

Saúde e transexualidade entre dispositivos e tecnologias do gênero

Pablo Cardozo Rocon¹

Universidade Federal de Mato Grosso

Alexsandro Rodrigues²

Universidade Federal do Espírito Santo

Francis Sodr ³

Universidade Federal do Espírito Santo

Maria Elizabeth Barros De Barros⁴

Universidade Federal do Espírito Santo

Izabel Rizzi Ma ⁵

Universidade Federal do Espírito Santo

Resumo: A partir do diálogo com Michel Foucault, Judith Butler e Paul Preciado, analisamos que o processo de diagnóstico como requisito para o acesso ao processo transexualizador opera segundo os princípios de um racismo do Estado, realizando um corte entre pessoas que terão acesso aos procedimentos do processo transexualizador e aquelas que estarão desamparadas por aquele programa, operando como dispositivo que produz parte da popula o usuária como vida indigna de ser vivida, não passível de luto.

Palavras-chave: acesso; g nero; transexualidade; processo transexualizador; saúde.

¹ Docente do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso. Mestre em Saúde Coletiva e Doutor em Educa o pela Universidade Federal do Espírito Santo. Contato:

² Docente do Departamento de Teorias e Práticas Educacionais e do Programa de Pós-Gradua o em Psicologia Institucional da Universidade Federal do Espírito Santo. Doutor em Educa o pela Universidade Federal do Espírito Santo e Pós-Doutor em Psicologia pela Universidade Federal Fluminense.

³ Docente do Departamento de Serviço social e do Programa de Pós-Gradua o em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo. Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

⁴ Docente do Departamento de Psicologia e do Programa de Pós-Gradua o em Educa o da Universidade Federal do Espírito Santo. Doutora em Educa o pela Universidade Federal do Rio de Janeiro, com estágio pós-doutoral em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública da Funda o Oswaldo Cruz.

⁵ Mestra em História e Doutoranda pelo Programa de Pós-Gradua o em História da Universidade Federal do Espírito Santo.

Health and transsexuality between devices and technologies of the gender

Abstract: From the dialogue with Michel Foucault, Judith Butler and Paul Preciado, we analyze that the diagnostic as a requisite for access to the Brazilian's transgender health care services operates according to the principles of State racism, separating the people who will have access to the procedures of the transexualizador process and those that will be abandoned by this program, operating as a device that produces part of the user population as life unworthy to be lived, not amenable to mourning.

Keywords: access; gender; transsexuality; Brazilian's transgender health care services; health.

Salud y transexualidad entre dispositivos y tecnologías de género

Resumen: A partir del diálogo con Michel Foucault, Judith Butler y Paul Preciado, analizamos que el proceso de diagnóstico como requisito para acceder al proceso de transexualización opera de acuerdo con los principios de un racismo estatal, haciendo un corte entre las personas que tendrán acceso y aquellos que estarán indefensos por ese programa, operando como un dispositivo que produce parte de la población de usuarios como una vida indigna de vivir, no susceptible de luto.

Palabras clave: acceso; género; transexualidad; proceso de transexualización; salud.

As políticas de saúde são importantes estratégias de gestão da vida, gerenciando-a desde seu nível biológico, celular, fisiológico, anatômico até os processos macrosociais de reprodução das suas condições no nível da população, através, por exemplo, da higiene pública, da epidemiologia, do saneamento e da medicalização. Seu amplo espectro de ação se dá por seu engendramento com as estratégias de governo da vida. Tais estratégias emergiram em conjunto com o advento da medicina social nos Estados modernos e inseriram no funcionamento dos mecanismos de poder os corpos com seus órgãos, sistemas, tecidos, células, moléculas. É pelo atravessamento do corpo que o governo começa a gestar a vida; é, inicialmente, sobre corpos humanos, animais, vegetais, entre outros, que ele efetiva seu exercício. A finitude e o prolongamento da vida tornaram-se, deste modo, questões do poder. Isto é, vida e morte não são simplesmente fenômenos naturais, exteriores ao campo político, mas estão vinculados à biopolítica, ao direito e ao poder. Nesse contexto, o poder encarrega-se da vida, da morte e de sua gestão pela atuação das mais variadas intervenções, mediadas por ações estatais sobre os corpos, entre elas, as políticas de saúde (FOUCAULT, 2010a; 2014a; 2014b).

Contudo, nem todos os corpos receberão essas intervenções de proteção e prolongamento da vida. Certos corpos serão alvo de um investimento de morte, para parar seus sistemas, órgãos, tecidos e células. É justamente nesses corpos, materializadores de vidas não reconhecidas, que não são alvo de intervenção das políticas de saúde, que a biopolítica exercerá um poder de assassino. Sob a égide de proteger a espécie contra seus perigos internos, de agir em defesa da sociedade e “fazer viver”, o poder autoriza a morte de alguns em nome da suposta proteção de outros (FOUCAULT, 2010a). Segundo Judith Butler (2016: 17), existirão “ ‘sujeitos’ que são exatamente reconhecíveis como sujeitos e há ‘vidas’ que dificilmente – ou, melhor dizendo, nunca – são reconhecidas como vidas”.

Mas como são produzidas vidas dignas e indignas de luto? Como podem as (bio) políticas de saúde, que tomam os corpos cotidianamente em seus mecanismos de ação, pondo-se a proteger e prolongar a vida, proteger alguns corpos em detrimento dos outros? Para responder essas questões é preciso, em primeiro lugar, fazer reverberar Butler (2016) e afirmar que todas as vidas são precárias. Para a autora, todas as vidas carecem de elementos externos que ofereçam suporte para sua existência. No entanto, existem vidas que estão, nesse sentido, mais defasadas em relação a outras. Isto é, todas as vidas são precárias, mas existem aquelas cuja condição de precariedade é minimizada pelas intervenções do Estado, através de políticas como a de saúde, e há as outras.

Em sua genealogia do poder e através do uso do conceito de “racismo de Estado”, Michel Foucault (2014b) afirmou que o funcionamento dos Estados modernos comporta um poder de matar ou deixar morrer os corpos/vidas da população. Com o racismo de Estado, produzem-se grupos que são considerados como ameaças à vida e à segurança da espécie. As possibilidades de vida desses grupos tendem, assim, a ser dirimidas, frequentemente regulamentadas pela sociedade

normalizada de governamentalidade e regida pela triangulação soberania-disciplina-gestão governamental sobre a população (FOUCAULT, 2014b). O exercício do biopoder conjuga, em sua atuação, as práticas disciplinares sobre o corpo e a regulamentação biopolítica da vida, promovendo uma acomodação sobre os fenômenos próprios de uma multiplicidade de indivíduos – seus processos de reprodução, nascimento, mortalidade, epidemiologia (FOUCAULT, 2010a). A população, conceito que aparece na modernidade e após a explosão demográfica na Europa, compõe um “corpo com várias cabeças”, múltiplas existências que, de um ponto de vista do poder, se não são totalmente apreensíveis são, ao menos estatisticamente, previsíveis. É nesse corpo, individualizado em sua unidade e, igualmente, coletivizado na população, que vão incidir tanto as tecnologias estatais de gestão da vida, quanto os mecanismos biopolíticos do poder soberano, ou seja, do poder de fazer morrer. É através dos racismos de Estado que o biopoder pode exercer o direito de exigir a morte ou de fazer morrer (FOUCAULT, 2010a), especialmente quando seu acesso aos corpos se dá em nome da proteção da vida e da saúde da população, da profilaxia e do tratamento contra seus riscos internos (FOUCAULT, 2013b).

É possível dizer que a condição universal de precariedade da vida, conforme apontada por Butler (2016), torna aceitável a ação, sobre todos os corpos, de um poder de “fazer viver” em termos foucaultianos, mesmo que isso se dê em detrimento de algumas vidas. Sobre essa questão, a autora aponta o seguinte:

A condição precária também caracteriza a condição politicamente induzida de maximização da precariedade para populações expostas à violência arbitrária do Estado que com frequência não tem opção a não ser recorrer ao próprio Estado contra o qual precisam de proteção. (BUTLER, 2016: 46-47)

Há um paradoxo inevitável nessa condição, qual seja, a busca de todos os corpos sob a condição de precariedade pelas biopolíticas de um Estado Racista-Providor, em função, justamente, da redução dessa mesma condição. O Estado que mata, ainda que ‘sem sujar as próprias mãos’ pelas mãos de suas populações, é o mesmo capaz de prover diversos aportes que possibilitam o prolongamento e a sustentação das vidas. Nesse paradoxo, há produção de desigualdade e maximizações das condições de precariedade para algumas vidas na população, de modo que essas tornam-se mais expostas à precariedade que as outras (BUTLER, 2016).

Michel Foucault e Judith Butler se encontram, nesse contexto cujo pano de fundo é uma sociedade normalizada pelo biopoder, ao proporem a asserção de que existem vidas que são reconhecidas à proteção e vidas que, ao contrário, são deixadas para morrer. Segundo Foucault (2010a), na realidade biopolítica, os racismos atuam permitindo a eliminação de determinadas vidas, consideradas como perigos para a boa saúde da população. Para Butler (2016: 117), é a atuação dessas mesmas normas de gestão biopolítica que tornam o termo humano “constantemente duplicado, expondo a idealidade e o caráter coercitivo da norma: alguns humanos podem ser qualificados como humanos; outros, não”.

É no contexto biopolítico de assentamento dos poderes sobre os fenômenos da vida, que emergem as políticas e programas de saúde, a medicalização das populações e a medicina enquanto profissão e política pública, ou seja, como estratégia de gestão governamental. Esses são todos componentes da Saúde Pública moderna, cujas bases remontam à ascensão da uma medicina social (FOUCAULT, 2014b). Dito isto, é preciso deixar exposto, fazendo eco ao que dizem os autores, que a política de saúde está inserida nesse exercício de abandono e morte de determinadas populações, agregando-se, de certa forma, ao paradoxal Estado Racista-Providor. Mas o que faz com que vidas sejam abandonadas ou mortas

com essa aparente naturalidade? Como se generaliza e se maximiza, desigualmente, a condição de precariedade das vidas?

O século XVIII não comportou apenas a emergência e a acomodação da soberania nos processos de governamentalidade da vida. Nesse período, a noção de segurança também foi alterada. O perigo, que outrora havia sido vislumbrado para além dos muros e fronteiras – as guerras eram travadas em relação aos de fora, aos inimigos externos – passa a ser visto, no contexto dos Estados modernos, entre os habitantes do próprio território – o inimigo passa a estar entre nós. O perigo não está mais localizado apenas na figura do estrangeiro, mas também entre os cidadãos da nação. No entanto, não são todos: esse poder assassínio destina-se àqueles que são classificados como “ameaças” pela justiça e pela medicina. Assim, eliminar esses supostos grupos de risco torna-se tarefa do Estado, que o faz ou permite que seja feito, em nome da segurança e proteção das populações e através da atuação de dispositivos racistas, como o dispositivo da segurança (FOUCAULT, 2008; FOUCAULT, 2010a). Segundo Caponi (2014: 754):

Se o dispositivo de segurança pode se articular com o modo liberal de governar, é porque este tipo de gestão biopolítica das populações se baseia na confiança absoluta, na difusão de informações que se apresentam neutras e objetivas, e que sutilmente somos levados a aceitar e a integrar a nossas vidas.

Parece haver consenso generalizado em relação à carência de ações estatais sobre as populações, onde, dada a condição universal de precariedade, aceita-se a atuação de saberes e poderes e a tomada dos corpos vivos enquanto instâncias passíveis de modulação, manutenção, prolongamento e proteção. As ciências biomédicas e jurídicas são exemplos de instâncias de poder/saber constituídas a partir de importantes edificações e pressupostos sobre os corpos, vidas, gêneros e sexualidades. Essas instâncias, por sua vez, foram pautadas na noção de risco e classificaram os corpos como passíveis de prevenção, necessários de serem administrados ou eliminados via medicalização. Caponi (2009: 532) aponta que:

Os estudos e as estratégias eugênicas são o que melhor define as características dessa biopolítica da população que, ao mesmo tempo em que se propõe o melhoramento da raça e da espécie, parece precisar da construção de corpos sem direitos que se configuram como simples *vida nua*, vida que se mantém nas margens das relações de poder, vida que pode ser submetida e até aniquilada.

A sociedade biopolítica, que tomou a vida e a apreendeu em seus mecanismos de gestão governamental sob uma promessa de protegê-la de sua própria precariedade, exacerbada em uma noção de risco, é a mesma que, através do dispositivo da segurança e do racismo de Estado, busca “eliminar, não os adversários, mas os perigos, em relação à população e para a população” (PELBART, 2009: 59). O biopoder, portanto, insere os corpos numa “gestão política, seja para seu melhoramento ou maximização, seja para sua supressão ou aniquilamento” (CAPONI, 2009: 535). A supressão ou o aniquilamento serão possíveis via racismos, pois “o racismo é a condição de aceitabilidade de tirar a vida numa sociedade normalizada” (FOUCAULT, 2010a: 215). Trata-se de um dispositivo de poder que não elimina apenas o corpo físico-biológico, mas também o lamento por sua morte. Em nome da segurança e da prevenção do risco, produz-se a indiferença ou o desejo pela morte de determinados grupos, apresentada como condição *sine qua non* de proteção da vida. Segundo Butler (2016: 45), formas “de racismo instituídas e ativas no nível da percepção tendem a produzir versões icônicas de populações que são eminentemente lamentáveis e de outras cuja perda não é perda, e que não é passível de luto”.

Nesse cenário, em que o Estado via biopoder regulamenta as vidas e atua em comunhão com o exercício dos racismos, é que se organizam os serviços de saúde, em meio a produção do hospital como clínica (lugar para curar e produzir saberes e verdades), e da reforma da medicina em sua prática profissional. Produziu-se a preocupação em desnudar os corpos em nível anatômico, em quantificar, observar e discriminar os processos patológicos; enquadrando, classificando e normalizando o que foi conceituado, pela medicina, como um conjunto ou série de sinais e sintomas de doenças. Edifica-se, sob esses processos, um conceito de “normal”, isto é, uma norma que corresponderia ao estágio de plena estabilidade anatômica e fisiológica, de homeostase e de saúde (FOUCAULT, 2013c; CANGUILHEM, 2012). Fortes (2008: 200), ao tratar da reforma do hospital e da medicina enquanto profissão/saber, aponta para o seguinte fato:

Cientificamente há uma fundamentação cada vez maior no estudo da anatomia humana, sendo que a prática clínica vai se caracterizando por uma medicina classificatória das espécies patológicas. Institucionalmente surge o hospital, que até então estava dedicado ao pobre e à preparação da morte; a partir desse período torna-se o local privilegiado de exercício da medicina, cumprindo duas funções diferenciadas, mas independentes: cura e ensino.

No decorrer do século XVIII, a medicina se elaborou como uma ciência do “homem normal”. Há, portanto, uma associação entre o conceito de saúde e o de normalidade, que se desdobra numa relação direta entre anomalia e patologia, sendo essa definida enquanto desvio social. A patologia é entendida, desta forma, como “uma variação biológica de valor negativo e, conseqüentemente, como algo que deve sofrer uma intervenção curativo-terapêutica” (CAPONI, 2009: 535). Assim, tratar uma doença seria um processo para resgatar a norma, um procedimento de gestão dicotômica entre o normal e o patológico (CANGUILHEM, 2012). Caponi (2009: 534) aponta o conceito de “norma” como central para a compreensão das estratégias biopolíticas, na medida em que “a característica que define o biopoder é a importância crescente da norma, a obsessão por demarcar fronteiras entre normalidade e desvio”.

O dispositivo da segurança, por sua vez, introduz a noção de risco nos serviços de saúde, de modo que já “não se trata de curar, mas de antecipar, de prevenir. Para isso serão criadas estratégias de controle da sexualidade e da reprodução, estratégias que tem como alvo a grande família dos anormais” (CAPONI, 2009: 540). Os anormais são essas vidas “que devem ser excluídas e evitadas com o objetivo de proteger a sociedade de uma progressiva, mas segura, degradação” (CAPONI, 2009: 544). Eles figuram como risco, como ameaça às vidas reconhecidamente humanas e à população como um todo. Aos anormais serão destinadas políticas de extermínio, na medida em que esses são apresentados como entraves ao progresso político-econômico dos Estados e da humanidade.

É nesse cenário, de combate e prevenção à degeneração e ao risco que as anomalias representam à humanidade, que o racismo penetra as políticas e práticas em saúde, e ele o faz por meio de um racismo contra os anormais (FOUCAULT, 2010b). Isso implica um exercício desigual de distribuição dos insumos, serviços, tratamentos, medicamentos, entre outros elementos, limitando o acesso aos serviços e delimitando as *bioidentidades* – “o predomínio da dimensão corporal na constituição identitárias permite falar numa bioidentidade” (PELBART, 2016: 4). Essas bioidentidades serão atendidas através da formulação de programas e políticas de intervenção que, por sua vez, serão pautados por normas hegemônicas acerca da raça, do gênero, da sexualidade e da classe social. Tais normas balizarão

o reconhecimento de vidas plenas da condição de humanidade que, portanto, receberão os cuidados em saúde requeridos, em detrimento de outras vidas, que podem ser deixadas para morrer e “cuja perda não é lamentada porque ela nunca foi vivida, isto é, nunca contou de verdade como vida” (BUTLER, 2016: 64).

Gênero e sexualidade na governamentalidade da vida

A análise sobre gênero e sexualidade, nas estratégias de controle e normalização da vida, será realizada através da discussão proposta por Paul Preciado (2008) na publicação *Testo Yonqui*. Seguindo por essa direção, faremos uma divisão da discussão na tentativa de didatizar a leitura. Tomaremos como objeto de análise dois momentos capitalísticos que encontramos na leitura do autor, a saber: a Era Industrial e a Era Famacopornográfica.

Gênero, sexualidade no Capitalismo Industrial

O controle disciplinar e a criação de corpos dóceis estão incontestavelmente ligados ao surgimento do capitalismo. (...). Sem a inserção dos indivíduos disciplinados no aparelho de produção, as novas demandas do capitalismo teriam sido impedidas. Paralelamente, o capitalismo teria sido impossível sem a fixação, o controle e a distribuição racional da população em larga escala. (DREYFUS e RABINOW, 2013: 178-179)

Foucault (2013a; 2013b) nos apresenta à importância que tiveram os mecanismos disciplinares ao preparar os corpos para a fábrica. Foi preciso fabricar os corpos que fabricariam na fábrica. Para que se extraísse valor do trabalho em ato, do trabalho vivo, do trabalho como única fonte de valor, foi preciso domesticar esse corpo produtor de valor, ou melhor, esse corpo cuja energia vital, ao ser canalizada na produção fabril, tornava-se valor. Tal processo supôs, num primeiro momento, disciplinar, treinar habilidades, ampliar as forças econômicas de tais corpos, e se deu em detrimento da redução das forças políticas de resistência, do controle dos orgasmos, da excitação, do sexo e de todas as outras formas de uso da energia vital que não fossem canalizadas para a produção de mercadoria/valor/fabril. Segundo Sampaio (2006: 32), “própria da primeira fase do modo de produção capitalista, a disciplina prepara o solo e o poder aplica suas técnicas no corpo, que deverá ser organizado, majorando sua força útil, mas com custo reduzido”.

Nessa fase capitalística, gênero e sexualidade são produzidos enquanto normas e a partir de dispositivos de poder, transformando-se em elementos importantes para o controle dos corpos individuais e das populações. Tais normas são conferidoras de inteligibilidade sobre o gênero e a sexualidade, estando diretamente relacionadas com a maximização ou minimização da condição de precariedade das vidas. Isso porque a humanidade dos corpos, como afirmou Bento (2006), é compreendida a partir de uma divisão binária entre corpos-homens e corpos-mulheres. Esses corpos, impregnados por uma relação dicotômica, tenderão a uma complementariedade estabelecida através da heterossexualidade compulsória, conforme foi pontuado por Butler (2014). O gênero em sua estrutura binária, para a qual homem e mulher são conceitos irreduzíveis um ao outro, pode ser compreendido como uma invenção moderna. Até tal invenção, o corpo era lido num regime de sexo único, nominado isomorfismo, no qual:

a vagina era vista como um pênis invertido. O útero era o escroto feminino; os ovários, os testículos; a vulva, um prepúcio e a vagina, um pênis invertido. A mulher era fisiologicamente um homem invertido que carregava dentro de si tudo o que o homem trazia exposto. (BENTO, 2008: 21)

No modelo do sexo único, o corpo era classificado “conforme um grau de perfeição metafísica, conforme seu calor vital, ao longo de um eixo cuja causa final era o masculino. [...] O corpo é representado em termos de continuidade e diferença, em termos de grau” (BENTO, 2006: 117). Por não ter sido marcado e selado em um poder/saber capaz da naturalização das diferenciações entre corpos-homens e corpos-mulheres, como, por exemplo, a biomedicina, o corpo se apresentava como fluído e ilustrativo, “registrava e absorvia qualquer número de mudanças nos eixos e aparições de diferenças” (LAQUEUR, 2001: 75).

No entanto, o advento do capitalismo industrial exigiu a fabricação de um outro corpo, que pudesse ser melhor controlado, sujeitado e treinado pelo dispositivo disciplinar. Assim, o poder/saber biomédico, através especialmente da linguagem científica, investiu na estabilização dos corpos, criando *bioidentidades*. As linguagens da ciência, nesse contexto, afirmam-se como “uma das mais refinadas tecnologias de produção de corpos sexuados, à medida que realiza o ato de nomear, batizar, de dar vida, como se estivesse realizando uma tarefa descritiva, neutra, naturalizando-se” (BENTO, 2006: 116). Desta forma, é possível concluir que “a ciência não investiga simplesmente, ela própria cria a diferença entre homens e mulheres” (LAQUEUR, 2001: 28). Bento (2006: 116), a partir de seus diálogos com Laqueur (2001), conclui o seguinte:

Os estudos históricos de Laqueur tiveram como objetivo apontar que o sexo no isomorfismo era um fundamento inseguro para posicionar os sujeitos na ordem social e que as mudanças corpóreas podiam fazer o corpo passar facilmente de uma categoria jurídica (feminina) para outra (masculina).

Mas, por que tanta preocupação com o sexo? Qual a importância desse elemento nas reconfigurações do poder e do governo da vida? Foucault (2014a: 27) aponta que a grande importância dada ao sexo nos processos do poder e gestão das vidas acontece, tendo em vista que “o sexo se situa na junção das disciplinas do corpo e do controle das populações”.

Gênero e sexualidade no Capitalismo Farmacopornográfico

Capitalismo Farmacopornista é um conceito, ou categoria teórica de análise, se assim preferirmos, cunhado por Paul Preciado (2008). A partir de seu uso, o autor insere gênero e sexualidade nas análises acerca dos circuitos de produção de valor do capitalismo contemporâneo. Segundo o autor:

A aparição de um regime pós-industrial, global e midiático o qual chamarei a partir de agora, tomando como referência os processos de governo biomolecular (fármaco-) e semiótico-técnico (-pornô) da subjetividade sexual, dos quais a pílula e a Playboy são paradigmáticos, “farmacopornográfico” [...] Durante o século XX, período no qual se leva a cabo a materialização farmacopornográfica, a psicologia, a sexologia, a endocrinologia estabeleceram sua autoridade material transformando os conceitos de psiquismo, de libido, de consciência, de feminilidade e masculinidade, de heterossexualidade e homossexualidade em realidades tangíveis, em substâncias químicas, em moléculas comercializáveis, em corpos, em biótipos humanos, em bens de troca geridos pelas multinacionais farmacêuticas. (PRECIADO, 2008: 33, tradução livre)

Estamos diante de um capitalismo cuja organização não se limita, simplesmente, a disciplinar para canalizar e explorar a força vital, transformando-a em

valor, mas, que penetra o corpo por moléculas, enzimas, géis, próteses. Atravesando os limites da pele, ele produz força vital, excitação, atenção, alívio, alegria, desejo, orgasmo, feminilidade, masculinidade e tantos outros novos objetos de troca, venda e comercialização do capitalismo contemporâneo. Nessa direção, Preciado (2008) nos propõe pensar o sexo e o gênero não mais como identidades a serem formatadas e normalizadas por um dispositivo disciplinar, por conjuntos de mecanismos e normas aparentemente externos ao corpo – das quais derivaram as subjetividades que vimos em formação no Capitalismo Industrial – pois o capitalismo atual fala em tecnôgenos e tecnosexualidades, em uma ampla gama de possíveis do corpo humano, que é cada vez menos animal ou biológico e cada vez mais *Hi-Tech*, artificial e pós-industrial.

Preciado, contudo, não afirma que os dispositivos disciplinares e biopolíticos desapareceram. Eles permanecem atuando em conjunto com esses novos mecanismos de produção e gestão da vida. A partir dessa afirmação, o autor nos conduz por uma leitura sexopolítica das relações de gênero e sexualidade, investigando os dispositivos contemporâneos de governamentalidade da vida e levando em conta as tecnologias envolvidas na produção e gestão de uma tecnovida. Assim, o autor afirma:

Ousemos a hipótese: as verdadeiras matérias primas do processo produtivo atual são a excitação, a ereção, a ejaculação, o prazer e o sentimento de auto complacência e de controle onipresente. O verdadeiro motor do capitalismo atual é o controle farmacopornográfico da subjetividade, cujos produtos são a serotonina, a testosterona, os antiácidos, a cortisona, os antibióticos, o estradiol, o álcool e o tabaco, a morfina, a insulina, a cocaína, o citrato de sildenafil (Viagra) e todo aquele complexo material-virtual que pode ajudar a produção de estados mentais e psicossomáticos de excitação, relaxamento e descarga, de onipotência e de total controle. Aqui, inclusive o dinheiro se torna um significant abstrato psicotrópico. O corpo adicto e sexual, o sexo e todos os seus derivados semiótico-técnicos são hoje o principal recurso do capitalismo pós-fordista. Se a era dominada pela economia do automóvel se denominou “fordismo”, chamaremos “farmacopornismo” a esta nova economia dominada pela indústria da pílula, pela lógica masturbatória e pela cadeia de excitação-frustração na qual esta se apoia. (PRECIADO, 2008: 37-38, tradução livre)

Esse novo capitalismo farmacopornográfico constitui-se, para Preciado (2008), a partir de dois pilares de sustentação que tomam forma na metade do século XX: a indústria farmacêutica e a indústria pornográfica. Assim, o farmacopornismo encontra os meios de seu funcionamento na gestão biomidiática das subjetividades, unindo o controle molecular dos corpos à produção de conexões virtuais audiovisuais. Partindo de uma compreensão marxista do trabalho como a potência vital de trabalhar, de atuar e como força do existir enquanto produtora de valor, Preciado aponta que, na contemporaneidade, a produção de valor se dá na exploração daquilo que ele nomeou como *Potência Gaudendi*, uma força viva que passa a ser gestada por farmacopornopolíticas, isto é, por uma biopolítica ou por uma política de gestão da vida e, também, por uma tanatopolítica, ou por uma política de gestão e controle da morte. Por *Potência Gaudendi*, entende-se:

Para compreender como e por que a sexualidade e o corpo, o corpo excitável, irrompem no centro da ação política até chegar a serem objetos de uma gestão estatal e industrial minuciosa a partir de fins do século XIX, é preciso elaborar um novo conceito filosófico equivalente no domínio farmacopornográfico ao conceito de força de trabalho no domínio da economia clássica. Nomeio a noção de “força orgástica” ou *potentia gaudendi*: trata-se da *potentia* (atual ou virtual) de excitação (total) de um corpo. (PRECIADO, 2008: 40, tradução livre)

O capitalismo atual promete vender excitação, virilidade, ereção, ejaculação, alívio da dor, da tristeza, da solidão, acelerar, concentrar, desejar. E entrega tais

promessas por meio do mercado, através do viagra, do prozac, das aspirinas, do omeprazol, da testosterona, dos anticoncepcionais, da heroína, do LSD, da ecstasy, entre outras moléculas; transformando “nossa depressão em Prozac, nossa masculinidade em testosterona, nossa ereção em Viagra, nossa fertilidade/esterilidade em pílula, nossa Sida (Aids) em triterapia” (PRECIADO, 2008: 34, tradução livre). No capitalismo farmacopornográfico, tornamo-nos sujeitos prozac, sujeitos viagra, e somos, a todo momento, expropriados de nossas *Potentias gaudendi*. Esse novo capitalismo nos invade na medida em que nos deixa excitados. Assim, produzimos desejos, consumimos uns aos outros e, com os outros, produzimos modos de subjetivar, ser, estar, habitar, existir e, até mesmo, vegetar no mundo. Estamos diante de uma poderosa máquina de produzir humanos *hi-tech*, com seus tecnôgenos e tecnosexualidades fundamentados nas tecnologias farmacopornistas.

Deste modo, a ciência, para Preciado (2014), não descobriu ou decodificou os órgãos sexuais, ela os produziu, bem como produziu os hormônios, os desejos, os comportamentos que, atualmente, são vendidos no mercado capitalista farmacopornista. Esse sexo supostamente “científico” é produzido a partir de tecnologias biopolíticas de dominação heterossocial e resume a totalidade corpórea às genitálias, distribuindo desigualmente o poder e marcando assimetrias e desequilíbrios entre os gêneros. Esse recorte farmacopornográfico e biopolítico do corpo acaba por fazer coincidir sensações e afetos com regiões corporais e determinado órgãos (PRECIADO, 2014).

Gêneros “bio” ou “trans”, sexualidades “homo”, “hétero” ou “bi”, são todas produções desses dispositivos que treinam e normalizam os corpos; de tecnologias que adentram os corpos através de pílula, géis adesivos e injetáveis, dos psicotrópicos antidepressivos e ansiolíticos, dos dildos, dos suplementos alimentares, dentre tantos outros recursos farmacológicos. Esses recursos se aliam, ainda, à indústria pornô, que produz posições, modos de desejar e de se afetar.

Para Preciado (2014), toda essa produção capitalística insinua que não há “lei da natureza” que sistematize, regule e fixe gêneros e sexualidades supostamente correspondentes a uma biologia, como tentam nos vender as normas de gênero. O corpo, em sua realidade orgânica, se dobra as disciplinas desde o capitalismo industrial e, agora, a natureza dobra-se por completo às tecnologias farmacopornistas: produzem-se não somente os comportamentos, mas também a própria natureza, a biologia, o corpo, a vida e a morte.

O acesso à saúde para a população trans entre dispositivos e tecnologias do gênero

Na vida capturada, corpos indisciplinados e resistentes às estratégias biopolíticas e às tecnologias de produção dos gêneros, como as experiências e vivências transexuais, travestis, transmasculinas, etc.; serão apreendidos como vidas que, embora sejam precárias, não serão passíveis de proteção ou, em caso de perda, luto. Na vida regulamentada pelo biopoder as normas sociais, balizadoras do luto e da intervenção estatal sobre determinados grupos, que os faz viver, serão as mesmas que produzirão o substrato à marginalização, abjeção e extermínio de certas vidas que ameaçam, com sua simples existência, a suspeição de todo esse substrato. As normas de gênero buscam selar os corpos e enrijecer sua plasticidade, limitando seu uso através das inúmeras práticas disciplinares, do poder/saber/discurso biomédico, das ações biopolíticas de medicalização, patologização e judicialização das populações e da regulação do uso das tecnologias de fabricação

dos corpos e das subjetividades. É pela intervenção desses mecanismos que se determinam quais experiências de gênero e de sexualidade serão compreendidas como vidas a serem protegidas e, também, quais serão deixadas para morrer.

As transexualidades, travestilidades, dentre outras experiências identitárias situadas no campo do gênero, foram bioidentidades produzidas pelo poder/saber biomédico como anormais, patológicas, passíveis de normalização via medicalização, na tentativa de capturar os corpos fugidios ao gênero binário e heteronormativo. Nessa direção, Rocon et al. (2016: 2524), pontuam que:

numa sociedade cujas normas predominantes para a inteligibilidade dos corpos residem no gênero binário e na heteronormatividade, todos os corpos inadequados a esse padrão poderão ser considerados doentes, como no caso dos corpos trans.

A transexualidade, até a 4ª edição do Manual Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais (DSM), podia ser vista no capítulo sobre transtornos de identidade sexual, sob a classificação de transtorno de identidade de gênero (TIG) (BENTO; PELÚCIO, 2012). Após a revisão para a 5ª edição do Manual (2014), foi criada uma subcategoria nominada “disforia de gênero”. Caponi (2014: 753) indica que os manuais de diagnóstico são permeados pelo uso de estatísticas, médias e desvios populacionais – elementos articulados no contexto biopolítico – e, ao substituir a avaliação da significação clínica, utilizam-se de “todo um arsenal quantitativo”.

Dessa forma, vão sendo construídos graus e tipos de transexualidade, testes, enfim, toda uma lista de requisitos e parâmetros das normas de gênero que vão dar substrato ao dispositivo da transexualidade. Nesses processos vão se produzindo diversos tipos de transexualidades, categorizadas e diferenciadas por poderes/saberes e expressas em manuais diagnósticos (BORBA, 2016; BENTO, 2008). As políticas de saúde assumiram um importante protagonismo na reprodução de verdades sobre o sexo/gênero, bem como no controle das transexualidades, ao se utilizarem de dispositivos e tecnologias como, por exemplo, os manuais de diagnóstico, estudos clínicos e epidemiológicos, intervenções psi (psiquiatria, psicologia e psicanálise), medicamentosas e comportamentais. Esses procedimentos produzem bioidentidades como a heterossexualidade, a homossexualidade, a bissexualidade, a travestilidade, a transexualidade, os transgêneros, entre outras. Tal sucesso se deve ao fato de os profissionais da saúde apresentarem-se como grandes conselheiros e peritos na arte de governar a vida, se não, “pelo menos na de observar, corrigir, melhorar o corpo social e mantê-lo em um permanente estado de saúde” (FOUCAULT, 2014a: 310).

Os corpos estão, quase que inevitavelmente, atravessados pelos serviços de saúde e pelas práticas profissionais, sendo orientados segundo as leis da biomedicina e do governo, com seus saberes e poderes normalizadores que incidem sobre os processos próprios da vida. E não se trata somente da fisiologia do corpo, mas de toda uma sociabilidade analisada sob a ótica de uma espécie de fisiologia social, tendo em vista que a fragilidade das fronteiras entre normal e patológico, sobretudo na saúde mental, “[...] parece ter possibilitado o crescente processo de medicalização de condutas consideradas socialmente indesejáveis, que passaram a ser classificadas como anormais” (CAPONI, 2014: 744).

As vidas trans são exemplos de corpos percebidos como defeituosos pela sociedade normalizada, na qual imperam o gênero binário e a heteronormatividade. Como o ato de normalizar “é impor uma exigência a uma existência” (CANGUILHEM, 2012: 189), tais vidas/corpos serão inseridas numa maquinaria cujo objetivo será impor as normas de gênero pela atuação das mais variadas farmacopornopolíticas. Segundo Connell e Pearse (2015: 95), os “corpos são dóceis e a

biologia se curva ao furacão da disciplina social [...]. Quando a disciplina social não pode produzir corpos generificados, a faca pode”, nos possibilitando refletir sobre os procedimentos cirúrgicos como importantes tecnologias biomédicas de produção do gênero. Analisando a atenção à saúde *trans*-específica, em vigor no Brasil, percebe-se que programas de saúde e as intervenções profissionais incidem sobre os corpos trans de maneira corretiva, referenciando-os às normas de gênero.

O Processo Transexualizador, do Sistema Único de Saúde, pode ser considerado como um dos principais exemplos de regulamentação das vidas trans no Brasil. Ao reunir saberes e poderes que regem toda atenção à saúde *trans*-específica, compõem um movimento global de patologização e medicalização das identidades trans (BORBA, 2016). Esse programa, compreendido como importante ação estatal em direção à oferta de cuidados em saúde à população trans, evidencia o paradoxo de buscar respostas à precariedade junto ao Estado, do qual, de fato, também é preciso proteger-se (BUTLER, 2016).

As intervenções corporais para mudança das genitálias e fenótipos foram autorizadas no Brasil pelo Conselho Federal de Medicina, em 1997, e através da Resolução 1482. Essa normativa definiu os pacientes transexuais como portadores de “desvio psicológico permanente de identidade sexual, com rejeição do fenótipo e tendência a automutilação e/ou autoextermínio” (CFM, 1997). Tal definição seria aferida a partir da presença de sintomas, tais como:

Desconforto com o sexo anatômico; Desejo expresso de eliminar os genitais, perder as características primárias e secundárias do próprio sexo e ganhar as do sexo oposto; Permanência desse distúrbio de forma contínua e consistente por, no mínimo, 2 anos; Ausência de outros transtornos mentais. (CFM, 1997)

O Processo Transexualizador do SUS (PTSUS), criado em 2008 através da Portaria 1707 (BRASIL, 2008), reconheceu as transformações corporais realizadas por essa população incorporando na tabela de procedimentos do SUS os processos transgenitalizadores que, por sua vez, já haviam sido autorizados no Brasil desde 1997. A portaria determinou que o acesso aos serviços oferecidos ficasse restrito a autorização profissional mediante laudos médico-psicológicos. Lionço (2009) indica que a criação do Processo Transexualizador do SUS contribuiu para problematizar o entendimento sobre a atenção à saúde de pessoas transexuais, muitas vezes entendida como restrita à lógica do custeio de procedimentos médico-cirúrgicos, com foco nas cirurgias de redesignação sexual.

O condicionamento do acesso aos serviços em saúde pelo diagnóstico de *transexualismo (sic)* tem sido apontado por Bento (2006), Rocon et al. (2016), Lionço (2009), Arán et al. (2008), Almeida e Murta (2013), entre outros estudos, como promotor de uma seletividade no acesso ao Processo Transexualizador, pois muitos pacientes são privados de utilizar esses serviços, na medida em que não reproduzem o ideal de masculinidade/feminilidade que é requerido pela equipe multiprofissional de atendimento. A precariedade dessas vidas é, então, redobrada, pois elas são impossibilitadas de acessar serviços de saúde que, em teoria, seriam destinados a elas.

Compreendendo o processo de diagnóstico enquanto campo micropolítico de disputa entre a engenharia dos corpos trans – que é realizada e toma corpo nos saberes coletivamente produzidos, nas experimentações entre as doses de silícones, de hormônios e as produções identitárias da sociabilidade trans – e as concepções de masculinidade e feminilidade, que estão atreladas às noções de saúde e adoecimento, fundamentados pelo saber biomédico em conjunto com normas de gênero, são pilares de sustentação do dispositivo da transexualidade. Nesse

contexto, Almeida e Murta (2013) afirmam que foi criada uma semiologia dos comportamentos e identidades sexuais, que vislumbra produzir uma linearidade entre identidade de gênero, sexualidade e anatomia.

Considerações finais

Concluimos que o diagnóstico no âmbito do processo transexualizador, em sua seletividade, visualizada já nas possibilidades e impossibilidades de acesso ao programa, opera segundo os princípios de um racismo do Estado. Esse procedimento realiza uma cisão entre as pessoas trans produzidas como dignas do acesso ao Processo Transexualizador e aquelas que não o são. A régua utilizada nessa separação privilegia aquelas que melhor reproduzirem as normas de gênero em sua estética corporal e performance de gênero e que, portanto, encontrarão amparo para transformação de seus corpos junto aos serviços públicos de saúde disponíveis. A outras, isto é, aquelas que não reproduzem, por opção ou pela falta dela, os estereótipos considerados normais para feminilidade e masculinidade, serão, entretanto, deixadas para morrer e expostas aos riscos do uso de silicone industrial ou de hormônios sem a possibilidade do acesso ao acompanhamento médico.

Nesse sentido, a produção da seletividade no acesso a processo transexualizador nos parece operar como dispositivo que produz parte da população usuária como vida indigna de ser vivida, não passível de luto. Indicamos, a partir das formulações de Butler (2016), que a população que vislumbra amparo em tais serviços vivencia o dramático paradoxo de buscar respostas para suas necessidades em saúde por transformação do corpo em um serviço de saúde do qual, enquanto se organiza pelo diagnóstico de transexualismo, deveriam ser protegidas.

O encontro entre Judith Butler, Paul Preciado e Michel Foucault, nos permitiu compreender que as experiências de identificação com a transexualidade são permeadas por normatividades, dispositivos e tecnologias de modulação do gênero, que são, igualmente, processos pelos quais as pessoas cisgênero vivem ao se identificarem com perspectivas de gênero. Assim, argumentamos, finalmente, a inexistência de um gênero original, normal e padrão, como o que tem sido atribuído à cisgeneridade. O original, o normal e o padrão nada mais são do que estratégias de controle dos excessos de vida e da potência dos corpos. O gênero como tecnologia – ou o tecnogênero – é a prova de que podemos produzir inúmeras experiências de gênero, de que podemos expandir as possibilidades de habitar o mundo, compreendendo que outras normatividades, para além do gênero binário e da heteronorma, são possíveis e necessárias.

*Recebido em 26 de agosto de 2019.
Aprovado em 10 de dezembro de 2019.*

Referências

- ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais [recurso eletrônico]: DSM-5*. Tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento... et al. Revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli ... [et al.]. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- ALMEIDA, G. et al. Reflexões sobre a possibilidade da despatologização da transexualidade e a necessidade da assistência integral à saúde de transexuais no Brasil. *Sexualidad, Salud y Sociedad*, 14: 380-407, 2013.
- ARÁN, M. et al. Transexualidade: corpo, subjetividade e saúde coletiva. *Psicologia e Sociedade*, 20 (1): 70-79, 2008.
- BENTO, B. *A (re)invenção do corpo: sexualidade e gênero na experiência transexual*. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.
- BENTO, B. *O que é transexualidade*. São Paulo: Brasiliense, 2008.
- BENTO, B. et al. Despatologização do gênero: a politização das identidades abjetas. *Estudos Feministas*, 20 (2): 559-568, 2012.
- BORBA, R. *O (Des) Aprendizado de Si: transexualidades, interação e cuidado em saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o Processo Transexualizador, a ser implantado nas unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. *Portaria n. 1.707*, de 18 de agosto de 2008. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1707_18_08_2008.html>. Acesso em: 23 Ago. 2019.
- BUTLER, J. *Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2014.
- BUTLER, J. *Quadros de Guerra: quando a vida é passível de luto*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2016.
- CAPONI, S. Biopolítica e medicalização dos anormais. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 19 (2): 529-549, 2009.
- CAPONI, S. O DSM-V como dispositivo de segurança. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 24 (3): 741-763, 2014.
- CONNELL, R. et al. *Gênero uma perspectiva global*. São Paulo: nVersos, 2015.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Autoriza a título experimental, a realização de cirurgia de transgenitalização do tipo neocolpovulvoplastia, neofaloplastia e ou procedimentos complementares sobre gônadas e caracteres sexuais secundários com o tratamento dos casos de transexualismo. Resolução n. 1.482, de 19 de setembro de 1997. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 19 set. 1997. Seção 1, p. 20944.
- CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2012.

- DREYFUS, H.L. et al. *Michel Foucault: uma trajetória filosófica para além do estruturalismo e da hermenêutica*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2013.
- FORTES, L. “Clínica da saúde e biopolítica”. In: JÚNIOR, D. M. A.; VEIGANETO, A.; FILHO, A. S. (orgs.). *Cartografias de Foucault*. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2008.
- FOUCAULT, M. *Segurança, Território, População: Curso dado ao Collège de France (1977-1978)*. São Paulo: Martins Fontes, 2008.
- FOUCAULT, M. *Em defesa da sociedade: curso no Collège de France (1975-1976)*. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2010a.
- FOUCAULT, M. *Os Anormais: curso no Collège de France (1974-1975)*. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2010b.
- FOUCAULT, M. *Vigiar e punir: história da violência nas prisões*. 41. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2013a.
- FOUCAULT, M. *História da sexualidade I: a vontade de saber*. 23. ed. São Paulo: Graal, 2013b.
- FOUCAULT, M. *O Nascimento da Clínica*. 7. ed. Editora: Forense Universitária, 2013c.
- FOUCAULT, M. *Ditos e Escritos IX: Genealogia da Ética, Subjetividade e Sexualidade*. MOTTA, M.B. 28. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2014a.
- FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. 28. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2014b.
- LAQUEUR, T. *Inventando o sexo: corpo e gênero dos gregos a Freud*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2001.
- LIONÇO, T. Atenção integral à saúde e diversidade sexual no Processo Transexualizador do SUS. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 19 (1): 43-63, 2009.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. A Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (também conhecida como Classificação Internacional de Doenças – CID 10. Disponível em < https://www.medicina-net.com.br/cid10/1554/f64_transtornos_da_identidade_sexual.htm > Acesso em: 23 Ago 2020.
- PELBART, P. P. *Vida Capital: ensaios de biopolítica*. 1ª Remp. São Paulo: Iluminuras, 2009.
- PELBART, P. P. *Vida nua, vida besta, uma vida*. Trópico, s/n: 1-5, 2016.
- PRECIADO, P.B. *Texto Yonqui*. Madri: Espasa, 2008.
- PRECIADO, B. *Manifesto Contrasexual*. São Paulo: n-1 edições, 2014.
- ROCON, P. C. et al. Dificuldades vividas por pessoas trans no acesso ao Sistema Único de Saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 21 (8): 2517-2526, 2016.
- SAMPAIO, S. S. *Foucault e a resistência*. Goiânia: Editora UFG, 2006.

ACENO
REVISTA DE ANTROPOLOGIA DO CENTRO-OESTE
ISSN: 2358-5587

*A Aceno - Revista de Antropologia do Centro-Oeste
recebe o ano inteiro, em*

**FLUXO CONTÍNUO,
artigos livres,
resenhas,
ensaios fotográficos,
dossiês (propostas).**

*Interessados na submissão de trabalhos e
também em atuar como*

pareceristas

podem realizar seus cadastros em

<https://periodicoscientificos.ufmt.br/ojs/index.php/aceno>

Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social - Universidade Federal de Mato Grosso