos do município, que se inicia pela referência ao território para a identificação

dos contextos que vulnerabilizam os sujeitos, permitindo a execução das ações em saúde sobre um espaço vigiado e inspecionado (Foucault, 1989). Espaço que, no caso das travestis, extrapola o mercado do sexo e suas regras, onde se forjam modos de experimentação de si e modelos para as múltiplas intervenções que vão transformando o corpo, subjetivando o gênero e conferindo valor e qualidade à pessoa, num processo de adesão às injunções e aos códigos que revelam a verdade materializada nas práticas dos sujeitos em relação ao cuidado com o corpo e na condução diante das interações sociais (Benedetti, 2005).

Entre as trocas, os fluxos, as negociações do mundo da noite, não somente emerge a atribuição de categorias aos sujeitos em seu trânsito pelos espaços (colocando problemas fundamentais na definição das categorias de pessoas-alvo das intervenções e as normatividades que se operam a respeito delas na inclusão das políticas de saúde), como se criam corpos, com a reinteração do gênero da travesti (Butler, 2003).

A prática preventiva coloca um novo ator nos espaços noturnos de prostituição, as agentes de saúde. Contudo, o olhar vigilante e educativo das agentes sobre as práticas sexuais e prevenção recaem quase exclusivamente sobre as prostitutas e desconsidera a ampla circulação de pessoas com suas variadas negociações e identidades que compõem os territórios.

Nessa perspectiva, a prostituição diz respeito não somente à forma como a sexualidade é inserida no campo das trocas monetárias, mas também às redes que presidem a sociabilidade da experiência das travestis, o aprendizado dos roteiros e códigos em sua relação com o corpo e os cuidados consigo e, assim, a possibilidade de resistência ao afastamento social e processos de exclusão mais amplos de que são objetos.

No que diz respeito às travestis que se prostituem em Charmosa, as interações na prostituição e no mundo da noite conformam espaços/temporalidades e redes por onde elas transitam constituindo uma resposta positiva ao ostracismo e isolamento social a que são submetidas. Esses espaços são permeados por relações so-

ciais que extrapolam o mercado do sexo, permitindo apreender os códigos que conformam seus destinos e suas subjetividades, aprendendo a se tornar travesti.

Práticas médicas e mecanismos reguladores da saúde das travestis

Na perspectiva a que nos filiamos teoricamente, assim como destacamos que em relação às sexualidades e aos gêneros nada há de natural e estável – a começar pelo próprio corpo (Louro, 2004), questionando a tendência de considerá-lo como produto da ordem reprodutiva e instintual, concepções sobre as quais os saberes hegemônicos forjam conceitos discriminatórios e prescritivos como normal e patológico –, também não podemos tomar a saúde e a doença mediadas apenas pela natureza, mas pelas relações sociais, históricas e culturais.

A saúde e as doenças são metáforas que rodeiam as condições de vida, e que engendram atitudes e concepções que estão ligadas à organização social e aos conflitos que cercam os modos de existir, conferindo sentido à experiência do bem-estar e à possibilidade da morte (Chammé, 1997).

A saúde mereceu diferentes preocupações das sociedades, constituindo concepções, atos e relações que sustentam a luta por um bem que intermedeia a relação entre o corpo, em estado de saúde ou de doença, e os modelos e recursos disponíveis que geram modos de existir, exclusões, desigualdades e controle social (Chammé, 2002).

Nas sociedades contemporâneas, com o avanço das tecnologias e dos conhecimentos científicos acerca da saúde e a disseminação da comunicação de regras para ter um corpo saudável, configuram-se mecanismos que ditam modas que expõem uma luta para subjugar os indivíduos e responsabilizá-los por sua conduta (idem). A cultura contemporânea enfatiza, em seus delineamentos, a saúde como uma meta em referência aos modelos de conduta, que ex-

põem aos indivíduos suas próprias fragilidades diante da representação avassaladora das doenças.

Os controles sociais e as prescrições que traduzem modelos de saúde, modos de sentir e de cultivar o corpo, coexistem com o risco apresentado à verificação social, que dão sentido e significado ao corpo – onde se instala a ordem ou a desordem ante as normas –, em função do qual são ampliadas ou restritas as interações sociais. Em outras palavras, a saúde e a doença são situações provisórias que atravessam as experiências que projetam uma suspeição sobre os indivíduos.

Com a instrumentalização das sociedades pelos projetos de gerenciamento da saúde, são estabelecidos ordenamentos que manipulam e orientam ações sobre o corpo com o objetivo de prevenir doenças, formatar condutas. Um processo que se constituiu com a avaliação das condutas dos sujeitos e das ameaças à saúde pelo saber médico, o que fez nascer uma infinidade de novos medos, anseios higiênicos sobre o corpo, pavores em relação aos contágios. As políticas de saúde em tempos de transformação das cidades tornaram-se fundamentais para a garantia da ordem social, encarada pelos governos e pela sociedade a partir da linguagem da saúde (Chammé, 2002).

Nesse sentido, a saúde torna-se um objeto que caracteriza distintos níveis de qualidade de vida, não apenas como a ausência de doença, mas a dimensão que integra o corpo à sociedade que o cerca.

Discutir o estado de saúde, em outras palavras, requer indagar a dimensão das condições a que o corpo está submetido, para além dos sinais objetivos ou sintomáticos e subjetivos das doenças, pois a experiência não é exclusivamente biológica, mas determinada pelas culturas que configuram as identidades entre as situações, que não se isolam umas das outras, construindo-se na extensão dos investimentos sociais e individuais voltados para o controle da vida (Chammé, 1997).

No Brasil, de modo geral, são poucas as iniciativas na área de saúde pública que se dedicam a construir espaços adequados ao

atendimento das diferentes necessidades de saúde da população. O equipamento existente não é capaz de acolher as diferenças. Situações de discriminação, preconceito, negligência e mau atendimento são comuns na saúde pública, aumentando o fosso social em relação à garantia do bem-estar e da saúde e as dissimetrias de poder entre os indivíduos.

A constituição de 1988 traz a definição de saúde como direito de seguridade social, o que implica o acesso das pessoas aos serviços, políticas e bens que promovem a qualidade de vida. A partir do desenvolvimento de mecanismos de gestão da saúde da população, apoiado em uma rede de atores e instituições, surgiu o Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, baseado nos princípios de *gratuidade* dos serviços de saúde, *integralidade* na oferta de serviços de que as pessoas e grupos necessitam e *equidade* por meio do reconhecimento dos direitos das coletividades e dos indivíduos em suas especificidades.

O artigo 196 da Constituição consagra um conceito mais amplo de políticas sociais e de cidadania, garantindo o acesso gratuito aos serviços de saúde àqueles que não dispõem de previdência social, ao considerar que “saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

As travestis, de modo geral, no Brasil, são incluídas nas ações da saúde por meio dos serviços voltados para o controle e a prevenção da aids, que têm se mostrado bastante limitados e pouco igualitários em relação ao que elas demandam em seu cotidiano para a manutenção da saúde.

Durante a participação no VIII Congresso Brasileiro de Prevenção das DST e Aids, em Brasília, em junho de 2010, me chamou bastante a atenção o número de trabalhos, discussões e reflexões que tinham por objetivo discutir a saúde, o acesso aos direitos e a prevenção em DST e aids entre travestis. Além disso, o congresso

contou com grande número de travestis, envolvidas nas diversas comunicações voltadas para essa população.

As travestis militantes têm encontrado na participação política uma maneira de denunciar as diversas violações a que são submetidas em seu cotidiano e influenciar as discussões sobre as demandas em relação ao bem-estar e à saúde, propondo ações para o reconhecimento das travestis como sujeito de direitos.⁴

Entre essas demandas, as travestis consideram o reconhecimento da feminilidade e dos nomes adotados por elas como sinal de respeito e acolhimento das diferenças, permitindo ampliar o acesso aos serviços e o tratamento sem preconceito.

Os encontros e as conferências públicas têm se mostrado um importante espaço de incorporação crítica das organizações da sociedade civil, do ativismo LGBT, das universidades, entre outros, na formulação de estratégias de políticas públicas específicas e na avaliação das ações existentes, possibilitando, assim, a visibilidade de reivindicação de novos atores e novos direitos.

Todavia, a área de políticas públicas continua carecendo de indicadores de acompanhamento das ações e de seus impactos; de estratégias de controle social, transparência e compromisso com a responsabilização coletiva; e de produção e disseminação de conhecimento, corroborando falhas na melhoria da qualidade de vida.

Paulatinamente, a partir da sensibilização do poder público e das interferências dos movimentos sociais, vêm sendo adotadas, em algumas cidades e estados do país, medidas para incluir na rotina dos atendimentos a utilização do nome social das travestis nas fichas cadastrais e na interação face a face com as equipes dos serviços públicos. O Decreto nº 55.558, de 17 de março de 2010, por exemplo, estabelece no âmbito da administração direta e indireta

4. Desde 1992, as travestis realizam encontros nacionais denominados EN-TLAIDS – Encontro Nacional das Travestis que Atuam na Prevenção da Aids. Esse espaço vem permitindo trazer suas reivindicações e dialogar com as agências governamentais, sobretudo o Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde. Em 2010, ocorreu sua 17ª edição. (Peres, 2005; 2011)

do estado de São Paulo o direito ao tratamento de travestis e transexuais pelo nome social escolhido, e também sanções administrativas, através da Lei nº 10.948, sobre discriminação contra LGBT (lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais).

No que tange ao SUS, a Carta de Direito dos Usuários do SUS (Portaria do Ministério da Saúde/GM, nº 675, de 30 de março de 2006) estabelece à usuária o direito de escolher o nome de tratamento, independentemente do registro civil, proibindo a interação por número, nome da doença, códigos e de maneira desrespeitosa ou preconceituosa nos serviços de saúde. Entretanto, os esforços para efetivar essas ações como rotina nos serviços têm alcance ainda limitado e as experiências exitosas são bastante localizadas.

De modo geral, as especificidades das travestis não são consideradas na elaboração, planejamento e consecução das políticas públicas em saúde, não garantindo os direitos à saúde, como a universalidade, a integralidade e a equidade, a despeito da multiplicação de iniciativas que visam a construir políticas públicas em saúde que reconheçam as particularidades de LGBT.

Conforme aponta Mello et al. (2011), em 2004, o surgimento do Programa Brasil sem Homofobia – Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra GLTB e de Promoção da Cidadania Homossexual (Brasil, 2004) pode ser considerado um marco no que diz respeito à formulação de iniciativas governamentais voltadas para a cidadania da população LGBT.

A partir desse momento, surgiram diferentes iniciativas que caminharam no sentido da formulação de uma política nacional de saúde que contemple as especificidades LGBT, como o lançamento da versão preliminar do documento *Política Nacional de Saúde Integral de LGBT*, em 2008, e cuja versão final foi apresentada pelo governo federal em 2010 (Brasil, 2010). A esse documento, somam-se outros, como os *Anais da I Conferência Nacional LGBT* (Brasil, 2008b), realizada em 2008, cujos resultados foram sistematizados em 2009, no *Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais* (Brasil, 2009), que propõe ações para a promoção da

saúde de grupos subordinados e excluídos do acesso a bens e serviços de saúde em função da orientação sexual e identidade de gênero. Essa ampliação de planos e documentos que estabelecem diretrizes para a promoção da integralidade do cuidado entre LGBT, conforme destacam Mello et al. (2011), ainda carece de efetividade:

Contudo, apesar da existência de vários projetos, programas e outros compromissos do governo federal relativos ao tema da saúde da população LGBT, o que se pôde constatar, a partir das entrevistas com gestoras governamentais e ativistas, é que ainda existem vários obstáculos no tocante à efetividade das propostas do governo. Como destaca uma gestora entrevistada: “As políticas só se efetivam mesmo a partir da ação, né? Papel aceita tudo, aí você bota lá muitas coisas. Agora, fazer acontecer é um desafio”. (Mello et al., 2011, p.17)

A ampliação do atendimento das necessidades de saúde das travestis nos serviços de saúde, exceto pela variedade de serviços voltados para o controle da aids, encontra-se limitado a programas de saúde localizados em alguns municípios do país.⁵

-
5. Em Uberlândia (MG), no final de 2007, foi implementado, por meio de parceria entre a Associação Homossexual de Ajuda Mútua (Grupo Shama) e a Universidade Federal de Uberlândia, o Ambulatório Saúde das Travestis. O ambulatório funciona das 17h às 19h, todas as terças-feiras, prestando atendimento de atenção básica na área médica, psicológica e odontológica e realizando exames de rotina básicos, como sorologia para HIV e hepatites virais, bem como o tratamento das travestis infectadas. As consultas são agendadas pelas demandas que surgem do contato dessa população com os agentes de saúde que distribuem preservativos. Em São José do Rio Preto, no interior de São Paulo, passou a ocorrer uma experiência semelhante, com a criação, no final de 2008, do Ambulatório de Saúde “T”, através da parceria entre o Centro Municipal de Prevenção e Diagnóstico em DST/Aids de São José do Rio Preto, o Centro de Referência em Direitos Humanos e Combate à Homofobia, o Grupo de Amparo ao Doente de Aids (Gada) e a Associação Riopretense de Travestis e Transexuais (ARTTS). O ambulatório realiza atendimentos uma vez por semana, das 18h às 22h, na Unidade Básica de Saúde (UBS) Dr. Domingos

Na cidade de São Paulo, em junho de 2009, foi inaugurado o Ambulatório de Saúde Integral de Travestis e Transexuais do Centro de Referência e Treinamento DST/Aids (CRT DST/Aids-SP), vinculado à Secretaria Estadual de Saúde. Esse ambulatório conta com uma equipe ampla e interdisciplinar, de diferentes áreas técnicas. Com parcerias estabelecidas com hospitais, têm se ampliado os tipos de atendimentos médicos mais complexos para travestis e transexuais, como o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP, que ampliou as vagas para a realização de *cirurgia de redesignação sexual* para transexuais, único serviço de saúde que realiza o *procedimento transexualizador*, em São Paulo, pelo Sistema Único de Saúde. O ambulatório do CRT DST/Aids-SP começa a tratar, por meio de procedimentos corretivos, as deformidades geradas pelo silicone industrial no organismo.

Essas ações permitiram a formulação de documentos normativos voltados para a atenção à saúde de travestis, com a aprovação da Resolução 208, de 27 de outubro de 2009, do Conselho Regional de Medicina do estado de São Paulo e do Protocolo Clínico Saúde Integral para Travestis (Portaria CRT a-1, de 27 de janeiro de 2010).

Os documentos definiram as intervenções legítimas da medicina nas travestis maiores de 18 anos, sobretudo no que diz respeito ao acolhimento; à avaliação endocrinológica, com orientação e definições de dosagens de hormônios; às avaliações psicológicas, médicas, urológicas, proctológicas, psiquiátricas, fonoaudiológicas permitindo o treino vocal; e à garantia da realização de avaliações para procedimentos estético-reparadores, como as cirurgias plásticas, a colocação de próteses cirúrgicas e a reparação de danos provocados pela colocação de silicone industrial.

Marcolino Braile, do Jardim Vettorazzo. Os serviços são oferecidos pelos agentes de saúde do Programa Municipal de DST/Aids da cidade, e incluem agendamento de consulta médica e de enfermagem básica, como acompanhamento da vacinação, exames rotineiros, e também ações de prevenção, testagem das DST/HIV/hepatites B e C, tuberculose e câncer de próstata, além de distribuição de insumos.

Esses discursos sobre saúde corroboram uma tendência mais ampla de medicalização da sociedade, que se consagrou no Brasil com a criação do SUS, adentrando zonas antes esquecidas – afinal, na maioria das vezes, ocorre à automedicação entre as travestis e uso de técnicas para a construção do corpo que lhe são próprias.

Vale lembrar que a anunciada universalidade e gratuidade dos serviços de saúde, segundo Maria Helena Oliva Augusto (1992), permitiu a identificação entre “direitos à saúde” e “assistência médica”, sobretudo com a destinação de recursos públicos cada vez maiores para a execução de procedimentos médico-hospitalares que se baseiam, no primado da medicina, nas respostas ao adoecimento, à cura e ao controle das doenças.

A aquisição da seguridade por meio de planos de saúde e do consumo de equipamentos privados é parte do mesmo processo, menos viável para a maioria da população e para a maioria das travestis que participam desse estudo.

A emergência do “direito à saúde” no Brasil e a tendência de ampliação do consumo da tecnologia médica é um processo ambíguo, pois a procura do atendimento médico, embora cada vez mais universal às diferentes posições sociais, dificilmente mostra-se igualitário e capaz de melhorar a qualidade de vida das pessoas, que podem, inclusive, recorrer a adoecer após a cura administrada pelo uso dessas tecnologias, pelos mesmos fatores que predispueram à procura do médico, uma vez que a abordagem das condições sociais que favorecem as doenças são preocupações mais laterais e certamente requerem imensos investimentos (Augusto, 1992).

A procura por atendimento médico e suas resoluções, o consumo dos equipamentos médicos e odontológicos, seja a atenção básica ou as formas de média e alta complexidade dos hospitais públicos e/ou privados mostra-se cada vez mais imbricada com concepções sobre recuperação do doente, revelando o crescente investimento técnico e simbólico numa concepção restrita de direito à saúde que opera um conceito eminentemente estratégico de *necessidade de saúde*.

Vale distinguir a *necessidade* como motivo para acionar medidas terapêuticas que permitem às pessoas experimentarem o sentimento de adoecer através da interação com o saber do médico, da operação que identifica uma determinada patologia e torna a pessoa doente e administrável. Saber e prática médica passam a decidir se o estado do sujeito corresponde a uma determinada patologia clinicamente identificável no exame, e, em torno dela, a tecnologia passa a ser manipulada nas medidas terapêuticas, como a prescrição do consumo de medicamentos.

A valorização do corpo saudável inserido nas produções midiáticas aponta para essa mudança na concepção de saúde, e, cada vez mais, o banimento do espaço público da dor e do sofrimento, com o encerramento do doente no espaço clínico e médico-hospitalar, ou, ainda, com a divulgação de uma imagem positiva e transformadora daqueles que sofrem/adoecem e devem consumir os fármacos para se adequar a essa concepção.

Outra face do consumo médico como meio para recuperação da saúde evidencia que a terapêutica com medicamentos é parte do conflituoso campo da saúde coletiva. Nesse caso, pode-se incluir uma infinidade de medicamentos amplamente consumidos para aplacar problemas considerados corriqueiros e não incapacitantes ao desempenho dos sujeitos nas suas relações sociais, como dores de cabeça, dores musculares, febres, problemas de digestão, angústias, estresse e possibilidades de depressão etc.

O acesso aos serviços médicos e hospitalares não se realiza de maneira integral e horizontal para toda a população. Em relação às travestis, as experiências na área de assistência em saúde são limitadas e geograficamente localizadas, e a ampliação do equipamento médico que ocorreu no Brasil não melhorou o atendimento das necessidades específicas de saúde das travestis nas localidades que dispõem de serviços de saúde.

Para a maioria das travestis, os equipamentos médicos existentes em suas localidades não lhes permitem dispor de programas seguros para modelar seus corpos e se manterem saudáveis. Conforme apontamos, em Charmosa, as iniciativas voltadas para o

agendamento e encaminhamento de consultas e exames a partir das agentes de saúde que trabalham na prevenção das DST e aids, facilitam o acesso à rede de atendimento básico em saúde do município, mas está distante, em termos de complexidade, do atendimento que apresentei anteriormente a respeito do Protocolo Clínico Saúde Integral para Travestis. Na verdade, as travestis, com poucas exceções, como aquelas que estabeleceram relações de confiança e reciprocidade com as equipes das unidades e postos de saúde de suas vizinhanças, raramente procuram o atendimento médico, seja para a prevenção através de exames de rotina, seja para a recuperação da saúde.

Em contraponto, os saberes compartilhados com as demais travestis, as terapias populares com chás, ervas, xaropes, a procura da farmácia para adquirir hormônios, remédios para dores de cabeças e musculares, para curar pequenos resfriados, até mesmo medicamentos antidepressivos, são alternativas mais viáveis, práticas e correntes entre elas.

Cabe ressaltar outro aspecto da saúde pública, que tem dado pouca ou nenhuma atenção aos efeitos punitivos e excludentes implicados nas concepções sobre saúde mental e *travestilidade*. Ocorreu um longo investimento médico e científico no controle das diferenças e na moralização dos comportamentos com suas forças normatizantes, e as suas injunções são parte importante da produção dos estigmas que afetam a vida cotidiana das travestis e que as afastam do acesso às tecnologias seguras de cuidado com a saúde e o corpo (Leite Junior, 2008).

As referências patologizantes ao *ser/estar travesti* estão presentes em várias concepções e discursos sobre saúde, experiência entendida como psicose, distúrbio e perversão. Essas concepções são correntes no senso comum e reforçadas nos manuais e diretrizes médicas, por exemplo, a *Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde* – Décima revisão.⁶ Con-

6. A *Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde* – Décima revisão (CID-10), da Organização Mundial de Saúde, endossa

forme propõe Peres (2011), a despeito dessas injunções, trata-se de afirmar a possibilidade de as travestis se constituírem como sujeitos plenos, dotados de valores éticos e estéticos próprios, pelos quais podem e devem modular seus projetos de vida e felicidade.

Atribuir à transformação da travesti uma categoria nosográfica deslegitima o acesso à saúde, cria sofrimento e sentimentos de inadequação social, aprofunda a exclusão social, exercendo efeitos no adoecimento psíquico e social das travestis, impondo múltiplas barreiras para que sejam reconhecidas em suas singularidades, aceitas e respeitadas.

uma visão médica e normativa acerca da categoria travesti nas seções Transtornos da Identidade Sexual (F64) e Transtornos da Preferência Sexual (F65). Jorge Leite Júnior (2008), em sua tese de doutorado, reúne uma vasta documentação que versa sobre a genealogia das categorias travesti e transexual no discurso científico.

5

CORPO, BELEZA E SAÚDE

A corporalidade

“Ser travesti é um processo, nunca se encerra. Construir um corpo e cuidá-lo é uma das maiores preocupações das travestis” (Pelúcio, 2005b, p.224). A materialização do corpo da travesti está relacionada à produção de um sentimento feminino cotidianamente reiterado, desde os cuidados com o rosto, os cabelos, as unhas, as vozes, os tiques e gestos, a escolha das vestimentas, dos adereços, até uso de tecnologias como autoaplicação de hormônios, uso de silicone e/ou próteses industriais. É aqui, entre concepções de feminilidade, estética, beleza, que é possível refletir sobre as imbricações do saber das travestis com as concepções sobre o corpo e sua saúde.

A materialização da corporalidade travesti inscreve identidades que operam diferentes sentidos, conforme as diferentes trajetórias de vida e os desempenhos nas interações e experiências subjetivas, tornando difícil generalizar o processo em termos classificatórios. *Gayzinho, mona, moninha, traveção, garota, patricinha*, entre outras, são categorias utilizadas tanto para reconhecimento de si como para a acusação das pessoas que vivenciam as transformações do gênero, conferindo valores aos investimentos na apresentação e no desempenho das interações.

Muitas são as categorias que emergem a partir do ponto de vista nativo das travestis que se constituem. Essas classificações operam convenções, valores, práticas e representações ligadas à transformação do gênero, aos usos dos corpos, à vivência da sexualidade e aos relacionamentos. As categorias classificatórias, nesse sentido, são consideradas em sua emergência situacional e contingente operada nas negociações e no trânsito dos sujeitos entre códigos sociais.

As travestis não acreditam serem mulheres, são *mulheríssimas*. Essa expressão que encontramos em Don Kulick (2008) para descrever o sentimento que designava a experiência de transformação do gênero das travestis com quem conviveu em Salvador, Bahia, permite aproximar-nos de um *ethos* baseado na estilização do corpo que adquire novos sentidos e qualidades e que produz a diferença por meio dos desejos que agenciam os corpos.

Além disso, compartilhar as casas das travestis me permitiu acesso à dimensão dos hábitos e valores que permeiam a vida cotidiana fora do cenário noturno das esquinas onde elas costumam se apresentar. Com a luz do dia, muitas vezes as travestis se recolhem em suas casas e deixam de frequentar espaços comuns, como ir a um supermercado ou ao posto de saúde. Diante das imensas barreiras e preconceitos que enfrentam ao se exporem a interações imprevistas, muitas travestis se isolam da rua e dos contatos com outras pessoas durante o dia, constituindo, até mesmo, um mercado informal entre elas e suas relações, como quando precisam de algum objeto ou de consumir algum produto, pedem o auxílio de outras pessoas, como amigos, vizinhos e familiares, não raro com trocas envolvendo pequenas quantias de dinheiro ou presentes.

A necessidade de controlar os efeitos estigmatizantes e o policiamento sobre suas identidades, tem exigido das travestis peripécias capazes de conformar laços de vizinhança que lhes garantem respeito e conhecimento dos vizinhos, rompendo, dessa forma, com o sentimento de isolamento social e garantindo proteção.

Compartilhar o dia, a casa, a dimensão do lar e das interações com a vizinhança mostraram estratégias capazes de confrontar dados sobre os trânsitos entre espaços/temporalidades das travestis.

Durante o dia, as travestis dedicam cuidados especiais com o corpo, a beleza e a saúde, quando estão voltadas a prover sua alimentação, e se recuperar das ressacas e das bebidas alcoólicas ingeridas durante a noite, limpar e arrumar a casa, cuidar das roupas, frequentar a farmácia e adquirir hormônios, frequentar o posto de saúde da localidade, conversar com os vizinhos e receber os amigos que frequentam suas casas, conversar sobre os *maridos* e *namorados*, e preparar estratégias para lidar com os conflitos com outras pessoas.

Ambiente sempre povoado, as moradias das travestis quase sempre estão ocupadas por amigos, pela televisão ou pelo rádio no mais alto volume. Nesse espaço, vão compondo a montagem do gênero, dedicando longo tempo para a maquiagem, a olhar para os espelhos redefinindo a apresentação, escolhendo as roupas para a noite.

As travestis promovem modificações em seus corpos fisiologicamente masculinos, visando deixá-lo o mais parecido com o das mulheres (Benedetti, 2005, p.18), mas diferem das pessoas transformistas que executam a *montagem* em momentos esporádicos e festivos, e das transexuais, mais afeitas às injunções dos discursos médicos e psicológicos, corporalidades que, do ponto de vista das travestis, requerem a adesão à cirurgia de transgenitalização e de construção da vagina.

As travestis, ao intervirem no corpo, preservam o pênis, chamado de *neca*.¹ A transformação de gênero e os cuidados despendidos com o corpo realizados pelas travestis requerem saberes diversos, como usar a calcinha de modo a criar a aparência da região pubiana feminina, o que chamam de *acuardar a neca*, técnica de fundamental importância, que consiste em esconder o pênis forçando-o para trás, entre as pernas. A categoria, em seu uso corrente, designa ao mesmo tempo a transformação do homem e do

1. A *neca* tem seu valor próprio, assim como as demais partes do corpo travesti. No cotidiano da prostituição, as travestis enfatizam o desejo acionado por clientes que procuram aquelas que têm *neca* grande, ressaltado como um símbolo de prestígio que, por outro lado, feminiliza os parceiros sexuais e afetivos.

masculino na construção da pessoa travesti, e permite as peripécias nas categorias classificatórias de feminilidade. Essa ambiguidade marca toda a sexualidade das travestis e os desejos constituídos em torno dessas corporalidades que redefinem as fronteiras normativas do gênero. Dessa forma, em suas casas, as vivências das travestis em relação aos cuidados com o corpo tomam uma dimensão importante e parte substancial de seus esforços, quando testam os conhecimentos adquiridos na noite e entre suas relações mais amplas, na alteração da estética corporal e na forma de se conduzir no mundo.

Lavar, hidratar, estender no varal para secar, escovar, cortar e disciplinar as pontas arredias, prender com grampos e afixá-lo nos cabelos naturais. Durante o dia, esses cuidados com as perucas são indispensáveis para emoldurar o rosto e criar a aparência feminina esmerada, para usar de seus efeitos na vida noturna, jogá-la de um lado para o outro, se exhibir, se sentir bela, encantar e seduzir os clientes. O *picumã* feito de fios sintéticos, a famosa peruca, consiste em um dos principais artifícios das travestis com quem convivi para montar o visual feminino desejado.

No Posto, as travestis o utilizam abundantemente e valorizam o emolduramento do rosto criado por essa tecnologia. Estilos diferentes podem ser atingidos. Rosa possui quatro perucas de fios sintéticos. Com elas faz a *loira*, de fios longos esvoaçantes, com ondulado longo que ultrapassa o ombro; também a *morena*, de fios longos e lisos. Algumas vezes pode ocorrer de a sombra disponível para maquiagem não combinar com a cor do cabelo, ou ressaltar um pouco mais o tom da pele. A *ruiva*, de fios longos ondulados, combinada com a sombra do rosto de tom mais escuro, deixa Rosa, conforme ela própria, no clima da estação, queimada do sol de verão. O estilo curto Chanel, de cabelos pretos, mesclado de camadas que afina a nuca, deixando-a longa e cônica, dá um toque de *moderna*.

As travestis, em posse de informações repassadas pelas amigas, com cerca de 70 a 150 reais compram os modelos de perucas de fios sintéticos disponíveis nas lojas especializadas em produtos cosmé-

ticos e de cabelos de Charmosa, ou realizam trocas entre elas mesmas. Rosa, por exemplo, trocou e ganhou algumas delas.

Pode ocorrer também de a peruca não garantir aos olhos das outras travestis o prestígio almejado. A arte de exibir a peruca depende de leveza dos gestos, postura para não deixá-la escapar, para ser ajustada ao rosto, e o risco de ficar torta e mal afixada pode denotar falta de esmero, desleixo.

No Posto, Rosa costumava falar mal daquelas que estavam aprendendo a usar o recurso, e que não se comportavam como “meninas” durante o dia – denominando-as de “*menininho de peruca*” –, caso de Jaqueline, especialmente devido a seus conflitos, e outras jovens que a acompanhavam, como Diva, Hilda e Milena, que não utilizam outros recursos protéticos. Entretanto, a própria Rosa, quando exagerava na bebida alcoólica durante a noite, se aproximando do amanhecer ainda sob o efeito de seus drinques, deixava de exibir aquele esmero exigido na montagem durante o dia e nos retoques durante a noite, e o visual tampouco era bem-visto pelas outras travestis, que faziam comentários depreciativos.

Logo nas primeiras aplicações do recurso pode se sentir feminina, mas sem exageros, pois *jogar o cabelo* exibindo-os excessivamente para provocar nas outras travestis o reconhecimento da feminilidade, pode resultar em uma afronta, em um *close* perigoso, e suscitar uma provocação. *Jogar o cabelo* é um ato de exibição e provocativo mas também de enfrentamento e hostilidade entre as travestis.

De alto valor entre as travestis, algumas buscam guardar recursos para procurar *peruqueiros* (aqueles que dominam a arte de fazer perucas) especializados, como há na cidade de São Paulo, para fazê-la de fios naturais, o que custa muito dinheiro. A maioria não dispõe desses recursos.

Jaqueline dispunha de 800 reais e conseguiu comprar de outra travesti, de uma cidade vizinha de Charmosa, uma peruca de fios naturais longos, lisos e pretos. A exibição dos cabelos dava novo tom à imagem que as travestis alimentavam acerca de Jaqueline –

ela se valia de suas vantagens para querer ser melhor que as outras, diziam.

Outra técnica valorizada é o uso de *Mega-hair*, que pode ser feito com fios naturais (mais caros e mais valorizados) ou sintéticos (considerados menos duráveis, mas de menor custo). Essa técnica consiste em juntar os cabelos naturais ao alongamento, através de produtos, como queratina, que fixam os fios um a um.

Também há o uso de tranças de *Kanekallon*, como Carol gostava de usar. As tranças do *Kanekallon* são afixadas nos cabelos crespos, antes desembaraçados, e depois trançados ao alongamento sintético, sendo a marca de uma estética racializada, uma vez que se observa a valorização entre as travestis negras e o desprestígio pela maioria que busca as marcas que suscitam a branquitude.

O gosto pelo liso e ondulado contrasta com o crespo e enrolado ligado à negritude, com menor valor entre as travestis, o que reflete enfeixamentos de cor/raça na vivência da corporalidade e estética, valorizando mais a marca de prestígio dominante. De outro lado, os cabelos naturais, todos trabalhados, são os mais cotados e valorizados. A naturalidade dá em troca reconhecimento como mais feminina, como é o caso de Rosa, quando deixa as perucas, para usar seus cabelos naturais. Os cabelos crespos, tingidos de castanho escuro, exigem longa dedicação e cuidados que duram mais de uma hora em frente do espelho com a escova, a chapinha e o secador, a fim de alongá-los e alisá-los, até um pouco abaixo do queixo. Entretanto, chega um momento em que o cabelo começa a enfraquecer, ficar quebradiço devido ao uso constante dessas técnicas, exigindo o uso de produtos cosméticos para fortalecê-los, e, assim, Rosa passa a usar suas perucas, dando um tempo para os cabelos readquirem a vitalidade.

Lorena deixou seu cabelo crescer e faz um corte Chanel, um pouco modificado do tradicional, curto na nuca e mais longo na altura do queixo. Ela gosta de experimentar a *morena* e a *loira* e, sempre que crescem os cabelos naturais, retoca-os com novo tingimento. Ela, assim como outras travestis que exibem cabelos naturais, dedica a eles diferentes cuidados especiais, cosméticos, hidra-

tações, produtos antiqueda, reparadores de pontas, finalização com silicone, cremes antifrizz (para não armar, não enrolar, controlar os fiozinhos arrepiados que teimam em ficar para cima).

Os *picumãs*, em seus diferentes estilos, são indispensáveis nas montagens de gênero das travestis, que, através deles, criam novos rostos, contornando a superfície que reflete um trabalho minucioso, completado com a maquiagem e desenho da pele.

O cuidado com os pelos do rosto (*chuchu*), retirados um a um com a pinça, é o primeiro passo para preparar a pele para receber a maquiagem. O uso de barbeadores clássicos de navalha ou lâmina não deixa o mesmo resultado que o uso da pinça e, por ser um ato cotidiano de homens, masculiniza e deixa as marcas dos pelos no rosto, demonstrando desleixo na vivência da estética valorizada. Sobre a pele lisa, lança-se mão de bases líquidas corretivas que disfarçam os poros e a marca de barba, os ângulos e traços são realçados por tons de *blush*, pós-compactos esfumados sobre o rosto.

A boca é realçada com batom, sendo o vermelho um dos mais usados, seguidos de *pink*, rosa, chocolate. Também são usados delineadores para os contornos da boca, o *gloss* e os brilhos para criar volume nos lábios, cobrindo-os de uma camada uniforme do produto.

O contorno dos olhos, que fiquem a atenção, requer um trabalho delicado e minucioso de pigmentação, com delineadores de sobrancelhas, com o lápis preto, as sombras coloridas pinceladas nas pálpebras, os cílios alongados cuidadosamente com máscaras que auxiliam a destacá-los e curvá-los. Literalmente, cada uma reinventa as possibilidades de ver e ser vista com outros olhos.

As unhas pintadas e cuidadosamente aparadas e lixadas, em busca de ficarem compridas, assim como algumas recorrem às unhas postiças coladas com Super Bonder, mas estas não têm o mesmo valor que aquelas nascidas de modo natural.

Outro cuidado fundamental diz respeito à depilação. Os pelos do corpo devem todos ser eliminados, das axilas, da região dos seios, do abdômen, das pernas. O braço pode receber um tratamento com água oxigenada, que descolore os pelos, deixando-os

menos aparentes. Assim como em relação ao *chuchu*, retirar os pelos do corpo com uso de barbeador é desprestigioso, deixa a pele mais irritada e os pelos que ressurgem trazem a sensação de espetar a pele do outro. Por isso, muitas recorrem a ceras líquidas, que têm o efeito mais duradouro, sendo possível associar o uso de produtos químicos que quebram os pelos que ressurgem. Os pelos pubianos da virilha são também aparados e estilizados e os pelos do *edi*² e do bumbum, eliminados.

Por fim, as longas sessões de limpezas intestinais. Feitas com a inserção de água nos intestinos para eliminar as fezes – prática denominada como *chuca*, *clister* –, são requisitos para sair à noite em busca de clientes. Torna-se desagradável para a maioria ser acusada de *passar um cheque*, sujar com as fezes na penetração anal. Assim como não gostam de recebê-las de seus clientes.

Esses cuidados para a produção do gênero travesti trazem à luz como os artifícios de feminilidade regulam os corpos e como são reiterados no cotidiano. Dia a dia em frente do reflexo do espelho, com o fim da maquiagem – já com a roupa feminina escolhida, os acessórios, os sapatos de salto alto –, na bolsa feminina um pouco dos produtos utilizados são levados a todos os lugares em que circulam, sobretudo na vida noturna. Depois de um amasso, agito e movimentos, um novo retoque para refazê-las bonitas.

Dessas astúcias, emerge um saber próprio e periférico que reinventa e se apropria de tecnologias de gênero disponíveis que permitem feminizá-las, como a prática de hormonização e sua ligação com a saúde e a beleza, sobre os quais verso a seguir.

2. Ânus.

Os hormônios

Eu fui no postinho [de saúde] uma vez pra poder pegar o hormônio. É uó mona, demora três meses para depois receber uma cartela por mês. [Carla]

Os hormônios produzem diversas alterações no corpo valorizadas pelas travestis. Elas acreditam que são capazes de alterar o timbre da voz, aumentar os seios e o quadril, tornar a pele mais macia, diminuir os pelos e alterar os humores que ficam à flor da pele, e essa alteração comportamental transforma as sensações das travestis em sua relação com o mundo exterior, dotando-as de uma sensibilidade feminina.

Carla utiliza uma injeção semanal de Perlutan, aplicada numa farmácia próxima de sua casa. O farmacêutico atende outras travestis, e cada aplicação custa entre 10 e 15 reais. Além disso, ela faz uso de comprimidos anticoncepcionais, chega a tomar cerca de seis comprimidos diários. Acredita estar viciada em hormônios, pois é tomada por uma vontade de se hormonizar constantemente, mas acha-os indispensáveis para se realizar enquanto travesti.

Carla tem 26 anos e, desde os 15, utiliza hormônios femininos, já tendo experimentado diversos tipos combinados. Há cerca de quatro anos, quando se mudou para um bairro da periferia de Charmosa, ela procurou uma unidade básica de saúde e agendou uma consulta com o clínico geral que atende a população local. Em geral, o agendamento de consultas exige paciência dos usuários de serviços de saúde, são longas filas para acessar o médico. Carla não tinha nenhum problema de saúde para relatar ao médico, apenas gostaria de um acompanhamento em relação à utilização de hormônios femininos e de obter gratuitamente esses medicamentos por meio do SUS. A consulta foi decepcionante para ela. Narrou que o médico deu uma *palestra*, isto é, dirigiu a ela variados preceitos para sua conduta, embora não a tenha declarado, por ser travesti, uma doente, ele considerou que existiam riscos de adquirir doenças, como câncer, e ter seu fígado afetado por um hormônio que

não era para ser usado no corpo masculino, entre outras reações adversas. Ela insistiu bastante para o médico sobre a sua necessidade de utilizar os hormônios para ficar mais feminina, e declarou-lhe que fazia anos que utilizava doses diárias de comprimidos anticoncepcionais e a aplicação semanal de Perlutan. O médico chamou a atenção para o risco à saúde que ela corria, e combinou que receitaria uma pílula anticoncepcional, mas ela deveria abandonar o uso sem prescrição, tomar apenas uma pílula diária e retornar no mês seguinte, para uma consulta de avaliação para saber como andavam as reações físicas, para testar uma diminuição do uso, até ela abandonar o que ele chamou de “vício químico”.

Ela não seguiu as prescrições do médico, adquiriu uma cartela de Ciclo 21 na unidade de saúde e não voltou mais. A experiência dela na unidade de saúde também gerou um constrangimento devido aos olhares policiaiscos:

Todo mundo me olhava. Meu Deus! Chegou a dar um frio na barriga quando o médico me chamou pelo nome masculino, eu estava mais discreta possível, de jeans, camiseta, um batonzinho só, mas de menina, né, comportada. Chegou a chamar três vezes. Levantei de cabeça baixa, não tinha coragem de olhar pra aquele povo todo, não teve jeito de disfarçar, levantei e fui para a salinha. [Carla]

A experiência de Carla no uso de serviços de atenção básica em saúde encontra-se próxima de outros relatos colhidos com travestis, que enfatizam os olhares que são dirigidos a elas nesses ambientes. Rosa teve uma alergia na pele e buscou uma unidade de saúde da família próxima de sua residência, ela também se referiu à vergonha quando foi chamada pelo nome masculino. Ela pediu para a médica chamá-la pelo nome adotado e foi respeitada, mas o mesmo não ocorreu com uma funcionária evangélica que foi marcar o agendamento de nova consulta. Mesmo tendo pedido para se referir a ela no feminino, a funcionária resistiu, dizendo que não tinha obrigação de tratar ninguém por apelido, que, se quisesse ser chamada de outra forma, deveria alterar sua carteira de identidade. Isso foi o

suficiente para Rosa fazer um escândalo, a ponto de pedirem para ela se retirar da unidade de saúde com a ameaça de chamarem a polícia.

Na narrativa de Carla sobre o contato com o médico, apareceu também o uso da palavra *palestra*. Em outras situações, essa palavra foi utilizada pelas travestis para se referir à prática educativa de agentes de saúde, como ocorreu na casa de Adriana, quando cinco amigas travestis que moravam com ela receberam orientações de direitos e prevenção de uma travesti ativista e agente de saúde de uma cidade vizinha de Charmosa, que estava a serviço de uma associação de defesa de direito de LGBT, e que fez explanações bastante enfáticas sobre os riscos do uso excessivos de hormônios. Nessa oportunidade, após a despedida da equipe de agentes de saúde, as travestis debocharam do visual da agente travesti, chamando a atenção para seu corpo, suas falhas e falta de feminilidade condizente com suas prescrições, já que não era adepta de silicone, nem de hormônios.

As travestis resistiam às injunções higiênicas presentes nas recomendações, evidenciando a lógica em que esses discursos se assementam. A *palestra* é algo excessivamente enfadonho, e não propõe alternativas concretas, apenas verborragias que não são praticadas. Uma técnica que está afinada com as pretensões disciplinadoras da saúde pública, e que efetivamente tem poucos resultados, como ensejar um uso mais restrito de hormônios entre as travestis.

Muitas travestis relatam a utilização de hormônios femininos, remédios concepcionais e de reposição hormonal voltado para mulheres na menopausa para obter formas femininas em seus corpos. Os hormônios são adquiridos através de um mercado de trocas com as mulheres de seus círculos de relacionamento, que repassam remédios como o Ciclo 21, adquirido gratuitamente na rede pública de saúde, ou são aplicados nas farmácias por meio de injeções nos músculos glúteos ou nos braços e sem nenhum controle médico, sendo mais comum o uso combinado de vários medicamentos (Gestadinona, Perlutan, Uno Ciclo entre outros).

Sandra destaca a ação dos hormônios no organismo, capaz de diminuir a masculinidade, e uma dúvida sobre seus efeitos para a saúde ilustrada em sua interação com as médicas durante a interação para o tratamento da tuberculose:

Gestadinona, Ciclo 21, Neociclo, Neovlar, antigamente tinha a Benzoginoestril, ela custa um, dois reais, você tomava uma ampola por mês o bico do seu peito já estourava aquela bola, a bicha era tão forte, cortaram ela, não vende mais, era um hormônio muito barato e muito forte, duas ampolinhas custando um, dois reais, as bichas eram tudo hormonizada, tudo lindas de corpo. Em comprimido tem o Ciclo 21, o Neovlar, o Microvlar – tem a Depo Provera que é injetado, que é ótimo. Pode tomar um por mês, ela vem num tubinho, um líquido branco, você injeta ela e acabou, tem a de 500 miligrama e a de 1.000. Você pode tomar a de 1.000 e ficar dois meses sossegado, só que sem gozar. O segredo está aí, você não gozar. As veias da mão some tudo, a pele vai ficando roliça, a coxa vai crescendo, vai criando hormônio feminino dentro de você, e o hormônio masculino vai morrendo. Isso foi o que a médica me passou né, sem poder, mas eu sou curiosa eu converso muito. Eu pegava no hospital as médicas, de orelhada mesmo, perguntava, quero saber. Vocês precisam me explicar, aproveitar que eu estou aqui internada, eu tomo hormônio como é que faz, e ela dizia que não pode. [Sandra]

Nessa dúvida lançada por Carla ao saber médico sobre o uso de hormônios percebe-se que ela buscou o postinho para suprir tal demanda. Mesmo insatisfeita, há uma interferência de sua ação junto ao médico.

Embora ele aprecie negativamente os efeitos no organismo e o uso incorreto da tecnologia, acabou por prescrever uma cartela de Ciclo 21. Mas Carla não se convence em usar apenas uma cartela do remédio durante um mês e aguardar mais alguns para uma nova consulta com o clínico. Preferia comprar os seus hormônios na farmácia e usá-los com base em um saber próprio do que passar pelo

crivo da consulta médica e das interações com outros funcionários pautadas por repulsas e desconfianças.

Sandra fez um movimento parecido quando no hospital procurou saber das médicas sobre os hormônios, perguntando sobre as reações, a maneira correta de administrá-los. Diz que mesmo a médica proibida de repassar informações acerca da prática, explica o funcionamento da substância no corpo, e Sandra traduz, por meio de seus elementos culturais, que os hormônios femininos vão mantendo os masculinos presentes no corpo, e soma a essa prescrição outras, por exemplo, sobre como evitar a ejaculação.

Essas duas interações mostram a conduta das travestis. Acostumadas a se conduzir com base em um saber subversivo das técnicas de transformação, requerem dos médicos uma aproximação às suas realidades. Não obstante, na expectativa de obter rapidamente os efeitos dos medicamentos, as travestis utilizam múltiplas e excessivas doses em curto período de tempo. Os *hormônios* afetam diretamente o *sangue* das travestis. Essa representação se articula aos variados efeitos positivos e transformadores que permitem às travestis experimentarem o sentimento de feminilidade.

Conforme mostrou Pelúcio (2009), as travestis participam de um contexto simbólico e material que se baseia nas representações e conhecimentos populares sobre saúde, conferindo sentidos diferentes ao funcionamento do corpo em relação aos saberes médicos e científicos. Nesse caso, valendo-se das análises de Luis Fernando Dias Duarte (1986), encontra na categoria *nervoso* a convergência de representações sobre os diferentes usos e efeitos dos hormônios na transformação do gênero.

As travestis narram, frequentemente, que os hormônios as deixam excessivamente nervosas, sensíveis ao mundo exterior, e incapazes de controlar suas ações, porque, internamente ao organismo, a substância provoca alterações físicas e morais, perturba a *cabeça* das travestis, deixando-as mais atentas e dispostas aos detalhes das atividades, como cuidar da casa, da limpeza, das roupas, mais suscetíveis a comportamentos de fundo emotivo e irracionais, representadas como qualidades femininas.

Alguns regimes são necessários para manter os efeitos do hormônio no organismo, como não ingerir bebidas alcoólicas e drogas que sujam o sangue e bloqueiam a ação da substância no corpo. Muitas travestis consideram que o hormônio aumenta o apetite, produz a desregulação da digestão e do peso, favorecendo engordar; algumas reclamam de sensibilidades nos mamilos; consideram que a voz adquire tonalidades mais femininas; que a pele do rosto fica mais suave e com menos impurezas, pois o hormônio afina e limpa o sangue grosso (masculino). Assim como diminui o desejo de fazer sexo, e, com isso, dificulta a ejaculação, produzindo o *nervoso*, que, conforme apontou Pelúcio (2009), é homólogo à ideia de *obstrução* dos fluxos naturais e normais das substâncias no organismo.

A necessidade de desobstruir o esperma (que nesse caso representa o sangue masculino em relação à menstruação feminina) é algo natural, que permite readquirir o controle da cabeça. Entretanto, esse ato, o *gozar*, elimina as substâncias que definem a feminilidade e faz, por sua vez, o sangue novamente engrossar, masculinizando-as (Pelúcio, 2009, p.216). Essas ideias são prescritas entre as travestis com quem convivi, que compartilham a visão apontada por Pelúcio. Um depoimento de Sandra é ilustrativo a esse respeito:

As duas primeiras injeções que você toma. Nossa de você ver o cara passando do outro lado da rua você já se molha todinha. Aquilo você tem que segurar mesmo no nervoso. Não pode gozar de maneira alguma. Porque se você começar a tomar hormônio e gozar, você começa a emagrecer e cortar o efeito. Você vai tomando hormônio e ele vai te inchando sabe. Depois de uns três meses que você está tomando e você não goza mais, você não sente mais ereção, seu pau não levanta mais, fica mole, vai ficando até pequeno.³ Dá efeito, dá quadril, corta barba, tira pelo. Fica mais afeminada. Fica mais sensível com as coisas, fica até mais lerda pra

3. As travestis relatam que os hormônios causam, a longo prazo, dificuldades de ereção e, com isso, acabam deixando de ganhar dinheiro em programas com os

fazer as coisas. Dá uma fome desesperadora, você come tudo que você vê na frente. O certo é tomar uma vez por semana, eu injeto em mim mesma a Perlutan, você acha na farmácia, você compra, custa uns 10 reais. Pelo posto [unidade de saúde] eles não dão, porque a gente somos homem, né. A gente tem que comprar mesmo. [Sandra]

Cabe ressaltar a inexistência de estudos e mensurações que apontem os efeitos à saúde das travestis em relação aos usos excessivos de hormônios. Uma vez que as travestis não possuem o acompanhamento médico, e não há controle da qualidade e quantidade dos produtos aplicados, podem-se inferir vários riscos à saúde. Peres (2011) relata que eles vão desde quadros de pancreatites até lesões mais graves no organismo, como o desenvolvimento de câncer de fígado.

De outro lado, a importância que a prática tem para as travestis acena para a relativização dos riscos à saúde e para um saber próprio que torna possível às travestis se sentirem saudáveis, isto é, belas e femininas. O corpo plástico que as travestis desejam, onde elas expõem suas teorias e sentimentos, e buscam dar sentido a suas existências, faz-se também através de um sacrifício do próprio corpo. A tecnologia do silicone demonstra como esse culto ao corpo, no sentido ritual do mesmo, sofrendo todas as intempéries e apostando em suas potencialidades adquire um significado para as travestis, sintetizados em suas falas como a “dor da beleza”.

O silicone

Durante o processo de transformação corporal, uma aura de beleza paira sobre as travestis, em busca de fazer um corpo com perfeição, baseadas nas regulações existentes para o seu modo de

clientes passivos no sexo. Por isso, deixam de usar o hormônio e investem no silicone industrial como alternativa para produzir o corpo.

vida, um corpo que se beneficie do desejo estético e da busca do prazer em experimentar o sentimento de feminilidade.⁴

As concepções de seus corpos estão intimamente ligadas à busca pela beleza como parâmetro para vivenciar o gênero. Embora resistente às injunções normatizantes que asseguram a coerência e continuidade entre sexo/gênero/desejo modulada pela obrigatoriedade da heterossexualidade, as travestis não estão imunes aos processos de adesão a regras complexas que constituem a corporalidade marcada pelo olhar binário sobre a diferença sexual. Tornar-se feminina passa por um processo de ressignificação de regras que se identificam e se transformam num processo contínuo de aprendizagem e experimentação do ser outro corpo.

Diante das regras enfatizadas pela ordem social, elas cultivam uma estética feminina que talha o corpo, alocando-o nas margens cercadas de suspeitas, permeável às punições sociais mais diversas. Entretanto, a realização da estética corporal não é apenas uma marca da abjeção social a elas dirigidas. Antes de qualquer coisa, as travestis, nessa experiência, buscam uma possibilidade de se realizar e ser felizes, dentro de um sistema que extrai os direitos à diferença.

Diante do desejo de se tornar femininas, as travestis têm uma grande impaciência e pressa, que resiste a qualquer racionalização das condutas e as impulsionam aos projetos de realização do feminino, cultivando um padrão de beleza pautado em uma estética do belo que incita ao risco que, muitas vezes em seu cotidiano, adquire o sentido da “*dor da beleza*” (Peres, 2011).

4. As injunções discursivas sobre estéticas femininas comumente vinculadas pela publicidade sobre a beleza dos astros de cinema, da música, são exemplos estéticos de padrões de beleza e feminilidade que orientam a prática corporal das travestis, que, muitas vezes adotam os nomes dos personagens ou dos artistas com que se identificam. As travestis fazem uso constante das tecnologias cosméticas com investem em concepções de corpos afetados pelos valores dominantes de seu tempo e de seu contexto cultural, que prometem o sucesso, a felicidade e o *glamour*. Os modelos que aparecem nas vitrines, nos *outdoors*, nas revistas femininas valorizam normas sociais que nem sempre podem ser cumpridas no movimento de busca de adequação aos padrões sociais.

A realização da estética corporal desejada envolve práticas complexas que interferem na qualidade de vida, no acesso aos bens e serviços, no acesso aos direitos de proteção à vida e à saúde. Em busca de um corpo, as travestis se submetem às diversas técnicas que expressam dor e prazer, e as expõem permanente aos riscos em saúde, não obedecendo às indicações de gestão dos riscos racionalizadas para a preservação da saúde advinda do conhecimento técnico e científico. Em contraponto, as travestis acionam um conjunto de saberes complexos que regulam as variadas técnicas e práticas de transformação do corpo e do gênero.

As condições sociais, econômicas, políticas e culturais precárias em que vive a maioria das travestis, produzem impacto negativo no bem-estar e na manutenção da saúde. Sem o dinheiro necessário para consumir a tecnologia moderna de transformação do corpo, como as próteses cirúrgicas, as terapias hormonais com acompanhamento médico e os diversos meios oferecidos pelas clínicas corretivas e produtos estéticos de alta tecnologia, as travestis utilizam técnicas alternativas, que articulam significados específicos no contexto de suas práticas, permeadas de representações populares sobre o corpo e a saúde, e adstritas às concepções sobre feminilidade e beleza.

Apesar de o fator econômico ser um empecilho para o consumo das sofisticadas tecnologias, mesmo travestis mais abastadas não deixam de destinar parte substancial de suas rendas para prover as transformações cotidianas exigidas pela vivência da corporalidade travesti.

Uma das técnicas que as travestis utilizam para produzir seus corpos é a arte de *bombar*, nome da prática de injetar silicone líquido e industrial no corpo visando deixá-lo mais arredondado e parecido com os das mulheres. As travestis que utilizaram silicone industrial relatam diferentes sentidos à prática e aos resultados adquiridos na transformação corporal.

O silicone geralmente é aplicado por outras travestis, chamadas de *bombadeiras*, que movimentam um mercado envolvendo não somente a aplicação, mas a aquisição do produto no mercado.

A ilegalidade, aliada à atmosfera de *glamour*, garante a revenda do produto às travestis com alta lucratividade.

A aplicação de silicone, conforme a legislação penal brasileira, incorre em contravenção grave, como nos artigos 129 (lesão corporal grave), 312 (exercício ilegal da medicina) e 313 (exercício de curandeirismo). Entretanto, o controle sobre essa prática é quase inexistente, com algumas intervenções da saúde pública por meio das medidas de *redução de danos* com indicações de higiene e sanitárias para assegurar que a aplicação não resulte em agravos à saúde das travestis.

Essas medidas passaram a fazer parte do repertório das travestis que buscam segurança ao intervir no corpo. Na verdade, os discursos dos folhetos, das cartilhas, e as indicações dos agentes de saúde definem o cuidado mais básico com a assepsia da aplicação e mostram a possibilidade de refletir e escolher diante da racionalidade das possibilidades de agravos que a aplicação pode causar à saúde, como: deixar o corpo deformado quando o silicone se movimenta pelo corpo; causar rejeição e infecção, alterando a pele e criando elevações nela, deformidades que as travestis chamam de “*mondrongos*”; criar problemas cardiovasculares, dificultando a circulação sanguínea e podendo provocar trombose; e contaminar por hepatites virais e HIV, quando as seringas utilizadas na aplicação não são descartáveis, podendo até levar à morte.

A ansiedade de obter as formas desejadas conduz as travestis, em suas intervenções no corpo, a utilizar técnicas distintas das intervenções cirúrgicas e médicas. Em ambiente doméstico e sem ruptura com o cotidiano, as travestis recebem inoculações do silicone feitas com seringas e agulhas grossas, geralmente veterinárias, às vezes sem a utilização de anestesia, durante longas sessões que podem durar várias horas e ser exaustivamente exigentes e dolorosas.

As precauções na aplicação do silicone são acionadas pelas *bombadeiras*, como evitar a formação de bolhas de ar nas seringas, ter cuidado para não atingir a corrente sanguínea, assim como pres-

crever o regime ideal (alimentos, prática de atividades físicas) para a travesti seguir depois da aplicação.

O repouso e a permanência em casa exigem da travesti o di-nheiro necessário para sobreviver sem a necessidade de trabalhar na prostituição; além disso, as *bombadeiras* indicam a utilização de medicamentos antibióticos, como a penicilina benzatina (Benze-tacil) e outros anti-inflamatórios, analgésicos e redutores de febre, como a dipirona sódica e o paracetamol, para aliviar as dores, febres e incômodos até o organismo absorver o silicone, que exigirá cui-dados permanentes da travesti .

Essas práticas demonstram o quanto o cuidado em saúde entre travestis se distancia das exigências simbólicas e materiais das in-tervenções médicas e oficiais sobre o corpo, com seus rituais trans-formadores da pessoa em paciente, assumidas pela administração médico-hospitalar (Pelúcio, 2007, p.148; Sant'Anna, 2001).

Os relatos das travestis que fizeram aplicação de silicone de-mostram a recorrência de agravos à saúde, mas também consi-deram que *travesti de verdade* (uma concepção normativa entre elas) somente pode ser fidedigna e completa com a aplicação do produto e a modelação das formas do corpo. As *falsas* travestis, nesse caso, são aquelas que não se submeteram à prática e não podem expressar sua feminilidade verdadeira. No campo das terri-torialidades travestis de Charmosa, pode-se perceber que essas di-ferenças se atualizam no Posto, considerado local de “*meninhos de peruca*”, aos olhos das travestis do Centro e da Comasa, que se consideram mais femininas, *travas finas*.

Existem vários tipos de corporalidades siliconadas entre tra-vestis. Algumas utilizam exageradamente a aplicação do produto. Segundo as travestis mais novas, é o *traveção* que faz esse uso, dife-rentemente da *menininha*, da *garota*, categorias êmicas utilizadas para designar um modelo mais próximo das mulheres adolescentes.

As travestis tratadas pela alcunha de *traveção* pelas mais novas consideram o exagero na composição de seios, bundas e quadril, com uso de muitos litros de silicone industrial como forma de pro-duzir-se bela. A delimitação do corpo entre as travestis revela as

diferenças dos padrões do corpo, que insistem em não se manter estáveis, revelando o corpo como meio de adequação às injunções do discurso estético, às formas e aos gostos valorizados da época.

Valeska, por exemplo, exibia um corpo todo siliconado. É uma travesti negra, baixa, com cerca de 40 anos de idade. O exagero na composição estética está adstrito à concepção de que, quanto mais silicone no corpo, mais feminina e bela, que ditava a moda entre travestis da sua faixa etária. Quando ela fez sua primeira aplicação de silicone, estava com 20 anos de idade e desde então realizou várias outras aplicações. Utilizou nos lábios, bochechas, coxas, quadris e bumbum, e nas mãos para disfarçar as veias. As travestis consideram as formas de Valeska masculinas, seu quadril bastante avantajado lembra o formato de uma pera e seus seios enormes pendem até os umbigos. Às vezes, Valeska enfatizava, no cotidiano da casa, o incômodo de ter seios tão grandes e pesados, que lhe causavam dores na coluna, forçando-a a andar um pouco mais arqueada que de costume. Entretanto, nada indicava em seus gestos algum arrependimento ou necessidade de remover parte do silicone aplicado; ao contrário, vangloriava-se para as demais travestis que residiam com Adriana dos prazeres que ela era capaz de realizar com os homens com que saía na noite. Isso tudo compunha uma narrativa cotidiana sobre novas intervenções que desejava realizar para fazer pequenas correções, preenchendo algumas deformidades no bumbum, e dizia que gostaria de voltar para Londrina para fazer essas correções.

Entre travestis mais jovens e adeptas do uso de hormônios como meio de transformação do corpo, ocorre uma forte resistência à utilização do silicone, que consideram arriscada e potencialmente deformadora, e, por isso, muitas planejam durante longos períodos o acesso às próteses cirúrgicas, poupando o dinheiro necessário.

Esse foi o caso de Lorena, que, após vender a moto adquirida durante seu trabalho assalariado, colocou próteses de seios. Até chegar o momento em que decidiu realizar aplicação do silicone injetável, ela passou por um processo de socialização que reorientou sua vivência com as outras travestis.

O silicone permite às travestis ostentarem entre si as transformações corporais, que vão definir significados à sua existência singular enquanto travesti e, nesse sentido, os significados positivos da aplicação se sobrepõem aos desconfortos ao corpo. Essa é uma prática que irá definir a identidade, permeada pelos desejos de tornar-se mais bela e reconhecida como feminina.

Acompanhei o processo de transformação de Lorena desde suas primeiras montagens. Era um rapaz que trabalhava, nos fins de semana, em um bar próximo ao Posto. Bastante afeminado, comunicativo e cheio de histórias para contar, divertia os clientes vindos de cantos os mais diversos do país. O bar tinha um grande fluxo nos fins de semana devido à movimentação de uma casa noturna ao lado, sendo comum seus frequentadores passarem por lá para beber, conversar, flertar antes de ir à boate. Rosa, em busca constante do “drinque”, *fervia* e interagiu com Lorena de maneira bastante lúdica e aconchegante; havia em Lorena uma cumplicidade com as travestis, além da simpatia, que mobilizava uma mudança radical em sua forma de agir no mundo.

Fiquei sabendo da sua transformação por meio da Rosa, que me adiantava como estava o aprendizado da Lorena entre as demais travestis. Além de circular entre as travestis do Posto, suas relações no mundo da noite, sobretudo com as travestis que se prostituem na Comasa, permitiam a Lorena acessar um conhecimento partilhado acerca das técnicas de transformação corporal.

Quando encontrei Lorena, pela primeira vez, transformada, estava no bar com um vestido curto vermelho, salto alto no modelo plataforma gladiador, maquiada, de peruca loira, com as unhas pintadas de roxo e atendendo pelo nome feminino. Já dizia estar decidida a pôr uma prótese no seio, e esse era um passo importante para tornar-se uma travesti.

Lorena experimentava roupas femininas, maquiagem e usava perucas desde os 16 anos em suas interações com outras travestis nos espaços de prostituição da Comasa. Numa conversa, ela narrou como a recente morte violenta sofrida por uma travesti nas proximidades desse local abalou, por um período, a prática que ela

realizava de modo bastante entusiasmado, mas, com o tempo, aquilo que era esporádico e perigoso tornou-se recorrente. Na verdade, Lorena entendia esse processo como uma continuidade de práticas que remontam a sua infância, quando manifestava uma afinidade com os gostos, modos, vestimentas e brincadeiras infantis das meninas.

Entre a vivência de uma identidade gay, o abandono dos estudos na oitava série e o emprego na indústria alimentícia, foi se envolvendo aos poucos com o mundo da noite, passando a incorporar a prática da montagem no seu cotidiano, até ser demitida do emprego e, decididamente, resolver se apresentar como travesti na vida cotidiana. Com 22 anos, fez a aplicação de próteses de silicone nos seios por meio do bisturi de um cirurgião plástico.

Um mês depois da aplicação, encontrei-a no Posto, bastante feliz e ostentando os resultados de seus seios recém-modelados, com um decote em V de uma blusa preta apertada sobre um sutiã bordado bege. No banheiro do bar do Posto, ela abriu o sutiã e me mostrou os seios de 360 mililitros. Explicava que a cirurgia custara 5 mil reais e os cuidados que deveria tomar, como evitar exercícios e esforços físicos, e não fazer sexo por dois meses; justificava as cicatrizes da região areolar, que eram hidratadas com óleo de amêndoas e cremes para que desaparecessem num período de oito meses. Ela apontou a região inframamária, por onde foi inserida a prótese, que estava com uma cicatriz rosada e seca, sinal da qualidade da intervenção. Tinha um acompanhamento médico na próxima semana para avaliar a sua situação. O médico lhe prescreveu alguns medicamentos anti-inflamatórios apesar de o material da prótese oferecer baixo risco de rejeição, pois era revestido de um produto inerte ao organismo chamado poliuretano, mas havia o risco de formação de um tecido fibroso em torno da prótese, detectável pelo acompanhamento médico; também deveria comunicá-lo sobre dores, aparecimento de manchas roxas e endurecimento da região, que poderia revelar rejeição.

Lorena passou a ser reconhecida como travesti. Rosa chamava a atenção ainda para algumas falhas no andar: “um pouco duro, desengonçada no salto”, mas também desculpava a Lorena, reve-

lando a importância do ensinamento que resultaria na incorporação de um feminino que iria se constituir no seu aprendizado de vida. Rosa, muitas vezes, se colocava na posição de lhe ensinar os truques para uma apresentação mais feminina, como usar a maquilagem e as vestimentas, jeito de andar e falar; também chamava a atenção dela para o relacionamento com as outras travestis, que, nessa altura, estavam impactadas pela sua rápida transformação.

Lorena havia realizado algo que era desejado por muitas travestis mais velhas, transformadas há mais tempo, mas cujas condições financeiras impediam o acesso a essa técnica. Era importante manter-se discreta, nos dizeres de Rosa, evitar “jogar o cabelo”, um sinal de agressão para as demais travestis, e que poderia resultar num conflito desnecessário e prejudicial a sua saúde, pois qualquer pancada prejudicaria seus seios. Rosa dizia que a principal fragilidade de uma travesti em uma briga é seu silicone, que deve ser protegido a todo custo.

As travestis com quem convivi reconhecem como muito perigosa a aplicação de silicone industrial nos seios, como o risco de escorrer nos órgãos, atingir o fígado, o coração. Existem travestis que ficaram deformadas devido à movimentação do silicone nessa região. Adriana, por exemplo, não cumpriu o repouso necessário para o silicone se fixar e ele acabou juntando os seios, formando o chamado *peito de pombo*. De outro lado, há exemplos positivos, como os seios de Carol, apontado como muito bem-feitos, e de Cristina. Enchimentos de espuma, um recurso menos prestigioso para criar a aparência de seios estão presentes no cotidiano de Rosa e das travestis do Posto, mas também aparecem em diversas composições de travestis que atuam no Centro e na Comasa que, a despeito de utilizarem o silicone industrial para modelar os quadris, consideram arriscada a mesma aplicação nos seios. A aplicação no rosto,⁵ também utilizada por travestis mais velhas, apresenta alto

5. Conforme me narrou Lorena, quando ela resolveu aplicar silicone industrial no bumbum chegou a cogitar aplicar um pouco na bochecha para ressaltá-las, sendo advertida dos riscos pela bombadeira.

risco a deformação, e as *bombadeiras*, inclusive, aprenderam a recusar esse tipo de aplicação.

Demorou cerca de três meses para eu rever a Lorena, depois de ver suas próteses de seio. Dessa vez, ela falava sobre seu desejo de aplicar silicone para fazer um bumbum saliente, arredondado e ressaltar os quadris. Ela dizia que era reta demais e faltava esse “toque especial” para ficar mais bonita. Enquanto muitas travestis desaconselhavam essa aplicação, outras apoiavam a iniciativa.

Rosa era uma das travestis que desaconselhavam Lorena a aplicar silicone líquido. Mobilizava os estigmas que carregava em seu próprio corpo, pois aplicara silicone industrial entre o bumbum e as coxas, com uma *bombadeira*, há cerca de dez anos. Nessas regiões, o silicone precisa de uma atenção especial, e corre-se o risco de que os movimentos mais simples – como ficar em pé por muito tempo, dentro do período aconselhado para o repouso após a aplicação –, façam com que o líquido escorra entre os músculos, deformando as pernas e os pés, como ocorreu com ela, que passou a carregar publicamente o defeito, o que causava muito sofrimento. Mas Rosa, ao mesmo tempo resignada e inconformada, buscava se afirmar como feminina, algo que havia sido necessário para se tornar o que é. Esbravejava quando era achincalhada por transeuntes que a insultavam: o “pé de boi”.

Existia uma preocupação constante com a questão da saúde, as dores físicas e inchaços que acompanhavam seu cotidiano. Eram motivos de reclamações, por exemplo, a queda da temperatura e o uso de saltos altos, que, a certa altura da noite, eram substituídos por sandálias mais confortáveis, indispensáveis sobretudo no trajeto do Posto para sua casa. O que era comum também na volta para casa de outras travestis, sobretudo quando a noite não rendia dinheiro suficiente para pagar uma mototáxi e não conseguiam carona.

A falta de circulação sanguínea nos pés e panturrilha é um motivo importante de preocupação para ela. Nessas regiões, a pele aparece mais escura, seca e descamativa, às vezes com algumas úlceras, certamente devido à circulação sanguínea diminuída da re-

gião. Esse problema a levou a procurar um médico, alguns anos após a aplicação do silicone, e, nesse momento, foi importante a atuação dos agentes de saúde do PRRD que garantiram a ela uma consulta com um clínico. As informações por ela transmitidas indicavam que o médico não lhe deixou esperanças de tratamento, e as alternativas, como as cirurgias para remoção de silicone e desobstrução das veias sanguíneas, pareceram a ela muito dolorosas, arriscadas e coibidoras de seu modo de vida, uma vez que implicariam não somente abandonar a rua durante o tratamento, mas também os cigarros, a bebida. Tudo isso distanciou Rosa das alternativas médicas para recuperar a sua saúde.

O risco de prejudicar a saúde era repassado para Lorena de modo enfático por Rosa. Dizia que ela não precisava aplicar silicone e que podia usar apenas hormônios para adquirir a forma feminina desejada. Havia na fala de Rosa sempre um ponto de vista sobre a liberdade dela para fazer o que quisesse com seu próprio corpo, mas ressaltava que essa liberdade implicaria assumir um risco muito grande à sua saúde.

Numa noite de segunda-feira, antes de ir para a Comasa, Lorena me disse, por telefone, que estava programando uma viagem para fazer o quadril e o bumbum na cidade de Presidente, e combinamos de conversar mais sobre o assunto pela noite. Quando cheguei à Comasa, estavam na esquina Fernanda, uma travesti de 32 anos, e Rebeca, uma mulher prostituta, de 30 anos.

Lorena estava bastante exaltada no relato sobre duas travestis que se prostituem na Comasa (a Cleide e a Verônica, uma delas estava para aplicar o silicone na terça e a outra na quarta-feira na Grande São Paulo). Elas tinham ido à cidade de Presidente para colocar silicone, e lá foram aconselhadas a procurar a “Paloma modeladora”, na Grande São Paulo. Lorena reclamava que elas não a avisaram a tempo de se preparar para acompanhá-las, embora tivesse dúvidas em relação ao perigo da aplicação. Era preferível, em seu caso, que a aplicação ocorresse em sua própria casa, pois poderia contar com os cuidados de sua família. Ela imaginava como estariam as travestis de Charmosa na Grande São Paulo, depen-

dendo do cuidado de outras travestis desconhecidas, com seus arbítrios e caprichos, desde se alimentar até ir ao banheiro. Além disso, ressaltava que, na produção de silicone industrial atual, eram inseridos “produtos tóxicos para evitar que as travestis coloquem o produto”.

Esse tipo de silicone de qualidade inferior, segundo Fernanda, foi utilizado por Rosa. Lorena, entretanto, acreditava que o primeiro fator a contribuir para a deformação das pernas de Rosa foi sua “imprudência” e, para ilustrar, destacou o abandono do repouso e a viagem até a cidade de Presidente atrás do seu marido, que havia terminado o relacionamento e voltado para a casa de seus pais. Lorena também lembrava que a própria Rosa a havia alertado a respeito dos riscos do uso de silicone.

Nessa conversa, Lorena mencionou a figura de uma *bombadeira* de Presidente (Denise bombadeira), que se dispunha a ir até sua casa para fazer a aplicação do silicone. Desde nossas primeiras conversas sobre esse assunto, havia pedido para acompanhar a aplicação quando ela decidisse fazê-la, e Lorena, inclusive, avisou-a sobre a possibilidade de eu estar presente, o que não ocorreu, pois ela realizou a prática na região metropolitana de Campinas-SP.

Denise adquirira, recentemente, um silicone com um repassador do produto. Ela dizia, a todas as travestis que a procuravam, que esse silicone que circulava no mercado era de muito baixa qualidade, que poderia causar deformações e ela não aplicaria nela própria e em ninguém. O silicone, conforme descreve Lorena, tinha, misturado a ele, álcool e outras impurezas que podiam até corroer a carne. Destacava: “imagina álcool dentro da carne, como não seria deformador”. Se Denise se negava, na Grande São Paulo era possível, por isso Cleide e Verônica foram para lá, “caíram na fábrica”, termo que mostrava como nesse local eram bombadas muitas travestis com aquele silicone.

A referência da “Paloma modeladora” era compartilhada pelas travestis inclusive por Orkut, e era fácil acessá-la a partir da página de uma travesti conhecida nossa. A famosa *bombadeira* iria até o interior para aplicar o silicone em várias travestis que estavam a sua

espera. Entretanto, com medo de ser descoberta pela polícia, resolveu permanecer na sua cidade. Lorena narrava como a polícia da Grande São Paulo parecia suspeitar das atividades da *bombadeira*, o que a impeliu a agir com cautela em sua cidade, pedindo discrição às travestis que a procurassem.

A narrativa era pontuada por comentários de Fernanda, que incentivava a transformação da Lorena, destacando como ficara mais bonita e atraente aos homens após ter colocado as próteses no seio: “após ela colocar as próteses sempre tem dinheiro e bons bofes, vive batendo várias portas de carro na rua, a bicha faz sucesso”.

Fernanda mora em um distrito do município de Charmosa. Aplicou uma prótese de seio na Itália e três litros de silicone entre o bumbum e o quadril em Campinas, com uma *bombadeira*, no meio da década de 1990. Segundo ela, usar silicone nessa época era fundamental para ser reconhecida pelas outras travestis: “nenhuma travesti que quisesse ir para rua não podia ter menos de três litros no corpo”. Lorena endossava essa afirmação, narrando como era uma imposição bastante forte e que correspondia ao momento vivenciado por ela, “para ser travesti tinha que ter silicone”.

Rebeca (mulher prostituta), impactada com a conversa, chamou a atenção de Lorena de maneira enfática: “por que você vai fazer isso? Você não precisa disso, vai deformar o seu corpo. Você está bem assim, vai ficar feio, pra que fazer isso?”. Fernanda interveio, contrariamente: “meu bem, para ficar bonita. Ela tem corpo para pôr silicone, até mesmo as magras [em referência a Verônica e Cleide] que foram bombar são mais vulneráveis, a bicha tem um corpão, vai ser um sucesso, vai ficar com um corpo quase igual ao meu”. Exibia, rodando em torno de si mesma, seu corpo, a forma de sua bunda e seu quadril, a cintura e continuava falando: “vixe, quando estava na Itália fiquei supermagra, que a cintura era mais evidente, porque lá eles gostam de magras, secas”, desfilou em frente a nós dizendo: “Miss gay de Campinas na passarela de Milano, quem paga quanto, cinquenta!!! [Brincando com o sotaque italiano]”. Rebeca replicava que não achava que ficava natural, não

ficava bonito. Lorena venerava a apresentação e defendia a prática da travesti: “jamais! Fica bonito sim! Ela tá com o corpo perfeito”.

A conversa deixava claro como as travestis sabem dos riscos que correm quando decidem colocar silicone. Eram mencionados nomes de travestis que elas conheciam que morreram durante a aplicação, ou que ficaram deformadas. Mas mantinha-se a esperança de que nada de ruim fosse ocorrer com a Lorena. “Vai ficar muito bonito no corpo, ela vai ficar mulheríssima”, dizia Fernanda, que, em seguida, passou a narrar as qualidades do líquido viscoso e algumas prescrições para o uso.

Uma das primeiras questões era a quantidade de silicone a ser aplicada, não adiantava exagerar. Também haveria de ter todo o cuidado durante a recuperação. Lorena queria pôr três litros, e o preço de mercado girava em torno de 350 reais o litro. Conforme o depoimento de Fernanda, quando ela aplicou o silicone em Campinas, cada litro custava em torno de 1.500 reais, embora uma referência de Sandra aponte preços mais ou menos semelhantes aos atuais desde a década de 1990. Ela recomendava o uso de quatro litros de silicone em relação à produção do corpo de Lorena, pois assim ajudaria a ressaltar mais o quadril e seria uma dor única, sem precisar de retoques. As duas, em pé, mensuraram seus corpos em comparação. Para Fernanda, como Lorena é mais alta e tem mais ombro, deveria pôr mais silicone no quadril: “quanto maior o ombro, maior a bombada no quadril”. Uma das travestis que foi para Jundiaí, por ser mais magra e “*raqútica*” nas palavras de Fernanda, iria colocar três litros de silicone para fazer um pouco da bunda, um pouco do quadril e das pernas, mostrando que, para o corpo da Lorena, com essa quantidade não seria possível obter um resultado satisfatório.

Lorena, nervosa com a viagem, dizia: “mas não dá para ser assim, em Jundiaí eu não vou, porque não sei como vou ficar, o silicone tá ruim, é o mesmo da Denise, é pior em relação o *barra mil* que você usou”. Conforme Fernanda, o *barra mil* era um silicone mais grosso, e a aplicação, por isso, era algo extremamente dolorosa, feita com agulhas e seringas veterinárias, o silicone tinha de ser aplicado com muita força para penetrar na carne.

Depois de longos elogios à forma obtida com o produto, Fernanda revelava sua desconfiança em relação ao silicone disponível à época para as travestis modelarem seus corpos:

O que mais dói é a agulha, machuca, sangra. Olha, se fosse hoje eu não fazia. O silicone agora não é como o de antigamente, a gente usava o barra mil. Esse daí é rapidinho, em uma hora você bomba uma travesti, ele é mais fino, o outro mais duro demorava um dia todo para aplicar, tinha que fazer bastante força para sair pela seringa, sangrava. Era outro produto. Depois tinha mais chances de ficar no lugar. [Fernanda]

As suspeitas em relação à aplicação não foram suficientes para aplacar o desejo de moldar o corpo de Lorena, com base nas concepções partilhadas com as demais travestis sobre beleza e feminilidade. Ela negociou, por meio de travestis conhecidas, sua ida para a região metropolitana de Campinas, onde colocou quatro litros entre o quadril e o bumbum. Cerca de dois meses após a aplicação, estava trabalhando na Comasa e sua posição entre as demais travestis havia se alterado, passando a ser mencionada como modelo de sucesso e beleza.

Numa aparição recente no Posto, ela estava acompanhada por Rosa, que ouviu das demais travestis um alerta para explicar porque estava trazendo “monas de São Paulo” para competir com elas no seu espaço. Isso era, por um lado, valorizado, como um símbolo de *status* – contado com muita satisfação por Lorena, pois queria dizer que ela estava bastante transformada –, mas, por outro, acenava para a demarcação tênue entre o espaço das *travestis finas* e as *bagaceiras*, que remetem às acusações recíprocas na disputa para apropriações territoriais, delimitações de diferenças e hierarquias que se estabelecem no mercado do sexo e nos corpos das travestis. Disputa que acirra a diferença entre os capitais corporais.

Lorena, entretanto, dizia que após a aplicação do silicone *passava como mulher*, mas não estava satisfeita com a aplicação, pois gostaria de ser reconhecida como travesti. Ela retornou a Campinas

e aplicou mais quatro litros no quadril e bumbum, totalizando oito litros de silicone no corpo. Dez dias depois da aplicação, reencontrei Lorena em sua casa, em repouso, dizendo que passou por uma sessão de muitas dores; sua pele, de tão esticada, formou diversas cicatrizes e bolhas, e um pouco de silicone escorreu dos buracos formados pelas agulhas, o que a preocupou. Em contatos com a *bombadeira*, foi orientada a usar cola Super Bonder para fechar o local pelo qual escorria silicone. Ela se encontrava impaciente pela recuperação, já que precisava voltar à prostituição para angariar dinheiro para sua sobrevivência, mas o volume aplicado exige um repouso dobrado para garantir um bom efeito. Logo após a recuperação, via-se sua imensa satisfação com os resultados obtidos, pautando o valor positivo atribuído à transformação.

Diante das práticas realizadas pelas travestis, a saúde pública tem mobilizado as técnicas relativas às políticas de redução de danos, responsabilizando os sujeitos pela condução da saúde corporal nos casos de uso de drogas, hormônios e aplicação artesanal do silicone líquido, e aconselhando as travestis a intervir no corpo pela higiene, assepsia, orientações em casos de agravos, escolhas dos produtos ou convencendo à não aplicação (Brasil, 2001).

As travestis conhecem os riscos e os vivenciam cotidianamente em momentos dramáticos e banalizados. Cientes de que o alcance da redução de danos é limitado, elas desafiam esses riscos e contribuem com um saber sobre alternativas para moldar o corpo e seus estilos de vida, mesmo que essas alternativas, em alguns casos, levem a morte e ao estigma.

Mesmo sabendo que o uso do produto industrial produz abscessos, infecções, rejeição do organismo ou deformação, quando este escorre para cavidades não previstas, esses fatores são desafiados pelas travestis para atingir a construção da pessoa e da corporalidade desejadas. Diante das injunções heteronormativas e da prevenção em saúde, interpõem-se os influxos do desejo para se manterem saudáveis e felizes por meio de um corpo mais belo, mais feminino.

APONTAMENTOS FINAIS

Desde o final de outubro de 2011, as travestis passaram a contar muito mais com suas próprias forças para se manter prevenidas em relação a DST e aids na cidade de Charmosa. Com o fim do PRRD, pude observar a lacuna criada pela falta do programa e também alguns efeitos de sua existência entre as travestis, sobretudo as estratégias para suprir a necessidade de preservativos e as iniciativas ante os serviços de saúde.

O caso de Lorena pode ser tomado como exemplo das questões que surgiram no cotidiano das travestis em busca de alternativas para ter preservativos e que nos permite fazer alguns apontamentos finais acerca dos significados atribuídos à saúde, o risco a aids, bem como a interação face a face nos espaços institucionais.

Logo que começaram a faltar preservativos, Lorena foi buscá-los na unidade de saúde próxima a sua residência. Por lá, além de obter um atendimento pouco simpático, não conseguiu a quantidade de preservativos de que necessitava, mesmo tendo explicado à atendente que, como profissional do sexo, duas cartelas com oito preservativos não supriam sua demanda para o trabalho durante a semana. A insistente Lorena foi até o SAE em busca de mais preservativos e, mesmo nesse serviço, onde supostamente atua uma equipe treinada e mais afeita ao contato com as travestis, conse-

guiu apenas 12 preservativos. No SAE, a atendente indica a Upes, Unidade de Prevenção em Saúde, ao lado do Terminal Urbano Rodoviário, onde poderia conseguir os preservativos de que necessitava. Nesse serviço, se repete a mesma história, e lhes oferecem duas cartelas de preservativos (com quatro unidades cada), novamente não suprimindo a quantidade que o PRRD distribuía regularmente: 40 preservativos por semana, para cada profissional do sexo.

Além de não conseguir justificar para as unidades de saúde o motivo de a quantidade de preservativos recebidos serem insuficientes, também saía insatisfeita com a qualidade do insumo, pois em todas as unidades de saúde que percorreu, exceto o SAE, os preservativos disponíveis eram na versão de 49 mm.

Lorena me contou essa história numa tarde, no Centro de Charmosa. Em uma loja de confecções, Torra-Torra, por acaso a encontrei com Rosa e Glenda. As três travestis, animadas com as compras, divertiam-se na loja quando Lorena contou a empreitada para conseguir preservativos. Ela reclamou que uma camisinha de 49 mm estourou num programa com um de seus clientes, e que ele tinha “gozado dentro”. Narrava que estava para fazer um teste de sorologia para saber sobre sua saúde, e iria até o SAE para isso. Então, a conversa tomou tom de deboche e Glenda apontou para Lorena brincando com seu visual: “Olha como a bicha tá morta, ela tem a tia, tá passando o babadinho para todo mundo”, e depois brinca com a Rosa: “Olha a Adriana, toda fudida, enrugada, o pó da rabiola. Essa velhinha já matou cem”.

E riam, descontraidamente, reafirmando por meio das brincadeiras como a aids é uma doença que as inquieta e lhes impõe questões existenciais, como o sentimento de morte e de inadequação às normas sociais. Daí a ambiguidade de uma doença que, ao mesmo tempo, as marca como perigosas e lhes permite o reconhecimento de políticas de saúde que se constroem a fim de disciplinar suas práticas e cuidados com a saúde. Precisamente os valores que conferem às travestis marcas de perigo que podem ser associadas à

doença que revelam como à sexualidade continua a produzir uma verdade de si que confere um sentido perturbador à existência e que integram outros sentimentos de inadequação às normas sociais.

Lorena, após esse episódio, se engajou na busca por insumos, indo com seu automóvel, às vezes com outras travestis, às unidades de saúde, recolhendo pequenas quantidades e distribuindo para suas colegas de trabalho, travestis e mulheres que atuam na região da Comasa. Além disso, comprava com seus recursos o gel lubrificante e mais preservativos para uso pessoal.

Três meses depois da ruptura do preservativo, Lorena realizou um teste para sorologia de HIV no SAE, e lá conseguiu duas caixas de preservativos ao insistir com a atendente sobre a necessidade de insumos para suas colegas de trabalho. Quando retornou para buscar o exame, ao se deparar com o resultado, afirmou: “graças a Deus negativo”. Aproveitou para falar com a enfermeira e a psicóloga sobre a falta de preservativos entre as travestis e as mulheres que atuam na prostituição e aproveitou para cobrar dessas funcionárias a volta do PRRD o mais rápido possível, qualificando o seu fim como um tremendo erro.

Relatou para as funcionárias que as pessoas estavam deixando de usar preservativos, pois o acesso ao insumo nos postos de saúde era difícil. Contou que não estava adiantando em nada ela buscar nas unidades de saúde como lhe foi recomendado, pois, além de não a acolherem bem e com respeito, também não disponibilizavam a quantidade de preservativos necessários para quem atua na profissão do sexo. Questionou a enfermeira sobre como ir aos postos todos os dias buscar uma ou duas cartelinhas de preservativos (com quatro unidades). Tinha gastos com combustível, recebia um tratamento ultrajante e narrava que os preservativos disponíveis, na maioria das unidades de saúde, eram encontrados na versão de 49 mm, considerada inferior à “boa”, de 52 mm, pois estouravam com mais facilidade por ser menor sua largura.

As técnicas do SAE a informaram sobre problemas que ocorreram na condução do PRRD, mas aventaram a possibilidade futura de uma nova organização do trabalho do programa, ainda em

situação de estudo. A enfermeira cedeu três caixas (144 unidades em cada) de preservativos com largura nominal de 52 mm e, além disso, deixou com ela oito tubos de gel lubrificante (40 gramas cada). Lorena apontava a importância da distribuição de preservativos na rua em tom de lamento e cobrança na conversa com a técnica. Essa profissional, sensibilizada, deixou uma quantidade maior de insumos para Lorena distribuir de maneira emergencial para as demais travestis.

No lugar da tutela da enfermeira, percebe-se o protagonismo da travesti, que abraça os anseios de cuidado com o sexo como direito a saúde, e afirma: “a responsabilidade de se cuidar é de cada uma, e a de oferecer os serviços e os insumos do próprio Estado”.

O conflito entre as relações sociais das travestis e o sistema de saúde pública revela os limites do reconhecimento das diferenças, mas também um movimento de sobreposição, que leva os sistemas de valores que conduzem as ações na área de saúde pública ao risco de ruptura, ocasionada pelo jogo dos interesses que resulta nas transformações ensejadas pelas relações de poder.

Ao longo deste texto, a despeito dos modelos morais e estigmatizantes que continuam pautando as políticas de saúde para travestis, com ênfase na prevenção e controle das DST e aids, pude observar, a partir das interações das travestis com os serviços de saúde de Charmosa, alguns movimentos que acenam para novas indagações acerca desses modelos, alterando e induzindo deslocamentos nas relações entre as travestis e os discursos e práticas de saúde pública.

As travestis, ao incorporarem em seu repertório a prevenção de aids, revelam os efeitos do poder das apostas políticas de regular as diferenças dentro de marcos normativos. O viés vigente alinhava regras e códigos simbólicos meticulosos que conferem valor restrito à cidadania das travestis. Mas o surgimento de novas iniciativas no cotidiano de travestis para o contato com os espaços institucionais de saúde deflagra o enfrentamento das concepções que pautam as ações públicas para serem reconhecidas em suas diferenças.

Podemos verificar dificuldades técnicas dos serviços, despreparo das equipes para lidar com as diferenças, apreciações negativas e moralizantes, discursos patologizantes, entre outros mecanismos, que confluem para afastar as travestis dos serviços de saúde, mas vemos também que essa realidade começa a ser tomada, em algumas instâncias, de modo crítico, propondo novas alternativas e potencializando mudanças, ainda que muito lentas, marcadas por avanços e retrocessos.

As particularidades do trabalho de prevenção realizado pelo PRRD levam a indagações acerca da construção de novos direitos e do desenho universalizante e deslocado do envolvimento e compreensão do cotidiano das travestis.

As instâncias promotoras de direitos em saúde, a partir dos discursos sobre a aids, expõem diversos limites para a inclusão das travestis em programas públicos que afetam o bem-estar na sociedade. O privilégio dos discursos sobre a aids oculta outras políticas sociais que alicerçam direitos, como o trabalho, a educação, a moradia, entre outros. Em outros termos, a política de aids não redistribui benefícios sociais, pois não pode fazer isso desarticulada de outras facetas de governo. Uma existência que é restrita por condições específicas, que tem como base a regulação da sexualidade e forja uma cidadania perversa – constrange com os estigmas da doença e gera meios para o reconhecimento de novos direitos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALBUQUERQUE, F., JANELLI, M. *A princesa: depoimentos de um travesti brasileiro a um líder das Brigadas Vermelhas*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1994.
- ALVES, Paulo César, MINAYO, Maria Cecília S. *Saúde e doença: um olhar antropológico*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994.
- ARÁN, Márcia, MURTA, Daniela. Do diagnóstico de transtorno de identidade de gênero às redescrições da experiência da transexualidade: uma reflexão sobre gênero, tecnologia e saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva (Rio de Janeiro)*, v.19, n.1, p.15-40, 2009.
- ARIÈS, P., BÉJIN, A. (Org.). *Sexualidades ocidentais: contribuições para a História e para a Sociologia da Sexualidade*. 3.ed. São Paulo: Brasiliense, 1987.
- AYRES, José Ricardo de C. M. *Sobre o risco: para compreender sobre a epidemiologia*. São Paulo: Hucitec, 1997.
- ____ et al. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de aids. In: BARBOSA, Regina Maria (Org.). *Sexualidades pelo avesso: direitos, identidades e poder*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; São Paulo: Editora 34, 1999.
- AROUCA, Sergio. *O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva*. São Paulo: Editora UNESP; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

- AUGUSTO, Maria Helena Oliva. Tecnologia em saúde no Brasil. *São Paulo em Perspectiva* (São Paulo), v.6(4), p.2-8, out.-dez. 1992.
- _____, COSTA, Olavo Viana. Uma escolha trágica: saúde ou assistência médica? *São Paulo em Perspectiva* (São Paulo), v.9(3), p.94-100, 1995.
- BARBOSA, Bruno Cesar. *Nomes e diferenças: uma etnografia dos usos das categorias travesti e transexual*. São Paulo, 2010. 130f. Dissertação (Mestrado em Antropologia) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas – Universidade de São Paulo.
- BARBOSA DA SILVA, J. F. Homossexualismo em São Paulo: estudo de um grupo minoritário. In: GREEN, J. N., TRINDADE, R. (Org.). *Homossexualismo em São Paulo e outros escritos*. São Paulo: Editora UNESP, 2005. p.39-212.
- BARBOZA, Renato. *Gestão do Programa Estadual DST/Aids de São Paulo: uma análise do processo de descentralização das ações no período de 1994 a 2003*. São Paulo, 2006. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Ciências da Coordenadoria de Controle de Doenças da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.
- BARREDA, Victoria, CARBALLO-DIEGUEZ, Alex, MARONE, Rubén, BALÁN, Iván C., PANDO, María de los Ángeles, ÁVILA, María Mercedes. Prevención del VIH/Sida en los circuitos de levante HSH: una asignatura pendiente. *Sexualidad, Salud y Sociedad – Revista Latinoamericana* (Rio de Janeiro), n.6, p.41-62, dez. 2010.
- BARREDA, Victoria, ISNARDI, Virginia. Prevención de VIH y travestismo: um escenario de categorías en crisis. In: CÁCERES, Carlos F., CAREAGA, Gloria, FRASCA, Tim, PECHENY, Mario. *Sexualidad, estigma y derechos humanos: desafíos para el acceso a la salud en América Latina*. Lima: FASPA/UPCH, 2006. p.167-76.
- BAUMAN, Z. *Comunidade: a busca por segurança no mundo atual*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.
- BENEDETTI, M. *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.
- _____. *O que é transexualidade*. São Paulo: Brasiliense, 2008.
- BECK, Ulrich. *Modernização reflexiva: política, tradição e estética na ordem social moderna*. São Paulo: Editora UNESP, 1997.
- BIRMAN, Patrícia. *Fazer estilo criando gênero*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1995.
- BOURDIEU, Pierre. *A dominação masculina*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1999.
- BRAH, Avtar. Diferença, diversidade, diferenciação. *Cadernos Pagu* (Campinas), n.26, p.329-76, jan.-jun. 2006.
- BRASIL. Coordenação Nacional de DST e Aids. *Aconselhamento em DST, HIV e Aids: diretrizes e procedimentos básicos*. 3.ed. Brasília, 1998.
- _____. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. *Manual de redução de danos*. Brasília, 2001.
- _____. Conselho Nacional de Combate à Discriminação/Ministério da Saúde. *Brasil sem Homofobia: Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra GLBT e Promoção da Cidadania Homossexual – Comissão Provisória de Trabalho de Conselho Nacional de Combate à Discriminação da Secretaria Especial de Direitos Humanos*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. *Plano Nacional de Enfrentamento da Epidemia de Aids e das DST entre Gays, HSH e Travestis*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008a.
- _____. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. *Anais da Conferência Nacional de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais – GLBT*. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2008b.
- _____. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. *Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais*. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2009.
- _____. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

- BUTLER, Judith. *Cuerpos que importan: sobre los limites materiales y discursivos del sexo*. Buenos Aires: Paidós, 2002.
- _____. *Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.
- CALDEIRA, T. *Cidade de muros: crime, segregação e cidadania em São Paulo*. São Paulo: Editora 34; Edusp, 2000.
- CANGUILLEM, G. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.
- CANESQUI, Ana Maria (Org.). *Ciências Sociais e saúde*. São Paulo: Hucitec; Abrasco, 1995.
- CARRARA, Sérgio. *Tributo a Vênus: a luta contra a sífilis no Brasil, da passagem do século aos anos 40*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.
- CARRARA, S., SIMÕES, J. A. Sexualidade, cultura e política: a trajetória da identidade homossexual masculina na Antropologia brasileira. *Cadernos Pagu (Campinas)*, n.28, 2007.
- CARVALHO, Mário Felipe de Lima. *Que mulher é essa? Identidade, política e saúde no movimento de travestis e transexuais*. Rio de Janeiro, 2011. 147f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social – Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
- CASTLE, Terry. A cultura do travesti: sexualidade e baile de máscaras na Inglaterra do século XVIII. In: ROUSSEAU, G. S., PORTER, Roy. (Org.). *Submundos do sexo no Iluminismo*. Rio de Janeiro: Rocco, 1999.
- CHAMMÉ, Sebastião Jorge. Modos e modas da doença e do corpo. *Saúde e Sociedade*, v.5, n.2, p.61-76, 1996.
- _____. *Saúde: um processo em constante construção*. Marília, 1997. Tese (Livre-Docência em Filosofia) – Faculdade de Filosofia e Ciências – Universidade Estadual de Paulista.
- _____. Corpo e saúde: inclusão e exclusão social. *Saúde e Sociedade*, v.11, n.2, p.3-17, 2002.
- CORBIN, Alain, COURTINE, Jean-Jacques, VIGARELLO, Georges (Dir.). *História do corpo – As mutações do olhar: o século XX*. Petrópolis: Vozes, 2008.
- DELEUZE, Gilles. *Foucault*. São Paulo: Brasiliense: 2005.
- DENIZART, H. *Engenharia erótica: travestis no Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.

- DOUGLAS, Mary. *Pureza e perigo*. São Paulo: Perspectiva, 1976.
- DUARTE, Luis Fernando Dias. *Da vida nervosa nas classes trabalhadoras*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; Brasília: CNPq, 1986.
- DUQUE, Tiago. *Montagens e desmontagens: desejo, estigma e vergonha entre travestis adolescentes*. São Paulo: Annablume, 2011.
- FACCHINI, Regina. *Sopa de letrinhas? Movimento homossexual e produção de identidades coletivas nos anos 1990*. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.
- FOUCAULT, Michel. *Herculine Barbin: o diário de um hermafrodita*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1982.
- _____. *Microfísica do poder*. 8.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1989.
- _____. O que é crítica? (Crítica e Aufklärung). In: BIROLI, Flávia, ALVAREZ, Marcos César. *Michel Foucault: histórias e destinos de um pensamento*. Marília: Marília UNESP Publicações, 1991.
- _____. O sujeito e o poder. In: DREYFUS, H., RABINOW, P. *Michel Foucault uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.
- _____. *Em defesa da sociedade: curso no Collège de France (1975-1976)*. São Paulo: Martins Fontes, 1999.
- _____. *Os anormais: curso no Collège de France (1974-1975)*. São Paulo: Martins Fontes, 2001.
- _____. *História da sexualidade*, 1: a vontade de saber. 14.ed. Rio de Janeiro: Graal, 2005a.
- _____. *História da sexualidade*, 3: o cuidado de si. Rio de Janeiro: Graal, 2005b.
- _____. *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. 31.ed. Petrópolis: Vozes, 2006a.
- _____. *História da sexualidade*, 2: o uso dos prazeres. Rio de Janeiro: Graal, 2006b.
- _____. *A hermenêutica do sujeito*. 2.ed. São Paulo: Martins Fontes, 2006c.
- _____. *Ética, sexualidade, política*. 2.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006d.
- _____. *A ordem do discurso*. Aula inaugural no Collège de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970. São Paulo: Loyola, 2008a.
- _____. *Segurança, território, população*. São Paulo: Martins Fontes, 2008b.

- FOUCAULT, Michel. *Da amizade como modo de vida*. Trad. Wanderson Flor do Nascimento do original: De l'amitié comme mode de vie. Entrevista de Michel Foucault a R. de Ceccaty, J. Danet e J. Le Bitoux, publicada no jornal *GaiPied*, n.25, abr. 1981, p.38-9. Disponível em <<http://www.unb.br/fe/tef/filoesco/foucault/>>. Acesso em 30/6/2008.
- FRANÇA, Isadora Lins. Sobre “guetos” e “rótulos”: tensões no mercado GLS na cidade de São Paulo. *Cadernos Pagu (Campinas)*, n.28, 2007.
- _____, SIMÕES, Júlio Assis. Do “gueto” ao mercado. In: GREEN, James Naylor, TRINDADE, Ronaldo. (Org.) *Homossexualismo em São Paulo e outros escritos*. São Paulo: Editora UNESP, 2005. p.309-36.
- FRY, Peter. *Para inglês ver: identidade e política na cultura brasileira*. Rio de Janeiro: Zahar, 1982.
- _____, MACRAE, Edward. *O que é homossexualidade*. São Paulo: Brasiliense, 1985.
- GALVÃO, Jane. *Aids no Brasil: a agenda de construção de uma epidemia*. Rio de Janeiro: Abia; São Paulo: Editora 34, 2000.
- GAGNON, John H. *Uma interpretação do desejo: ensaios sobre o estudo da sexualidade*. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.
- GIDDENS, A. *A Transformação da intimidade: sexualidade, amor e erotismo nas sociedades modernas*. São Paulo: Editora UNESP, 1993.
- _____. *Modernidade e identidade*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2002.
- GILMAN, Sander. *Freud, raça e sexos*. Rio de Janeiro: Imago, 1994.
- GOFFMAN, E. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. 4.ed. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos, 1988.
- _____. *A representação do eu na vida cotidiana*. 13.ed. Petrópolis: Vozes, 2005.
- GOLDEMBERG, Mirian (Org.). *Nu e vestido: dez antropólogos revelam a cultura do corpo carioca*. Rio de Janeiro: Record, 2002.
- GREEN, James Naylor. *Além do carnaval: a homossexualidade masculina no Brasil do século XX*. São Paulo: Editora UNESP, 2000.
- _____, TRINDADE, Ronaldo. (Org.). *Homossexualismo em São Paulo e outros escritos*. São Paulo: Editora UNESP, 2005.

- GROSSI, M., UZIEL, A., MELLO, L. (Org.). *Conjugalidades, parentalidades e identidades lésbicas, gays e travesti*. Rio de Janeiro: Garamond, 2007.
- GUIMARÃES, Carmem Dora. *O homossexual visto por entendidos*. Rio de Janeiro: Garamond, 2004.
- HALL, Stuart. *A identidade cultural na pós-modernidade*. 6.ed. Rio de Janeiro: DP&A, 2001.
- HEILBORN, Maria Luiza, SORJ, B. Estudos de gênero no Brasil. In: MICELI, Sérgio (Org.). *O que ler na Ciência Social brasileira (1970-1995)*. São Paulo: Sumaré, Anpocs; Brasília: Capes, 1999.
- _____. *Dois é par: gênero e identidade sexual em contexto igualitário*. Rio de Janeiro: Garamond, 2004.
- _____. et al. *Sexualidade, família e ethos religioso*. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.
- HONNETH, Axel. *Luta por reconhecimento: a gramática moral dos conflitos sociais*. Trad. Luiz Repa. São Paulo: Editora 34, 2003.
- JEUDY, Henri-Pierre. *O corpo como objeto de arte*. São Paulo: Estação Liberdade, 2002.
- LAQUEUR, Thomas. *Inventando o sexo: corpo e gênero dos gregos a Freud*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2001.
- LE BRETON, D. *A sociologia do corpo*. Petrópolis: Vozes, 2006.
- LEIBING, A. (Org.). *Tecnologias do corpo: uma antropologia das medecinas no Brasil*. Rio de Janeiro: Nau, 2004.
- LEITE JÚNIOR, Jorge. “*Nossos corpos também mudam*”: sexo, gênero, e a invenção das categorias “travesti” e “transexual” no discurso científico. São Paulo, 2008. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
- LOURO, Guacira Lopes. *Um corpo estranho: ensaios sobre sexualidade e teoria queer*. Belo Horizonte: Autêntica, 2004.
- LOYOLA, M. A. (Org.). *Aids e sexualidade: o ponto de vista das Ciências Humanas*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994.
- KEMP, Kernia. *Corpo modificado, corpo livre?* São Paulo: Paulus, 2005.
- KULICK, Don. *Travesti: prostituição, sexo, gênero e cultura no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.
- MACRAE, E. *A construção da igualdade: identidade sexual e política no Brasil da abertura*. Campinas: Editora da Unicamp, 1990.

- MACRAE, E. Em defesa do gueto. In: GREEN, James Naylor, TRINDADE, Ronaldo (Org.). *Homossexualismo em São Paulo e outros escritos*. São Paulo: Editora UNESP, 2005. p.291-308.
- MAGALHÃES, Bóris Ribeiro. *Para além da forma: impactos das práticas dos Vigilantes do Peso no corpo e na autoimagem dos obesos*, Marília-SP. Marília, 2008. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Faculdade de Filosofia e Ciências – Universidade Estadual de Paulista.
- MAGALHÃES, B. R., SABATINE, T. T. A saúde como estilo e o corpo como objeto de intervenção. In: SOUZA, L. A. F., MAGALHÃES, B. R., SABATINE, T. T. (Org.). *Michel Foucault: sexualidade, corpo e direito*. Marília: Oficina Universitária; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2011. p.133-54.
- MANN, J. M., TARANTOLA, D., NETTER, T. W. *A aids no mundo*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993.
- MATOS, Maria Izilda S., SOIHET, Rachel (Org.). *O corpo feminino em debate*. São Paulo: Editora UNESP, 2003.
- MELLO, Luiz, PERILO, Marcelo, BRAZ, Camilo Albuquerque de, PEDROSA, Cláudio. Políticas de saúde para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no Brasil: em busca de universalidade, integralidade e equidade. *Sexualidad, Salud y Sociedad – Revista Latinoamericana* (Rio de Janeiro), n.9, p.7-28, dez. 2011.
- MAUSS, M. As técnicas corporais. In: _____. *Sociologia e Antropologia*. São Paulo: Edusp; Epu, 1974.
- MCCLINTOCK, Anne. Couro imperial: raça, travestismo e o culto da domesticidade. *Cadernos Pagu* (Campinas), v.20, p.7-85, 2003.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8.ed. São Paulo: Hucitec, 2004.
- _____. Violência, direitos humanos e saúde. In: CANESQUI, Ana Maria (Org.). *Ciências Sociais e saúde*. São Paulo: Hucitec, 1997. p.247-60.
- MISKOLCI, R. Reflexões sobre normalidade e desvio social. *Estudos de Sociologia* (Araraquara), n.13/14, p.109-26, 2002-2003.
- _____. Ameaças do presente. *Cadernos Pagu* (Campinas), n.21, p.327-33, 2003.

- MISKOLCI, R. Corpos elétricos: do assujeitamento a estética da existência. *Estudos Feministas (Florianópolis)*, v.14(3), p.681-93, set.-dez. 2006.
- _____. Pânicos morais e controle social: reflexões sobre o casamento gay. *Cadernos Pagu (Campinas)*, n.28, 2007.
- _____. A teoria *queer* e a Sociologia: o desafio de uma analítica da normalização. *Sociologias (UFRGS)*, v.21, p.150-82, 2009.
- _____, SIMÕES, J. A. Apresentação: sexualidades disparatadas. In: Dossiê Sexualidades Disparatadas. *Cadernos Pagu (Campinas)*, n.28, 2007.
- NUNES, Everardo Duarte. *Sobre a Sociologia da Saúde*. São Paulo: Hucitec, 1999.
- OLIVEIRA, N. M. *Damas de paus*: o jogo aberto dos travestis no espelho da mulher. Salvador: Centro Editorial e Didático, 1994.
- OLIVEIRA, Marcelo. *O lugar do travesti em Desterro*. 1997. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Centro Filosofia e Ciências Humanas – Universidade Federal de Santa Catarina.
- ORTEGA, F. Biopolíticas da saúde: reflexões a partir de Michel Foucault, Agnes Heller e Hannah Arendt. *Interface: Comunic., Saúde, Educ.*, v.8, n.14, p.9-20, set. 2003-fev. 2004.
- PAIVA, Vera (Org.). *Em tempo de aids*. São Paulo: Summus, 1992.
- PARK, Robert Ezra. A cidade: sugestões para a investigação do comportamento social no meio urbano. In: VELHO, Otávio Guilherme (Org.). *O fenômeno urbano*. Rio de Janeiro: Zahar, 1973.
- PARKER, Richard (Org.). *A aids no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará/ABIA/IMS-UERJ, 1994.
- _____. *Políticas, instituições e aids*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; Abia, 1997.
- PARKER, Richard. *Corpos, prazeres e paixões*. São Paulo: Best Seller, 2000.
- _____. *Abaixo do equador*. Rio de Janeiro: Record, 2002a.
- _____. *Na contramão da aids*: sexualidade, intervenção, política. Rio de Janeiro: Abia; São Paulo: Editora 34, 2002b.
- _____. *A construção da solidariedade*: aids, sexualidade e política no Brasil. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 2004.

- PARKER, Richard, AGGLETON, Peter. *Estigma, discriminação e aids*. Rio de Janeiro: Abia, 2001. Disponível em <http://www.abiaids.org.br/_img/media/colecao%20cidadania%20direito.pdf>.
- PATRÍCIO, Maria Cecília. *Travestismo: mobilidade e construção de identidades em Campina Grande*. Recife, 2002. Dissertação (Mestrado em Antropologia) – Programa de Pós-Graduação em Antropologia – Universidade Federal de Pernambuco.
- PELUCIO, L., MISKOLCI, R. *Fora do sujeito e fora do lugar: reflexões sobre performatividade a partir de uma etnografia entre travestis*. Texto apresentado na XXXVIII Reunião da Anpocs. Disponível em <www.ufscar/richardmiskolci/paginas/academico/cientificos/foradosujeito.htm>.
- PELÚCIO, L., MISKOLCI, R. A prevenção do desvio: o dispositivo da aids e a repatologização das sexualidades dissidentes. *Sexualidad, Salud y Sociedad – Revista Latinoamericana* (Rio de Janeiro), abr. 2009. Disponível em <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/SexualidadSaludySociedad/article/view/29>>. Acesso em 10/8/2009.
- PELÚCIO, Larissa. Toda quebrada na plástica: corporalidade e construção de gênero entre travestis paulistas. *Campos*, 6 (1-2), UFSCar, 2005a.
- _____. Na noite nem todos os gatos são pardos: notas sobre a prostituição travesti. *Cadernos Pagu (Campinas)*, n.25, p.217-48, 2005b.
- _____. *Nos nervos, na carne, na pele: uma etnografia sobre a prostituição travesti e o modelo preventivo de aids*. São Carlos, 2007. Tese (doutorado) – Universidade Federal de São Carlos.
- _____. *Abjeção e desejo: uma etnografia travesti sobre o modelo preventivo de aids*. São Paulo: Annablume, 2009.
- PERES, W. *Subjetividade das travestis brasileiras: da vulnerabilidade da estigmatização à construção da cidadania*. Rio de Janeiro, 2005. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual do Rio de Janeiro.
- _____. Travestis: corpos nômades, sexualidades múltiplas e direitos políticos. In: SOUZA, L. A. F., MAGALHÃES, B. R., SABATINE, T. T. (Org.). *Michel Foucault: sexualidade, corpo e direito*. Marília: Oficina Universitária; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2011. p.69-104.

- PERLONGHER, N. *O negócio do michê: prostituição viril em São Paulo*. São Paulo: Brasiliense, 1987a.
- _____. O michê é homossexual? Ou a política da identidade. In: TRONCA, I. A. (Org.). *Foucault vivo*. Campinas: Pontes, 1987b.
- _____. *O que é aids*. São Paulo: Brasiliense, 1987c.
- _____. Territórios marginais. In: GREEN, James Naylor, TRINDADE, Ronaldo (Org.). *Homossexualismo em São Paulo e outros escritos*. São Paulo: Editora UNESP, 2005. p.263-90.
- PISCITELLI, Adriana, GREGORI, Maria Filomena, CARRARA, Sérgio (Org.). *Sexualidade e saberes: convenções e fronteiras*. Rio de Janeiro: Garamond, 2004.
- POLLAK, Michael. *Os homossexuais e a aids: Sociologia de uma epidemia*. São Paulo: Estação Liberdade, 1990.
- PRECIADO, Beatriz. *Manifesto contra sexual*. Madri: Opera Prima, 2002.
- RUBIN, Gayle. Pensando sobre sexo: notas para uma teoria radical da política da sexualidade. *Cadernos Pagu (Campinas)*, n.21, p.1-88, 2003.
- SANTOS, Ailton da Silva. *Corpo educado?* Percepção do risco de contrair HIV e práticas educativas entre travestis profissionais do sexo. Salvador, 2007. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Comunitária – Universidade Federal da Bahia.
- SANT'ANNA, Denise. *Corpos de passagem: ensaios entre a subjetividade contemporânea*. São Paulo: Estação Liberdade, 2001.
- _____. (Org.). *Políticas do corpo: elementos para uma história das práticas corporais*. São Paulo: Estação Liberdade, 2005.
- SCOTT, J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *Educação & Realidade*, v.20, n.2, p.71-99, jul.-dez. 1995.
- SEDGWICK, Eve Kosofsky. A epistemologia do armário. In: Dossiê Sexualidades Disparatadas. *Cadernos Pagu (Campinas)*, n.28, 2007.
- SEGURADO, R. As novas tecnologias e os impactos no corpo. In: BUENO, M. L., CASTRO, A. L. (Org.). *Corpo: território da cultura*. São Paulo: Annablume, 2005. p.103 -18.
- SILVA, Hélio. *Travesti: a invenção do feminino*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; Iser, 1993.
- SILVA, Hélio. *Certas cariocas: travestis e vida de rua no Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, Prefeitura, 1996.

- SIMÕES, Júlio Assis. Homossexualidade masculina e curso de vida: pensando idades e identidades sexuais. In: PISCITELLI, Adriana, GREGORI, Maria Filomena, CARRARA, Sérgio (Org.). *Sexualidade e saberes: convenções e fronteiras*. Rio de Janeiro: Garmond, 2004. p.415-47.
- _____. Apresentação. In: GREEN, James Naylor; TRINDADE, Ronaldo (Org.). *Homossexualismo em São Paulo e outros escritos*. São Paulo: Editora UNESP, 2005. p.263-6.
- _____, FACCHINI, Regina. *Na trilha do arco-íris: do movimento homossexual ao LGBT*. São Paulo: Editora Perseu Abramo, 2009.
- SOHN, Anne-Marie. O corpo sexuado. In: CORBIN, Alain, COURTINE, Jean-Jacques, VIGARELLO, Georges (Dir.). *História do corpo – As mutações do olhar: o século XX*. Petrópolis: Vozes, 2008.
- SOUZA, L. A. F., MAGALHÃES, B. R., SABATINE, T. T. (Org.). *Michel Foucault: sexualidade, corpo e direito*. Marília: Oficina Universitária; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2011.
- TEIXEIRA, Flávia do Bonsucesso. *Vidas que desafiam corpos e sonhos: uma etnografia do construir-se outro gênero e na sexualidade*. Campinas, 2009. 243f. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas – Universidade Estadual de Campinas.
- TREVISAN, João Silvério. *Devassos no paraíso: a homossexualidade no Brasil, da colônia à atualidade*. 4.ed. Rio de Janeiro: Record, 2000.
- VASCONCELOS DA SILVA, Luís Augusto. *Desejo à flor da pele: a relação entre risco e prazer nas práticas de barebackin*. Salvador, 2008. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Pós-Graduação em Saúde Pública – Universidade Federal da Bahia.
- VENCATO, Anna Paula. Fora do armário, dentro do closet: o camarim como espaço de transformação. *Cadernos Pagu (Campinas)*, n.24, 2005.

SOBRE O LIVRO

Formato: 14 x 21 cm

Mancha: 23,7 x 43,4 paicas

Tipologia: Horley Old Style 10,5/14

2013

EQUIPE DE REALIZAÇÃO

Coordenação Geral

Tulio Kawata



CULTURA
ACADÊMICA 
Editora