



TRAVESTIS, SEXUALIDADES, VULNERABILIDADES EM HIV/AIDS E TECNOLOGIAS DE PREVENÇÃO EM SAÚDE

Thiago Teixeira Sabatine¹

O surgimento da aids, nos anos 80, inaugura um processo de repatologização das sexualidades dissidentes. 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 (MISKOLCI & PELÚCIO, 2009).

Historicamente a epidemia catalisou os medos advindos do Outro perigoso e poluidor, um inimigo interno 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 no início das notificações sobre um *câncer gay*, ou *peste gay*, revelando aos homossexuais uma “imagem endurecida de si mesmos” (POLLAK, 1990, p. 13).

A expressão “grupo de risco” surge para designar, as identidades epidemiológicas como fator que assinalam para as vítimas da doença a sua responsabilidade moral pelo adoecimento. Deste processo emergiu a invasão cada vez maior do saber médico e de uma tecnologia sanitária no campo dos prazeres sexuais, todo suspeito homossexual cada vez mais visível e permeável à inquirição sorológica, através do qual se produziu uma analogia perversa entre doença e a sexualidade.

As formas de exercício da sexualidade e os prazeres não coadunados aos vínculos heterossexuais, como a família nuclear monogâmica (elevada ao modelo de saúde sexual e conduta ilibada), 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 e identidades sexuais adeptas ou não do sexo seguro; indicando ou não desvios na conduta sexual e 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.

Reativam-se medos a respeito do sofrimento, da morte e da homossexualidade. A maneira pela qual inicialmente a saúde pública respondeu a intensidade da patologia seja conduzindo a

¹ Mestrando em Ciências Sociais, Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais, Universidade Estadual Paulista – Campus de Marília-SP. Pesquisador do Observatório de Segurança Pública da UNESP (OSP/UNESP). Coordenador do Grupo de Estudos em Segurança Pública da UNESP (GESP/UNESP). thiagosabatine@hotmail.com



morte nos leitos dos hospitais, em rituais fúnebres que impulsionavam medos no contato do médico e paciente (foram vários também os casos negligenciados), seja prescrevendo normas para o exercício protegido do sexo, lançou as bases do *dispositivo de aids*, que opera a vigilância e 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 (MISKOLCI & PELÚCIO, 2009; PERLONGHER, 1987b).

Ao longo dos anos, com as novas tecnologias e investimentos da indústria farmacêutica, aliado a uma política de fornecimento gratuito dos medicamentos às “pessoas vivendo com HIV” pelo SUS – Sistema Único de Saúde a partir do final de 1996, as práticas discursivas se deslocaram operacionalizando a descaracterização da letalidade da doença, entretanto não é menor o sofrimento do doente em respeito a sua vida administrada, nem o estigma em relação ao seu potencial disseminador do vírus HIV, a via de responsabilização dos sujeitos a partir criminalização da conduta frente ao contato desprotegido com o corpo saudável demonstra que diferentes estratégias de punição podem emergir através da injunção a prevenção.

Por outro lado, a via da medicalização do soropositivo, que se materializa no corpo das “pessoas vivendo com HIV”, permitiu ao lado da codificação dos direitos a saúde, o enquadramento do corpo doente na tecnologia de governo médica, produzindo efeitos no monitoramento da qualidade de vida do doente submetido à terapêutica.

No caso brasileiro, o *dispositivo de aids* aciona a moralização das práticas sexuais em consonância a um modelo internacional de suspeição sobre populações com base na prevenção para se evitar novos casos e dar ao mesmo tempo sustentabilidade financeira a política de assistência aos doentes de aids.

A prevenção 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 pretende reprodutiva. Inaugura-se a luta contra a promiscuidade, que são reinscridas numa ordem por reviravoltas que colocam novas estratégias no dispositivo, como a reivindicação do estatuto normal da monogamia na união civil de mesmo sexo.

Por meio do questionamento dos prazeres perversos, a saúde pública efetua a gestão dos riscos individuais em contextos e condições consideradas mais vulneráveis, mas deixa esquivar o sexo que tem se mostrado mais desprotegido a doença e onde a epidemia avança significativamente, como demonstra a tendência de efeminização da epidemia. Estaria neste caso atuando, ainda que de maneira implícita, nos silêncios das estratégias de colocação das sexualidades no discurso médico e



nas práticas sanitaristas, a relação com o bom sexo, valorizando a norma, que decide, julga e classifica numa hierarquia de risco, aceitabilidade, moralidade a relação com a saúde sexual.

Conforme Miskolci e Pelúcio (2009, p.153) e “a heterossexualidade reprodutiva é a perspectiva não-explicitada que constrói a prevenção como eixo central do dispositivo da aids” permitindo a valorização das sexualidades não-normativas em corpos permeáveis a uma polícia do sexo que constituem em torno dos seus desejos os perigos à ordem social. Permanece a aliança da doença física e moral da aids aos desvios da sexualidade (TREVISAN, 2000).

Os discursos preventivos são amplamente difundidos nos discursos midiáticos, da segurança, da saúde pública sustentando diferentes práticas que intervêm na condução da vida, definindo um conjunto de normas que pautam os saberes médicos para evitar os agravos em saúde.

São práticas discursivas que intervêm para elevar o nível de saúde da população, acionadas no caso da aids, por uma polícia do sexo, que segundo Foucault tem a “necessidade de regular o sexo por meio de discursos uteis e públicos, e não pelo rigor de uma proibição” (2005, p.28), técnica que permite saber o que se passa com os usos do sexo para controlar a sua prática e vincular os sujeitos as práticas de governo.

Conforme Michel Foucault (2005) é no século XIX que surge a sexualidade como parte integrante de uma grande empresa de normalização no ocidente que vai se fixar, sobretudo nas sexualidades consideradas desviantes, e em torno delas multiplicar as estratégias e inúmeros meios para disciplinar, vigiar, punir e curar os indivíduos que escapam as normas culturais, o dispositivo inclui a sexualidade em diversas manobras políticas, passando a ser, essencial as técnicas de governo que buscam gerir seus perigos, produzindo o corpo sexuado em benefício do controle.

Através das intervenções médicas ocorre a proliferação discursiva do despropósito sexual, obtendo em torno do registro do normal e patológico, o esquadramento das condutas, dos prazeres e definindo identidades para os quais se lançam efeitos específicos de disciplina pelos procedimentos de especificação e exame minucioso da verdade do sexo, que é singular em cada indivíduo, dando-lhes contornos inteligíveis e moldando subjetividades a elas conformadas.

Ao mesmo tempo em que permite a extensão do controle dos fenômenos próprios da vida. Como algo capaz de repercutir nos fenômenos coletivos, o sexo passa a ser a base para a regulamentação da população, de suas características e variáveis. Na sobreposição de uma sociedade da soberania, os discursos que investem sobre o sexo e agem diretamente no corpo, disciplinando suas práticas e usos, contribuem para inaugurar a era do bio-poder, e de governamentalização do Estado moderno.



Tô na área: o modelo local de prevenção e a saúde das travestis

Os esforços dos projetos de intervenção visando à educação para a prevenção das dst e aids, enquanto técnica de governo mobilizou no Brasil ao longo dos anos, entre tensões e conflitos, respostas para o enfrentamento à epidemia de aids, suscitando o debate sobre os contextos de vulnerabilidade que distanciam as travestis dos cuidados com a saúde sexual, corporal e mental. Mas percebe-se nas estratégias discursivas o silenciamento acerca da saúde da travesti enquadrando suas práticas na tecnologia de prevenção sexual em detrimento de uma problematização mais ampla dos contextos em que se processam o adoecimento entre esta população.

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, que nesta medida tornam-se permeáveis a polícia da sexualidade (PELÚCIO, 2007).

A presente investigação centra-se nas táticas acionadas na gestão dos riscos a aids entre travestis que se prostituem em Marília-SP, procurando mostrar a partir das perspectivas dos atores, o modo como questões relativas à doença, a sexualidade, ao sofrimento e aos processos mais amplos de exclusão são suscitadas pelo modelo preventivo local em saúde sexual.

O projeto *Tô na Área* é parte integrante do Programa Municipal de Redução de Riscos e Danos em DST e AIDS (PRRD), responsável pela ênfase na prevenção nas atividades mais amplas do Programa Municipal de DST, AIDS e hepatites virais, da Secretaria Municipal da Saúde. O PRRD é realizado em parceria com a OSCIP Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESCAP), constituída, sobretudo por médicos e profissionais da FAMEMA, Faculdade de Medicina de Marília.

O projeto é o formato atual de variadas ações para a prevenção iniciadas em dezembro de 2001 com agentes noturnos que faziam trabalhos educativos junto a profissionais do sexo nas ruas de Marília. Mesmo com variados momentos de incertezas, particularmente no que diz respeito à sustentabilidade financeira, foi ao longo dos anos auxiliado por diferentes co-financiadores e se mostra fortalecido com os recursos federais do Programa Nacional de DST e Aids.

Em linhas gerais, a estratégia que auxilia a constituição de uma população-alvo, passa pela consideração sobre as que seriam mais vulneráveis as dst e aids. Basicamente são “homossexuais, bissexuais, transgêneros, profissionais do sexo, populações de baixa renda e usuários de drogas” (MARÍLIA, 2005). A perspectiva que prevalece é a gestão individual dos riscos, numa abordagem



educativa face-a-face sobre as práticas, situações e comportamentos que predisõem a infecção ao HIV.

O alvo tem sido as favelas, os mocós, onde os agentes do grupo UD/UDI trabalham, quase pelo final da tarde, sob a probabilidade de rastreamento de usuário de drogas injetáveis, distribuindo Kits de redução de danos (com seringas, agulhas, água destilada, swab de álcool), preservativos masculinos, femininos e folhetos educativos; contudo, prevalece à abordagem aos moradores de favelas, o que os técnicos chamam de população em geral nem sempre afeita ao jargão UDI, parte de um segmento que compõe 4 favelas, das 18 que a cidade possui, dos quais pelo menos 1500 famílias estão cadastradas no Plano Local de Habitação de Interesse Social.

Estratégia inquietante, quando a saúde pública questiona a sexualidade e seus perigos, atrela fortemente o estigma de uma sexualidade abundante, racializada e desprotegida a um discurso moralizador das classes populares.

Numa das aproximações do campo etnográfico, na favela da Vila Barros, um rapaz me questionou se os agentes faziam distribuição de preservativos no bairro, Esmeralda, onde vive a de classe média alta, a questão era provocativa, pois se podia observar, mesmo que o rapaz fosse assíduo no acolhimento dos insumos, o distanciamento quanto a se sentir parte integrante das ações preventivas, na medida em que tinham não haver com o maior ou menor risco dos moradores as doenças do sexo, mas a uma versão atualizada de policiar e gerir os estigmas que lhes afetam, sobretudo no que diz respeito às mulheres, a valorização dos métodos contraceptivos, e as drogas.

Outra frente de normalização ocorre junto aos michês e homossexuais, nas praças, ruas do centro da cidade, nas boates GLS e nas visitas domiciliares dos agentes noturnos as casas de homens que fazem sexo com homens (HSH) com a distribuição de gel lubrificante, preservativos e folhetos, sendo algumas vezes realizados encaminhamentos para testes de HIV, sífilis e hepatites, e raramente encaminhamentos para consultas médicas para as Unidades Básicas de Saúde – UBS e as Unidades da Saúde da Família - USF, e outros serviços de referência dentro de uma parceria com a rede municipal de saúde.

Neste caso, a *educação entre pares*, que parte do recrutamento de homossexuais para a atividade de multiplicadores da tecnologia preventiva, vem se mostrando eficaz, pela horizontalidade da interação entre pessoas que se reconhecem iguais, não obstante as tensões presentes pela aderência as referências médicas e os próprios territórios sexuais por onde circulam.

No terceiro eixo de atuação o programa preventivo esquadriña o espaço urbano, executa a produção de saber sobre a inspeção dos locais de prostituição, empreendendo uma “administração



viária” sobre os corpos em risco, sob os quais lança o embate com os preceitos à saúde (FOUCAULT, 2001; 1989).

A campanha de medicalização do sexo atua nos territórios em cujos interstícios mulheres e travestis durante a noite são inseridas nas dinâmicas e disputas do mercado sexual, mais especificamente no caso das travestis, a quadra que liga a Rua Coronel Galdino de Almeida, Avenida São Luiz, Rua Paes Leme e Rua Vinte Quatro de Dezembro no centro comercial da cidade; o território da avenida Castro Alves, suas imediações, entre a *Comasa*, uma revendedora de automóveis, até o viaduto do bairro Castelo Branco; o território da BR-153, o Posto de combustíveis e suas imediações na BR-153.

A prostituição e a via pública com a qual está interconectada se dissociam, a saúde pública neste espaço denso de relações promove a individualização da prostituta e de seus riscos, acionando em torno de suas práticas os discursos preventivos. A prática preventiva coloca face-a-face, a despeito de uma rede fluída de intercâmbios e circulações, da variedade de negociações, e identidades a elas associadas em trânsito pelos espaços noturnos de prostituição, o corpo prostituto e as agentes de saúde², em cuja incumbência opera um olhar vigilante sobre as práticas que compõem os territórios.

Em função da distribuição e segregação dos espaços, se atualiza o controle social da vida do cidadão vinculando-o 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 a vigilância e ao saber sanitário), 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 forja modos de experimentação de si e modelos para as múltiplas intervenções que vão transformando o corpo, subjetivando o gênero e conferindo valor e qualidade a pessoa, num processo de adesão às

² Atualmente são duas agentes atuando nos espaços com mulheres e travestis profissionais do sexo, com trajetórias de vida diferenciadas das clientelas do programa preventivo, uma mulher, mãe de família que por longo período de sua vida manteve relações de amizade com homossexuais masculinos, sendo bastante reconhecida por homens gays de 40 anos de idade, e outra uma jovem que se identifica transexual, cabeleireira cujas aproximações com as travestis vêm sendo marcada por repulsas, acusações e violências. Para além dos elementos afetivos e efeitos da interação, permeável a tensões, rupturas e distanciamento, entre as travestis e a agente de saúde transexual é evidente a apropriação da dupla estratégia de medicalização dos corpos que atravessam as fronteiras de gênero, constituindo a diferenciação entre os pares com base numa hierarquia de respeitabilidade, servindo ora para acusar a falha, a aberração, ou mesmo o status normalizado do corpo transexual por parte das travestis, ou através da fala da transexual acusar o uso incorreto das tecnologias de transformação do corpo para os prazeres perversos pelas travestis.



injunções e códigos que revelam a verdade materializada nas práticas dos sujeitos em relação ao cuidado com o corpo e na condução frente às 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, através da re-interação performativa do gênero da travesti (BUTLER, 2003).

Nesta perspectiva, a prostituição não somente diz respeito à forma como a sexualidade é inserida no campo das trocas monetárias, como das redes que presidem a sociabilidade noturna, 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.

As táticas de prevenção mobilizadas em torno do modelo oficial do PN DST Aids são por excelência práticas educativas que tem centralidade na divulgação de conhecimentos e distribuição de insumos como preservativos masculinos, gel lubrificante, kits redutores de danos para usuários de drogas e preservativos femininos, com a intenção de influenciar atitudes e comportamentos sexuais, e no caso das travestis, prescrever modos para melhor viver, impondo normas que revelam elementos patológicos que impedem o desenvolvimento da vida (MISKOLCI & PELÚCIO, 2009).

O vetor higienista que marcou o pânico sexual em relação às experiências sexuais díspares continua pautando as políticas de saúde voltadas para populações constituídas com base na sexualidade. Elas investem conforme Pelúcio, na *sidadanização*, essa cidadania as avessas traz a SIDA como dispositivo que sancionam um prefixo para normatividades, acionando discursos médicos e epidemiológicos nos panfletos, nas cartilhas, nas interações entre agentes de saúde e clientela, racionalizando as condutas em detrimento do desejo e da prática cotidiana que presidem a vida cotidiana das travestis, permanece o escrutínio público sobre o sexo seguro e não se trata de alargar a cidadania dessa população em âmbito do SUS (PELÚCIO, 2007).

Os avanços nesta área continuam tímidos, embora seja em torno deles que tem se estabelecido uma pauta permeável às demandas dos movimentos sociais de travestis, como por exemplo, nas campanhas do Ministério da Saúde “Travesti e Respeito” de 2004, e “Sou Travesti. Tenho direito de ser quem eu sou” em 2010, mas continuam as perspectivas segundo o qual o sujeito racionalmente deve optar pela preservação da vida em função dos riscos que corre ao aderir às práticas da travestilidade (PERES, 2005).



Este tema é particularmente sensível em relação ao modelo oficial de medicalização da transexualidade definido pelo Conselho Federal de Medicina, e a *política de redução de danos*, que avança junto ao tema da prevenção em aids para as travestis, embora as fronteiras entre as identidades não sejam fixas servindo a diferentes significações na experiência dos sujeitos, o primeiro modelo identifica o “verdadeiro transexual” enquanto sujeito que não deve manter marcas ambíguas de gênero e sexualidade, adequando-o a matriz de sexo/gênero/desejo/práticas sexuais heteronormativas, intervindo com o procedimento transexualizador na fabricação de corpos normalizados (BENTO, 2006; LEITE JUNIOR, 2008).

A norma do Conselho Federal de Medicina em 1997 considera as intervenções sobre a corporalidade travesti como estéticas que servem para obtenção de prazeres, ligada a perversão e a marginalidade, operando exclusões ao acesso a tecnologias seguras de transformação do corpo e do gênero, àqueles que não desejam retirar a genitália (LEITE JUNIOR, 2008).

No bojo desta diferenciação tecnológica, as políticas de redução de danos, desdobram a responsabilização dos sujeitos pela condução da saúde corporal, no caso do uso de drogas, dos hormônios e da aplicação artesanal do silicone líquido, aconselhando as travestis à razoavelmente intervir no corpo, através da higiene, assepsia, orientações em casos de agravos, escolhas dos produtos ou convencendo a não aplicação (BRASIL, 2001).

A redução de danos, entretanto, não tem sido somente eficaz no sentido de permitir o conhecimento de atitudes preventivas, de fato, as travestis conhecem os riscos, e os vivenciam cotidianamente em momentos dramáticos e banalizados, antes tem possibilitado a consolidação de mercados alternativos, onde produz estilos de vida marcados pelo uso descontrolado de automedicação causando danos ao corpo, pelo uso do silicone que em alguns casos levam a morte.

O uso do produto industrial produz abscessos, infecções, rejeição do organismo ou deformação quando este escorre em cavidades não previstas. São fatores desafiados pelas travestis para atingir a construção da pessoa e da corporalidade desejada. Frente às injunções heteronormativas e a prevenção em saúde interpõem os influxos do desejo por um corpo mais belo, mais feminino constituído performativamente em carne permeável e incircunscritas aos refluxos das forças de exclusão e punição, patologização e estigmatização (PERES, 2005).

Conforme Goffman (1988) o estigma pode ser constituído como marca corporal que serve ao controle social dos proscritos. As travestis, a partir das transformações corporais que se submetem experimentam o corpo como território onde se inscrevem diferenças, identidades desviantes mediante a intensificação das dissimetrias de poder que inserem seus “corpos



incircuncritos” em conflito com ordem social, permeável ao reforço da exclusão em detrimento dos discursos dos direitos e da cidadania.

Neste caso, é importante destacar que as campanhas de prevenção à saúde das travestis, a despeito da inclusão de temas relativos à cidadania, ao combate às vulnerabilidades em termos da luta contra os efeitos dos processos de estigmatização a que estão submetidas às populações na construção da saúde sexual, têm se mostrado eficiente na colonização das práticas sexuais e em torno dos corpos perpetuando práticas de exclusão mais amplas ao acesso à saúde, e, portanto, não tem resultado em melhoria da qualidade de vida.

O risco e o perigo são formulados nas políticas públicas como sendo inerentes aos estilos de vida das travestis, exigindo delas a adequação as normas comportamentais consagradas nas recomendações de médicos e especialistas em saúde.

Segundo Pelúcio (2007) o modelo preventivo acionado entre travestis que se prostituem em São Paulo produzem um duplo efeito de individualização com base nos estigmas das sexualidades dissidentes, submete a travesti à inquirição patológica, considerando sua sexualidade abundante e perigosa, que necessita de atenções e cuidados pela via da responsabilidade pessoal pela condução de sua saúde; e em torno da invisibilidade dos parceiros das travestis que se consideram heterossexuais. Opera-se a normalização por meio da gestão do *armário* que implica medo da visibilidade em torno das práticas sexuais, do estigma da homossexualidade e da aids, o que às vezes resulta em tensões na adoção de comportamentos preventivos frente aos influxos do desejo.

Poucas vezes observei a interação das agentes de saúde com a clientela das mulheres e travestis profissionais do sexo, prescindindo no caso da distribuição aos responsáveis pelas casas de prostituição e clubes noturnos de mulheres, nos bares da região central também ocorrem “parceiras” com o programa oficial, às vezes provocava euforia entre os homens que tentavam provar sua virilidade ao querer apanhar com as agentes de saúde quantidades maiores de preservativos do que lhes eram distribuído, em alguns casos evitavam-se situações semelhantes dando ao responsável pelo estabelecimento a prioridade na distribuição do preservativo. Raramente interagem com os homens que transitam na BR-153, sejam eles caminhoneiros ou transeuntes que vagueiam pelo território em busca de prazeres no Posto, mesmo os caminhoneiros considerados parte integrante de uma clientela do comércio sexual propensa ao risco pelo seu nomadismo, pelo sexo fortuito de beira de estrada.

Os homens que negociam o sexo com as travestis não adentram o programa normativo, não existe uma preocupação metódica em torno de seus corpos, antes a precaução em mantê-los no



anonimato e a distância, o corpo-a-corpo agente de saúde e clientela normalizada e heterossexual produz evitações e distanciamentos interativos na troca de informações acerca do programa.

O contato com o esperma torna-se um elemento central na negociação entre travestis e a demanda dos clientes, podendo até certas condições permitir o escalonamento dos preços durante a entrevista ou no ato. Entretanto este tipo de negociação gera desconfiança e receios, principalmente com relação à penetração sem uso do preservativo, práticas arriscadas que muitas vezes são recusadas pela travesti.

No que diz respeito à sexualidade que se produz com as parcerias mais fixas, com os namorados e maridos, a lógica da prevenção enquanto parte integrante da racionalidade oficial da saúde permeável ao comércio sexual desvanece com o investimento na confiança e na respeitabilidade vinculadas a intimidade de casal.

O uso do preservativo neste caso oscila entre a disjunção com a racionalidade em saúde em respeito à prostituição, objeto privilegiado dos discursos preventivos, bem como atenua o sentimento de isolamento social que muitas narram constante em suas vidas, permitindo certa plasticidade na adoção de comportamentos preventivos e contribuindo para sua autodesconfiança e culpabilização em relação a aids.

A maioria das travestis refere ter feito testes para o HIV, processo inquisitivo que muitas vezes geram sofrimentos e angústias. Algumas travestis convencidas a fazer a testagem para HIV, ao conseguir horários e consultas pré-agendadas pelos agentes de saúde, deixam de ir ao consultório. Entre os motivos as travestis expõem desde os horários incompatíveis, à distância, o preconceito etc. o que contribui para a valorização da farmácia como espaço onde se negocia a saúde. As faltas das travestis as consultas agendadas vem suscitando reclamações das agentes de saúde segundo as quais as travestis não utilizam com responsabilidade o serviço de saúde oferecido, que por sua vez desestimula a equipe a acionar a rede local para elas.

Outras narram fazer os testes e abandoná-los pelo medo que a revelação exerce numa trajetória de vida marcada por acusações e estigmas, neste caso é quase natural todas acharem-se potencialmente vulneráveis a aids, considerado um elemento endêmico pelo próprio segmento.

Além disso, as travestis reconhecidamente soropositivas continuam sendo alvo de desconfiança e acusações. Adriana, uma travesti relativamente mais velha que as demais beirando os cinquenta anos, diz que quase não faz sexo, por conta do preconceito. A respeito dela em variadas conversas de outras travestis permeiam acusações em torno de sua natureza potencialmente transmissora do HIV para as demais, criando um saber sobre a circulação dos clientes, com quem se



relacionam como estratégias de reconhecimento daqueles que poderiam infectá-las, nestes casos, os poucos clientes atuais de Adriana são evitados pelas demais. Continuam ainda que de maneira velada, presentes as estratégias de isolamento social ao doente.

Por fim, a pesquisa verificou que o projeto *Tô na Área* se baseia na perspectiva de redução de riscos individuais (restritos ao conhecimento e mudança do comportamento, e distribuição de insumos). O projeto menciona métodos participativos, mas as travestis que recebem a intervenção não evidenciam posicionamentos ativos na condução da política pública.

Além disso, as maneiras como a saúde pública inclui as travestis nas estratégias e ações de prevenção ao mesmo tempo em que permite o controle social do contágio da doença, tem produzido formas moduladas pela heteronormatividade de controle e produção de subjetividade marcada pela inquirição da doença, recontando-as, remodelando-as, induzindo evidentemente resistências e deslocamentos (MISKOLCI & PELÚCIO, 2009).

Referências Bibliográficas

BENEDETTI, M. *Toda feita: o corpo e o gênero das travestis*. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

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

BRASIL. 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, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. *Manual de redução de danos*. Brasília, 2001.

BRASIL. Coordenação Nacional de DST e Aids. *Aconselhamento em DST, HIV e Aids: diretrizes e procedimentos básicos*. 3 ed. Brasília, 1998.

BUTLER, J. *Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

FOUCAULT, M. *História da sexualidade*, 1. A vontade de saber. 14. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2005.

_____. *Os Anormais: Curso no Collège de France (1974-1975)*. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

_____. *O nascimento da medicina social*. In: FOUCAULT. *Microfísica do poder*. 8ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1989.

GOFFMAN, E. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. 4.ed. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos Editora, 1988.



_____. *A Representação do eu na vida cotidiana*. Petrópolis: Vozes, 1985.

KULICK, D. *Travesti: prostituição, sexo, gênero e cultura no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008

LEITE JÚNIOR, Jorge. “*Nossos corpos também mudam*”. Sexo, gênero, e a invenção das categorias “travesti” e “transexual” no discurso científico. Tese de doutorado (Ciências Sociais). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2008.

MISKOLCI, R. PELÚCIO, L. *A prevenção do desvio: o dispositivo da aids e a repatologização das sexualidades dissidentes*. Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana, Norteamérica, 0, abr. 2009. Disponible en: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/SexualidadSaludySociedad/article/view/29>. acceso: 10 ago. 2009.

PARKER, Richard G. *Políticas, Instituições e Aids*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor/Abia, 1997.

_____. *Na contramão da Aids – Sexualidade, Intervenção, Política*. Rio de Janeiro: Abia/Editora 34, 2002.

PERES, W. *Subjetividade das travestis brasileiras: da vulnerabilidade da estigmatização à construção da cidadania*. Tese de doutorado. PPG em Saúde Coletiva- Universidade Estadual do RJ, Rio de Janeiro, 2005.

PELÚCIO, Larissa. *Nos nervos, na carne, na pele: uma etnografia sobre a prostituição travesti e o modelo preventivo de AIDS*. Tese de Doutorado apresentada na Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, UFSCAR, 2007.

PERLONGHER, N. *Territórios marginais*. IN: GREEN, James Naylor; TRINDADE, Ronaldo. (org..) *Homossexualismo em São Paulo e outros escritos*. São Paulo: Editora Unesp, 2005. p.263-290.

_____. *O negócio do Michê: Prostituição Viril em São Paulo*. São Paulo: Brasiliense, 1987a.

_____. *O que é Aids*. São Paulo: Brasiliense, 1987b.

POLLAK, Michel. *Os homossexuais e a aids: sociologia de uma epidemia*. São Paulo: Estação Liberdade, 1990.

SILVA, Hélio. *Certas Cariocas: Travestis e vida de rua no Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará: Prefeitura, 1996.

TREVISAN, João Silvério. *Devassos no paraíso: a homossexualidade no Brasil, da colônia à atualidade*. 4.ed. Rio de Janeiro: Record, 2000.

Fontes

MARÍLIA. Programa Municipal de DST, Aids e hepatites virais. Secretaria Municipal da Saúde. *Relatório de Gestão 2005 referente a 2004*, Marília-SP, 2005.