

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE – UFCG

CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE – CCBS

UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS MÉDICAS

**CAMILLA QUER VIVER:**

**Um Ensaio sobre Suicídio e Transgeneridade**

GABRIEL SUASSUNA BONISSON

RIVALDO JÚNIOR DA SILVA

CAMPINA GRANDE

2017

GABRIEL SUASSUNA BONISSON

RIVALDO JÚNIOR DA SILVA

**CAMILLA QUER VIVER:**

**Um Ensaio sobre Suicídio e Transgeneridade**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Medicina do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito para a obtenção do grau de bacharel em medicina.

Orientador: Prof. Dr. Edmundo de Oliveira Gaudêncio

CAMPINA GRANDE

2017

**Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Setorial do HUAC - UFCG**

B715c

Bonisson, Gabriel Suassuna.

Camilla quer viver: um ensaio sobre suicídio e transgeneridade / Gabriel Suassuna Bonisson, Rivaldo Júnior da Silva. – Campina Grande, 2017.

55f.; qd.

Monografia (Graduação em Medicina) - Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Unidade Acadêmica de Ciências Médicas, Curso de Medicina, Campina Grande, 2017.

Orientador: Edmundo de Oliveira Gaudêncio, Dr.

1.Transgênero. 2.LGBT. 3.Suicídio. 4.Camilla de Castro. 5.Devastação. I.Título. II.Silva, Rivaldo Júnior da.

BSHUAC/CCBS/UFCG

CDU 616.89-008.442.36:616.89-008.441.44 (043.3)

CAMILLA QUER VIVER: Um Ensaio sobre Suicídio e Transgeneridade

APROVADO EM: 11 / 09 / 2017

NOTA: 10,0

BANCA EXAMINADORA:

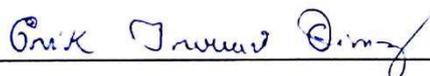


---

Edmundo de Oliveira Gaudêncio

Orientador

Universidade Federal de Campina Grande – UFCG



---

Erik Trovão Diniz

Docente

Universidade Federal de Campina Grande – UFCG



---

Luciene de Melo Paz

Docente

Universidade Federal de Campina Grande – UFCG

Dedicamos este trabalho à memória de Camilla de Castro, às pessoas que vivenciam a transgeneridade em suas múltiplas facetas e àquelas que lutam cotidianamente pelo respeito e pela liberdade de gênero, e contra a transfobia e a discriminação sexual.

## AGRADECIMENTOS

Nosso primeiro agradecimento se dirige à parceria que nós, os dois autores deste trabalho, construímos durante nossa formação acadêmica nos últimos seis anos. O compartilhamento diário de nossos próprios dilemas e a convivência cotidiana nos aproximou ao ponto da criação de uma amizade que, certamente, estaremos levando para o resto de nossas vidas.

Agradecemos a nossa instituição, a UFCG, e ao nosso centro acadêmico, CCBS, pelo apoio institucional que recebemos para a realização deste trabalho e de nossa formação como médicos. Aproveitamos e estendemos nossos agradecimentos a todos os funcionários que compõem estas organizações pela presteza em nos orientar em nossos estudos.

Com imensos prazer, admiração e honra, agradecemos a nosso orientador, Prof. Dr. Edmundo de Oliveira Gaudêncio, pela preciosa atenção em nos orientar na condução deste ensaio, dividindo conosco uma fração de sua imensa sabedoria; não permitindo, porém, que, diante da concretude do conhecimento teórico, deixássemos de esquecer da sensibilidade necessária quando se trabalha com aspectos humanos e individuais. Seu exemplo e generosidade muito nos inspiram, ética e poeticamente. A humildade com que sua inteligência nos alcança, nos move e nos rememora, como discentes, da vocação proferida por Paulo Freire: "...ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para sua própria produção ou a sua construção".

Agradecemos aos nossos professores que se dispuseram a compor a banca avaliadora desta dissertação. Reconhecemos a estimada parcela de contribuição de cada um durante nossa vivência acadêmica e, agora, na finalização desse projeto.

Agradecemos à Turma 65 de Medicina da UFCG, com a qual temos orgulho de termos crescido pessoal e profissionalmente durante esses seis anos, com maior carinho àqueles que formam o "Clube da Esquina Invertida", por estarem ao nosso lado durante todas as aflições e felicidades do curso: Daiane Arruda, Edney Guerra, Gabriel Vasconcelos, Guilherme Mota, Maria Juliana Medeiros, Murilo Florentino e Rafaela Maia; pessoas maravilhosas que ajudaram a fazer com que nossa moradia em Campina Grande não fosse solitária.

Depois de serem apresentados os primeiros agradecimentos, comuns a ambos autores, passemos às considerações específicas dos responsáveis por este trabalho.

Gabriel agradece a:

Agradeço aos meus pais, Lílian Aparecida Mudado Suassuna Martins e Luiz Flávio Lopes Martins, tanto pelo ensino que me proporcionaram e que possibilitou que eu chegasse aqui como pela educação que me deram e que me ajudou a ser quem sou hoje.

Agradeço meus avós Irian e Wellington por serem mais que avós para mim e por todo o apoio durante a minha vida.

Agradeço também a minha namorada Beatriz de Oliveira Lima pelo amor, amizade, companheirismo e apoio nas horas mais difíceis, sempre me incentivando a fazer o melhor que eu posso.

Rivaldo agradece a:

Agradeço primeiramente a meus pais e irmãos por todo apoio que recebi durante minha formação. Apoio este concentrado não apenas na disposição e no estímulo no meu projeto de ser médico, mas também no carinho dispensado cotidianamente, que, mesmo estando distante, sempre pude sentir.

Agradeço ao “Grupo Despacito” (Jéssica Andrade, Chahine Marinho e Gabriel Suassuna), por nesse último ano de internato ter sido, para mim, motivo de persistência no aprendizado e de boas lembranças da convivência diária. Aprendi muito com vocês.

Agradeço com carinho e poesia especiais à Liga Interdisciplinar de Atenção em Saúde Mental, formada pelas pessoas mais incríveis com as quais pude compartilhar aprendizados e experiências sobre saúde mental e que me fizeram ter certeza que é sempre tempo para grandes encontros, daqueles que nos marcam profundamente. Com vocês, numa varanda rara, pude alcançar, certo sábado, o entendimento de como as borboletas podem pousar nas flores e nas pedras sem magoar as próprias asas. E esse foi um dos maiores ensinamentos de minha vida.

Agradeço a Arthur Sampaio e Glauber Weber, pesquisadores voltados à população trans, que, com generosa solicitude, contribuiram com minha formação sobre o tema, me referenciando consistentemente sobre a transgeneridade.

Acrescento à lista de agradecimentos, alguns amigos muito queridos que me atravessaram com seus afetos e ajudam a me compor nisto que venho sendo a cada dia: Carlos Laerson, Clarissa Dantas, Fidel Albuquerque, Kaike Thiê, Mariana Revoredo e Roberto Gomes. Obrigado por estarem em mim tão intensamente.

Agradeço, por fim, a Deus, ao universo, à fé e a toda energia positiva que me ilumina e rege, para além do meu conhecimento humano e limitado. Gratidão pela luz e proteção.

Gabriel Suassuna Bonisson

Rivaldo Júnior da Silva

“A LAGARTA E ALICE ficaram olhando uma para a outra algum tempo em silêncio. Finalmente a Lagarta tirou o narguilé da boca e se dirigiu a ela numa voz lânguida, sonolenta.

‘Quem é você?’ perguntou a Lagarta.

Não era um começo de conversa muito animador. Alice respondeu, meio encabulada:

‘Eu... eu mal sei, Sir, neste exato momento... pelo menos sei quem eu era quando me levantei esta manhã, mas acho que já passei por várias mudanças desde então.’

‘Que quer dizer com isso?’ esbravejou a Lagarta. ‘Explique-se!’

‘Receio não poder me explicar’, respondeu Alice, ‘porque não sou eu mesma, entende?’

‘Não entendo’, disse a Lagarta.”

(Aventuras de Alice no País das Maravilhas, Lewis Carroll)

## **RESUMO**

Desde a década de 90 os chamados “transgêneros”, principalmente as travestis e os transexuais, aderiram efetivamente ao movimento LGBT, na luta pelo fim da violência contra essa população e por direitos igualitários na sociedade. Apesar de grandes avanços sociais e políticos, esses indivíduos ainda sofrem de forma significativa devido preconceito e exclusão social, levando a graves problemas em diversos aspectos, inclusive na saúde, visto que esta população apresenta altos índices de suicídio. Com a intenção de contribuir para a evolução da discussão acerca do assunto e a esperança de que trabalhos futuros nos mostrem as estatísticas do suicídio entre transgêneros no Brasil, para que possamos ter uma real noção da dimensão desse problema em nosso país, iremos analisar uma carta, por meio da hermenêutica e da autópsia psicossocial, escrita por uma jovem transgênera chamada Camilla de Castro na tentativa de extrair elementos que possam nos auxiliar a compreender as questões referentes ao processo de suicídio em transgêneros. Esperamos que tais elementos possam justificar, ou ao menos nos direcionar, os motivos que levam essa população a tamanho sofrimento psíquico e social, e assim iremos buscar compreender as questões que levaram Camilla a cometer suicídio.

Palavras-chave: transgênero, LGBT, suicídio, Camilla de Castro, devastação.

## **ABSTRACT**

Since the 1990s, so-called "transgenders", especially transvestites and transsexuals, have effectively joined the LGBT movement in the struggle to end violence against this population and for egalitarian rights in society. Despite great social and political advances, these individuals still suffer significantly due to prejudice and social exclusion, leading to serious problems in several aspects, including health, since this population has high rates of suicide. With the intention of contributing to the evolution of the discussion about the subject and the hope that future works will show us the statistics of the suicide among transgenders in Brazil, so that we can have a real notion of the dimension of this problem in our country, we will analyze a letter, through hermeneutics and the psychosocial autopsy, written by a young transgender named Camilla de Castro in an attempt to extract elements that may help us understand the issues related to the suicide process in transgenders. We hope that these elements can justify, or at least direct, the motives that lead this population to such psychic and social suffering, and thus we will seek to understand the issues that led Camilla to commit suicide.

Key-words: transgender, LGBT, suicide, Camilla de Castro, devastation.

## LISTA DE QUADROS

1. QUADRO 1. ÁREAS DE INVESTIGAÇÃO PROPOSTAS POR SNIDER, HANE E BERMAN (2006) CITADO EM MIRANDA (2014, P. 32-33)..... 28
2. QUADRO 2. SEÇÃO “ROTEIRO DE ORGANIZAÇÃO DOS ESTUDOS DE CASO” CONTIDA NO “ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADO PARA AUTOPSIAS PSICOLÓGICAS E PSICOSSOCIAIS” PROPOSTA POR CAVALCANTE ET. AL. (2012, P. 2045)..... 29

## SUMÁRIO

### CAPÍTULO 1

1. À PRINCÍPIO DE CONVERSA, CAMILLA QUER SER OUVIDA ..... 12

### CAPÍTULO 2

2. CAMILLA QUER SER PARTE ..... 14
- 2.1 O MOVIMENTO TRANS E A LUTA POR DIREITOS ..... 14
- 2.2 A TRANSEXUALIDADE E O DISCURSO MÉDICO ..... 17
- 2.3 O SUICÍDIO E SUAS REPERCUSSÕES ..... 25

### CAPÍTULO 3

3. CAMILLA QUER SER EXEMPLO ..... 26

### CAPÍTULO 4

4. CAMILLA QUER SER NOTADA ..... 29

### CAPÍTULO 5

5. CAMILLA QUER SER AMADA ..... 34

### CAPÍTULO 6

6. À GUIA DE COMENTÁRIO FINAL, CAMILLA SE ETERNIZA ..... 42

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS ..... 44

8. ANEXOS ..... 52

- 8.1 ANEXO 1 ..... 52

# CAPÍTULO 1

## 1. À PRINCÍPIO DE CONVERSA, CAMILLA QUER SER OUVIDA

Ao analisarmos as taxas de suicídio da população transgênera, comparando-a com a da população em geral, nos deparamos com dados alarmantes: 1% para a população de modo geral, enquanto que entre transgêneros essa taxa sobe para 40% (GRANT et al., 2011). Diante da carência de dados estatísticos no Brasil acerca do assunto e tomando como mote o caso específico de suicídio de uma jovem transgênera brasileira e a carta por ela escrita meses antes de cometer suicídio, analisaremos neste trabalho os problemas que afligem esta população em seu contexto social, buscando retirar elementos da carta que possam elucidar o processo de adoecimento psíquico dos indivíduos dessa população e as tristes estatísticas de adoecimento às quais estão sujeitas as pessoas transgêneras..

Tendo em vista as numerosas opções para conceituar a transgeneridade, definição que engloba uma população, por sua vez, diversa e plural, para partimos, então, à abordagem dos problemas de grande relevância para a vida e sobrevivência desses indivíduos; é necessário que expliquemos sobre o emprego do termo neste trabalho. Nosso objetivo ao trazer transgeneridade é abranger o máximo de classificações hoje existentes referentes àqueles que fogem à dicotomia e normatividade do determinismo de gênero.

Para tanto, conceituaremos o “transgênero” como toda e qualquer pessoa que discorda de seu gênero biológico e que foge à classificação clássica, heteronormativa e binária de “homem” e “mulher”, incluindo aqui não só aqueles que possuem identidade de gênero oposta ao seu sexo biológico (homens trans e mulheres trans), mas também as travestis, aqueles que se entendem como pertencentes a um terceiro gênero, as outras formas de designar o gênero ou até mesmo agêneros. Vale destacar que as classificações de gênero independem da conceitualização dos parâmetros vinculados à orientação sexual, sendo esta a atração afetivo-sexual por alguém, podendo, neste aspecto, o indivíduo se identificar como heterossexual, homossexual, bissexual e outras denominações.

É preciso que entendamos que o termo “gênero”, criado por John Money em 1955 e incluso no contexto social pela primeira vez no final da década de 60, sofreu diversas alterações no seu significado ao longo do tempo. No início foi usado pelo crescente movimento feminista nos Estados Unidos para diferenciar os sexos no contexto social, clamando igualdade de direitos entre homens e mulheres, contradizendo a visão patriarcal de sexo frágil e submisso que era atribuído às mulheres (SPIZZIRRI; PEREIRA; ABDO, 2014).

Para Money, o gênero se desenvolveria após a determinação do sexo biológico, este atribuído ao nascimento. A partir daí, o contexto psicossocial seria o responsável pela criação do gênero. Sendo assim, a coerência entre o sexo biológico e o gênero determinaria a normalidade para a medicina e a sociedade da época, e quaisquer discordâncias eram consideradas e tratadas como um caso de distúrbio mental (CYRINO, 2013).

Em 1965, surge, pela primeira vez, a diferenciação entre sexo e gênero no Dorland's Dictionary, um dicionário médico que, em sua terceira edição, mantém a definição de sexo como sendo de caráter estritamente biológico, porém são adicionadas outras cinco formas de conceituar sexo, sendo uma delas o “sexo psicológico”, definido como “that determined by the gender role assigned and played by the growing individual” (DORLAND'S, 1965, p. 1371). Posteriormente, é acrescido ao dicionário, além do sexo biológico e do sexo psicológico, um sexo social. Robert Stoller traz essa diferenciação entre sexo e gênero em sua obra de 1968 intitulada “Sex and Gender”, onde é abordado métodos de intervenção cirúrgica em pessoas transgêneros para adaptação entre anatomia e identidade de gênero (SPIZZIRRI; PEREIRA; ABDO, 2014).

Durante este trabalho iremos traçar a história do movimento LGBT no Brasil e identificar em que momento se deu a entrada das travestis e dos transexuais na luta pelo fim da violência e combate ao preconceito contra minorias sexuais e de gênero, além da busca por igualdade de direitos. Sabemos que no início o movimento era composto quase que exclusivamente por homens homossexuais, reivindicando a integração desses indivíduos na sociedade de forma mais efetiva e lutando contra o preconceito; mas que, posteriormente, com objetivos semelhantes, outros grupos de minoria social se juntaram às lutas do movimento, como as entidades de representação lésbica e os grupos negros.

O surgimento de grupos ativistas no início do movimento foi fundamental para a organização, disseminação dos ideais e consolidação do lugar sociopolítico dos seus

representantes, para a criação de estratégias no combate ao preconceito e mudança da visão patológica acerca da homossexualidade e das variações de gênero. Em termos de políticas públicas, o processo de empoderamento desses movimentos acontece quando as travestis e os transexuais passam a adotar uma postura de protagonistas e não mais apenas de público-alvo das campanhas nacionais de saúde direcionadas à saúde dessa população (CARVALHO; CARRARA, 2013).

A visão heteronormativa e dicotômica de gênero foi a responsável pela marginalização dos transgêneros, vistos como pessoas portadoras de transtornos mentais. E, durante muito tempo, essa foi a visão predominante da medicina, propondo diagnósticos e tratamentos para os casos de incongruência entre sexo biológico e gênero. Infelizmente, ainda hoje, os usuários transgêneros que chegam aos serviços de saúde, além de se encontrarem em estado de vulnerabilidade social, não recebem destes serviços o acolhimento e o reconhecimento como portador de direitos e de acesso às tecnologias de saúde (ARÁN; MURTA, 2009).

Apresentaremos, após nossa abordagem revisitiva sobre a transgeneridade, o caso de uma jovem transgênera, Camilla de Castro, e a carta redigida pela mesma, meses antes do ato suicida. A partir da leitura desta e da sua análise, com base nos conceitos da interpretação hermenêutica, da metodologia referente às autópsias psicossociais e dos fundamentos da clínica psicanalítica, tentaremos extrair elementos do referido texto para que possamos compreender quais fatores estiveram relacionados com o suicídio da jovem e quais os mecanismos envolvidos na construção da ideia de suicídio por transgêneros.

## **CAPÍTULO 2**

### **2. CAMILLA QUER SER PARTE**

#### **2.10 MOVIMENTO TRANS E A LUTA POR DIREITOS**

Inicialmente, é importante traçar um panorama sobre a história do movimento LGBT e como ele surgiu no Brasil, para que possamos compreender a luta por igualdade e pela garantia dos direitos inerentes a qualquer ser humano, tanto no âmbito social, quanto no legislativo (destacando aqueles referentes ao acesso à saúde) e os problemas que afligem esta população, com destaque neste trabalho ao suicídio.

O movimento sofreu influências internas e externas e, no Brasil, tem como marco inicial a criação do jornal “Lampião da Esquina”, editado no Rio de Janeiro, e pelo surgimento do grupo “Somos – Grupo de Afirmação Homossexual”, em São Paulo, no final da década de 70, mesma década em que o movimento feminista começou a ganhar visibilidade. A princípio, o movimento era formado predominantemente por homens homossexuais, havendo posteriormente a adesão de diversos outros grupos, como as lésbicas, as travestis e os transexuais, por exemplo. Seu surgimento ocorreu concomitante ao movimento negro, e, aliado a este, ao movimento feminista, que inseridos no contexto político de vislumbre do fim da ditadura militar, buscavam principalmente mudanças na sociedade para a desmarginalização dos homossexuais e a retirada da homossexualidade da lista de doenças numa luta contra a patologização desses indivíduos, além da luta pelo respeito à “opção sexual” (FACCHINI, 2011).

A homossexualidade passou a receber forte visibilidade negativa com o alastramento da epidemia de AIDS no início da década de 80, fato esse relacionado principalmente à forma como a doença foi apresentada, tendo sido a primeira epidemia a ser divulgada massivamente pela mídia, ficando conhecida popularmente como “câncer gay”. O fato de os homossexuais terem sido considerados como grupo de risco fortemente associado à disseminação da epidemia, pouco se falando até então sobre a doença em heterossexuais, e as primeiras campanhas focarem nesse grupo como público-alvo, além da associação da doença com o sarcoma de Kaposi, contribuíram para a formação do preconceito contra essa população (BARATA, 2006).

Muitos ativistas do início do movimento, com a chegada da AIDS e o fim da ditadura militar, voltaram sua atenção para a doença nessa época, fato esse que reduziu a quantidade de grupos militantes consideravelmente. Houve, contudo, grande mobilização em lutas que cobravam do governo medidas para combater a epidemia. Nesse contexto, surge uma nova forma de atuação do movimento, com destaque para grupos como o Triângulo Rosa, do Rio de Janeiro, e o Grupo Gay da Bahia. O foco da luta nesse momento se altera no sentido de se

buscar principalmente garantia dos direitos civis e ações contra discriminação e violência (FACCHINI, 2011).

Tanto a AIDS quanto a violência policial foram determinantes para que o movimento voltasse a crescer em relação à quantidade de grupos existentes no país e para o surgimento das primeiras entidades de representação de travestis, consideradas como foco das campanhas de saúde na rua e vítimas diárias de abusos e violência da polícia. Esses primeiros movimentos buscavam reduzir a violência e a discriminação que essas pessoas já sofriam e que se agravou com a epidemia, luta essa que persiste até os dias atuais.

No início da década de 90 e com o crescimento do movimento no Brasil, o foco da luta passa a atuar em favor da ampliação dos direitos civis para essa população e reivindicação de políticas nacionais de combate ao HIV/AIDS e às DSTs, sendo o Brasil pioneiro nesse campo e o primeiro país a oferecer a medicação antirretroviral contra o HIV gratuitamente pelo Sistema Único de Saúde. Tais políticas nacionais foram de grande importância para a luta do movimento LGBT no Brasil, pois foi por meio da cobrança de medidas governamentais de combate à epidemia da AIDS que se deu a inserção das pautas do movimento nas políticas públicas de saúde e, posteriormente, em outros aspectos relacionados aos direitos de cidadania dessa população.

Nesse momento, como referido anteriormente, ganham visibilidade as representações de travestis e transexuais, com a fundação da primeira organização política de travestis da América Latina e a segunda do mundo, a Associação das Travestis e Liberados do Rio de Janeiro (ASTRAL), em 1993. No mesmo ano acontece o primeiro Encontro Nacional de Travestis, Transexuais e Liberados na Luta contra a AIDS (ENTLAIDS), passando a ocorrer anualmente desde então e permitindo que estes ganhassem voz, embora inicialmente de forma discreta, no cenário jurídico e político.

A partir de então, travestis e transexuais passam a se articular politicamente para combater a AIDS e a violência policial, sofrida principalmente em locais de prostituição, sendo incorporados às nomeações dos movimentos em 1995. Ainda nesse ano ocorre a fundação da Associação Brasileira de Gays, Lésbicas e Travestis (ABGLT) como uma forma de organizar e articular as ONGs do país, contando com aproximadamente 200 organizações do movimento LGBT existentes no Brasil. Graças a essa Associação o movimento ganhou maior espaço no âmbito legislativo e judicial, alcançando diversos progressos, como por

exemplo, a criminalização da homofobia em 2006. Finalmente, em 2000, ocorre a fundação da Articulação Nacional de Travestis, Transexuais e Transgêneros (ANTRA), que conta com mais de 80 organizações afiliadas, configurando-se como a maior rede de travestis e transexuais da América Latina (ARÁN; MURTA, 2009)

## 2.2 A TRANSEXUALIDADE E O DISCURSO MÉDICO

É importante ter sempre em mente que a construção do movimento trans e de sua representação social é permeado pela dinâmica de valores e pré-julgamentos sociais que, de modo micro e macro, modulam a construção dos sujeitos não-pertencentes ao vínculo social, pela posição de dissidentes que ocupam. Assim, a população LGBT enfrenta não apenas a transfobia direta que a marca como vulnerável aos alarmantes índices de violência social, como também, no âmbito civil, sofre pela perda do status de sujeito de direito naquilo que constitui sua identidade cidadã, sendo excluída do acesso aos recursos básicos de seguridade social.

Encontramos na definição de desvio de Becker (2009), para descrever a pessoa transgênera neste papel de *outsider* social, entendendo que, para o autor, o desviante é aquele que mantém-se infrator a um sistema de regras sociais, sendo estas estabelecidas na forma de uma lei, uma convenção social ou, muito evidente no processo de construção do conceito de transexual, através de uma categoria patológica estabelecida pelo poder diagnóstico médico. Todavia, ainda segundo a descrição do autor, o próprio desvio comporta em si o equívoco ao querer abordar um comportamento social seja através da análise do simples distanciamento da média geral, seja pela absorção da metáfora médica ao interpretar a manutenção da sociedade como um organismo saudável e o comportamento desviante como a patologia, desconsiderando, porém, que as relações sociais são envolvidas por diversos fatores de relação de poder, sobretudo políticos.

Bento (2008) refere a esta situação, ressaltando que a transexualidade, travestilidade e o transgênero são expressões identitárias que revelam divergências com as normas de gênero, sendo estas fundadas no dimorfismo, na heterossexualidade e nas idealizações. Sendo assim, coube à medicina o papel de colocar o comportamento sexual desviante como patológico e estabelecer, a partir de uma óptica dicotômica e heteronormativa, que a sexualidade

encontraria no modelo biologicista sua representação, sendo a prática cartesiana de categorização dos semelhantes responsável pela descrição do que é normal e o que é disfuncional. Para Foucault (2004), foram a biologização da sexualidade, o processo de incorporação jurídica do indivíduo e o controle do Estado sobre o sujeito social que contribuíram para a gradual recusa no entendimento da bivalência sexual em um só corpo, restringindo a livre escolha da identidade sexual dos indivíduos que, por ventura, apresentassem alguma ambiguidade. Desse modo, “passou a existir uma exigência de definição sexual com base na natureza, na qual a Medicina tinha a função moral de diagnosticar o único e verdadeiro sexo dos indivíduos.” (AMARAL, 2007, p. 19).

É no final do século XIX, que o comportamento sexual passa a ser definitivamente incorporado pelo discurso médico, mais precisamente englobado pelo saber psiquiátrico, na função de julgar como perversos aqueles comportamentos desviantes, cabendo, com o diagnóstico, uma penalidade jurídica e um suposto tratamento. O que não podemos deixar de considerar, contudo, é que esse discurso médico encontrava-se mediado a partir de perspectivas morais disfarçadas em cientificidade. Sobre isso, discorre Amaral (2007, p. 21):

A medicina, munida de seu conhecimento, ocupou o lugar normativo que anteriormente pertencia à Igreja e definiu os limites da normalidade no que se refere ao sexo. Conseqüentemente, demarcou a fronteira entre o lícito e o ilícito na vida sexual que, sob a ótica de um modelo binário heterossexual reprodutivo, significou que tudo aquilo que estava no registro da reprodução e era desprovido de prazer seria lícito e normal, e tudo o que desviasse do objetivo final do instinto sexual seria ilícito e anormal.

Destarte, o saber médico muito contribuiu para a marginalização acadêmica e a invisibilidade dos temas trans nas políticas públicas de saúde durante muito tempo. E, muito embora os movimentos das comunidades de minoria social estivessem se articulando “em campo”, o conhecimento acadêmico sobre o tema, mais precisamente o médico, se desenvolvia paralelamente e distante disso, sem que os ditos saberes científicos tangenciassem a realidade vivenciada pelas pessoas trans, principalmente se o considerarmos em nosso país.

Fazendo um pouco do traçado sobre o que representa a história da medicina direcionada à transexualidade, podemos demarcar os eventos descritos a seguir. Foi Magnus Hirschfeld que utilizou pela primeira vez o termo transexualismo, referindo-se em sua obra *Die Transvestiten* (1910) ao que tratava como sendo “transexualismo psíquico”. Durante a segunda década do século XX, surgiram os primeiros relatos de realização de procedimentos cirúrgicos de redesignação sexual, sendo a primeira intervenção cirúrgica desse tipo realizada

efetivamente por Felix Abraham na Alemanha em 1921, muito embora tenha sido a cirurgia do ex-soldado do exército americano George Jorgensen, realizada por Christian Hamburger, em 1952, na Dinamarca, a que se tornou o ponto de referência das transformações corporais demandadas por transexuais no mundo inteiro, como nos rememora Amaral (2007).

A realização desses procedimentos e a divulgação destes na mídia fomentaram uma série de demandas do público geral e a análise de vários estudiosos das ciências sociais para o que representariam, por fim, os papéis de gênero descritos pelo contexto social. Assim, é com o estudo *Psychopatia Transexuallis*, de 1949, que o Dr. David O. Cauldwell define o transexualismo como um desvio sexual raro que se caracteriza por um desejo mórbido-patológico de ser membro do sexo oposto e pela demanda de realizar a cirurgia para modificação do sexo (AMARAL, 2007).

Assim, com o avanço da pesquisa nas áreas de biomedicina, a efetuação e aprimoramento das técnicas cirúrgicas, o desenvolvimento de áreas específicas da medicina como a endocrinologia e o avanço de disciplinas sociais como psicologia e sociologia sobre o tema, firmam-se os primeiros estudos, a fim de encaixar o transexualismo num conceito nosográfico e delimitar o prosseguimento terapêutico a estes pacientes. Sobre a aurora desse processo, discorrem Arán e Murta (2009, p. 26):

Com este objetivo, Norman Fisk, em 1973, fundamenta uma nosografia psiquiátrica para o transexualismo, ancorada fundamentalmente num autodiagnóstico. Em 1977 essa condição é incorporada à categoria psiquiátrica de “Disforia de Gênero”, que incluía outras “enfermidades” ligadas à identidade de gênero. [...] Posteriormente, em 1980, a condição transexual foi agregada ao manual diagnóstico psiquiátrico DSM III (Manual Diagnóstico e Estatístico das Desordens Mentais) e em 1994, com a publicação do DSM IV, o termo “transexualismo” foi substituído por “Transtorno de Identidade de Gênero” (TIG).

Vale lembrar que os principais catálogos de diagnósticos atuais, utilizados por profissionais de medicina do Brasil e de todo mundo, ainda trazem nomenclaturas e catalogam o comportamento transexual como patológicos. Tanto a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) do Ministério da Saúde, conceituada para padronizar e catalogar as doenças e problemas relacionados à saúde, tendo como referência a Nomenclatura Internacional de Doenças, estabelecida pela Organização Mundial de Saúde, como a edição atual do Manual Diagnóstico e Estatístico das Desordens Mentais (DSM-V), lançado em 2012 e utilizado majoritariamente como referência na clínica psiquiátrica, trazem em suas páginas os diagnósticos de Transtornos de Identidade de Gênero e Disforias de Gênero, respectivamente.

O diagnóstico médico, seja como Transtorno de Identidade de Gênero, seja como Disforia de Gênero, deve ser analisado como integrante de um processo tanto estigmatizante como, paradoxalmente, purificador. Diante da concretude de um parecer médico, o sujeito passa a admitir-se como sendo de fato aquele ou aquilo que foi afirmado no diagnóstico, estando passível de incorporar toda a representação que este manifesta dentro do contexto social. O estigma em perceber-se desviante coloca o sujeito diante da nulidade de sua subjetividade e o deixa à mercê da indicação que o poder médico tem de si.

Tudo isso colabora com um processo de culpa, vergonha, exclusão e discriminação dos indivíduos transgêneros, diante da possibilidade dos provedores de saúde em rotulá-los negativamente e atuar sobre associações negativas. Essas ações se reforçam a partir de que a autoridade do médico posiciona o paciente transgênero como inerentemente problemático, sendo a relação médico-paciente, que também é passível aos sistemas sociais, um modelo social útil para examinar como o estigma interpessoal funciona dentro de relações desiguais (POTEAT; GERMAN; KERRIGAN, 2013).

Sobre isso, Carvalho (2011, p.43) argumenta que “submeter-se ao rótulo psiquiátrico de ‘transtornado/a’ por si só representa algum grau de violência”. As atitudes dos profissionais de saúde, por exemplo, afetam diretamente a dinâmica do cuidado e podem perpetuar estigmas sociais como homofobia e transfobia, além de que as escolas médicas ainda continuam abordando “pouco ou quase nada” sobre os aspectos particulares da saúde de lésbicas, gays, bissexuais e, ainda menos, das pessoas transgêneras. (LIM; BROWN JR; KIM, 2014).

Em contrapartida, pode-se perceber que, mesmo que o processo médico passe pela determinação do que outrora ocupara o lugar do demoníaco ou criminoso (o *outsider*), caso haja a compreensão social dos fatores e a admissão destes como sendo condicionados ao indivíduo, agora na figura de paciente, todo o aparato relacionado à clínica vem servir à naturalização do mesmo e ao entendimento de uma necessidade de tratamento, acompanhamento e readequação ao tecido social “saudável”. O transexual, antes visto como o perverso e disfuncional, assume agora um papel de vítima de sua condição e necessitado de reajustamento dentro do padrão estabelecido, desde que este manifeste-se de acordo e colaborativo ao regresso aos tipos humanos definidos pela norma.

É, então, a partir do desenvolvimento das tecnologias médicas, principalmente relacionadas ao aprimoramento e disponibilidade de procedimentos de terapia hormonais e procedimentos cirúrgicos, que o indivíduo transexual tem a possibilidade de recorrer ao conhecimento científico para resolver suas demandas de adequação. A realização da cirurgia de redesignação sexual atua como marco para que o indivíduo se reconsidere fisicamente e possa, em certa medida, abster-se do estigma provocado por sua condição. Carvalho (2011, p.59) disserta sobre a ressignificação do sujeito trans dentro do contexto social, através da ocultação de seu próprio estigma:

A passagem de um ponto ao outro, da ocultação à evidência do estigma, não está na qualidade do atributo, mas na interação entre os signos que transmitem a informação e a percepção de quem a recebe, a capacidade decodificadora da audiência: ou seja, na manipulação interativa da informação social.

Hausman (1995) nos faz questionar se a ascensão da transexualidade no século XX, não seria fruto do aporte gradualmente mais acessível e diverso das tecnologias médicas a favor dessas mudanças, de modo que a definição médica do diagnóstico vem a calhar na necessidade do próprio indivíduo compreender-se dentro de um sistema estabelecido. Seria, então, para a autora, o diagnóstico da transexualidade não apenas um estigmatizador construído dentro da óptica binária, mas também gerado a partir da própria necessidade da população trans em entender-se dentro dessa óptica.

Na virada de década entre os anos 70 e 80, quando o movimento e a articulação de pessoas trans iniciava sua mobilização nacional, o Conselho Federal de Medicina (CFM) vê-se diante da necessidade de reavaliar suas diretrizes e reconsiderar seus protocolos. Em 1979, o CFM desaconselha a realização do procedimento de inclusão de próteses mamárias de silicone em um paciente do sexo masculino, pois, segundo o parecer, tratava-se de um procedimento desnecessário para o indivíduo, sendo este indicado ao acompanhamento psicológico para a avaliação de provável “desajustamento psiquiátrico” (AMARAL, 2007).

Nos anos 90, quando já havia maior organização na mobilização de segmentos da comunidade trans, o transexualismo volta a ser discutido pelos órgãos médicos. Nessa época, a realização da cirurgia de conversão sexual ainda era encarada como “mutilação grave” e “ofensa à integridade corporal”, de acordo com o Código de Ética Penal e o Código de Ética Médica no Brasil (AMARAL, 2007). A repercussão da temática na mídia e a movimentação dos grupos trans em nível nacional levam o debate ao I Encontro Nacional dos Conselho de Medicina, ocorrido em 1997, onde a plenária manifestou-se a favor da realização dessa

cirurgia. Segundo Amaral (2007, p.50), os fatores que colaboraram para a tomada dessa decisão foram:

A intenção de beneficência através da busca da integração entre o corpo e a identidade sexual psíquica do interessado, unida aos princípios de autonomia - direito da autodeterminação e de dispor do próprio corpo - e justiça - o direito de a pessoa não ser discriminada no pleito à cirurgia.

Assim, em 1997, o Conselho Federal de Medicina retira o caráter de crime de mutilação para as chamadas cirurgias de “mudança de sexo”, restringindo sua realização em caráter experimental a alguns hospitais universitários do país (CARVALHO, 2011). Considerando o bom resultado estético e funcional das neocolpovulvoplastias, em 2002, uma nova resolução revoga a antiga resolução de 1997, estendendo a prática das cirurgias de readequação do fenótipo masculino para o feminino a hospitais públicos ou privados, independentemente das atividades de pesquisa, mas seguindo os critérios já estabelecidos (AMARAL, 2007).

Outro grande passo para o firmamento das políticas de saúde voltadas a população trans no Brasil foi a realização, em 2008, da Conferência Nacional de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais – GLBT, com o tema “Direitos humanos e políticas públicas: o caminho para garantir a cidadania de gays, lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais”, contando com a presença do então presidente da República, Luiz Inácio Lula da Silva, ministros e representantes do movimento (FACCHINI; FRANÇA, 2009). No evento, foram aprovadas 559 propostas. Destacamos as seguintes, no eixo da saúde:

1. Incluir nas campanhas de saúde sexual e reprodutiva, prevenção de AIDS e outras doenças de transmissão sexual, imagens não estigmatizantes de pessoas com deficiência (PCD), pessoas vivendo com AIDS (PVA) e da população LGBT. [...]

5. Sensibilizar, capacitar e qualificar gestores, gerentes, servidores públicos, colaboradores e profissionais de saúde, por meio de oficinas, grupos de trabalho, palestras, teatros, campanhas educativas, seminários e workshops, com os temas: sexualidade, corporalidade, gênero, questão étnico-racial para que reconheçam os efeitos da homofobia, lesbofobia e transfobia como elemento da vulnerabilidade que dificulta o diagnóstico, o acesso e a promoção da equidade da saúde da população LGBT. [...]

8. Incluir os conteúdos relacionados à população LGBT nos programas de Educação Permanente voltados aos profissionais do SUS, bem como incorporar os temas pertinentes na formação dos profissionais da saúde de nível técnico, de graduação e pós-graduação, garantindo a formação ética, levando em conta as especificidades geracionais, de raça e etnia, sexualidade, combatendo a homofobia, lesbofobia e transfobia institucional, obedecendo a política nacional de humanização do SUS. [...]

22. Implantar Assistência Interdisciplinar a Transexuais nos Ambulatórios Especializados e Centros de Referências garantindo a assistência endocrinológica

integral para travestis e transexuais e a execução dos Protocolos do Processo Transexualizador no SUS. [...]

25. Qualificar a atenção à saúde mental em todas as fases de vida da população LGBT, prevenindo agravos decorrentes dos efeitos da homofobia, lesbofobia e transfobia e garantir uma política de redução de danos decorrentes dos efeitos da discriminação, do uso de álcool e outras drogas e da exclusão social, no tratamento qualificado à população LGBT na saúde mental. [...]

50. Contribuir para retirar transexualismo e travestismo do CID [Código Internacional de Doenças] e DSM-IV [Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais]. (BRASIL, 2008, p. 167-173).

A mais recente portaria, nº 2083, sobre o tema lançada pelo Ministério da Saúde, publicada no Diário Oficial da União em 19 de novembro de 2013, redefine e amplia o processo transexualizador e as estratégias de saúde para a população transgênera. O texto não apenas atualiza o protocolo relacionado aos procedimentos de readequação, mas também refere a importância do tratamento humanizado e multiprofissional:

Art. 2º São diretrizes de assistência ao usuário(a) com demanda para realização do Processo Transexualizador no SUS: I - integralidade da atenção a transexuais e travestis, não restringindo ou centralizando a meta terapêutica às cirurgias de transgenitalização e demais intervenções somáticas; II - trabalho em equipe interdisciplinar e multiprofissional; III - integração com as ações e serviços em atendimento ao Processo Transexualizador, tendo como porta de entrada a Atenção Básica em saúde, incluindo-se acolhimento e humanização do atendimento livre de discriminação, por meio da sensibilização dos trabalhadores e demais usuários e usuárias da unidade de saúde para o respeito às diferenças e à dignidade humana, em todos os níveis de atenção. Parágrafo único. Compreende-se como usuário(a) com demanda para o Processo Transexualizador os transexuais e travestis (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013, p. 2)

Desse modo, as principais demandas relativas à saúde do movimento trans atualmente se concentram a favor da despatologização da condição transgênera e da inserção cada vez mais democrática do sujeito trans nos serviços de saúde. Todavia, dentro de nossa realidade, é questionada a necessidade de manter-se a transexualidade dentro de uma diagnose, a fim de justificar o acesso aos procedimentos transexualizadores fornecidos pelo sistema público de saúde:

Esse impasse se caracteriza por uma relação de *double blind*, na qual, de um lado, há um consenso que as experiências relativas à transexualidade e à travestilidade não se tratam de uma psicopatologia; por outro lado há um receio que o desaparecimento da categoria patológica sistematizada no TIG possa levar à desresponsabilização do Estado em arcar com os custos das tecnologias médicas envolvidas no processo transexualizador, já que não haveria mais uma patologia a ser tratada através de tais intervenções. (CARVALHO, 2011, p. 122).

Esse ainda é um debate aberto, que vem sendo construído no Brasil. O fato é que a assistência em saúde à pessoa trans deve se reformular dentro dos novos princípios norteadores que compõem a humanização e a transversalidade propostas pelo sistema. A

população LGBT é coletivamente considerada como uma população de prioridade dentro das discussões sobre as disparidades do cuidado em saúde (LIM; BROWN JR; KIM, 2014). Embora a transexualidade seja ainda considerada pela medicina como um transtorno mental e que o modelo seja a base para a institucionalização da assistência em saúde, “o fato de se definir uma política de saúde integral tendo como referência os princípios do SUS permite uma ampliação da noção de saúde, a qual não deve ficar restrita à ausência de doença” (ARÁN; MURTA, 2009, p. 23).

É extremamente importante que médicos compreendam a magnitude e os efeitos da transfobia na vida e nas experiências da população transgênera. (AUSTIN; CRAIG, 2015) e estejam aptos a compreender as novas formas de identidade de gênero que emergem na sociedade contemporânea. Por exemplo, vê-se tendência crescente a identificações de gênero não-binárias, logo, abordar as necessidades médicas e de saúde mental deste grupo será um desafio adicional aos provedores de saúde (OLSON et al., 2015).

De um modo geral, os profissionais que atendem na atenção primária sentem-se despreparados diante de uma primeira consulta com um paciente transgênero e passam a criar estratégias para lidar com sua falta de preparação, incluindo: a busca de informações em livros e materiais disponíveis on-line ou com outros profissionais, a condução “livre” do atendimento, permitindo que o paciente guie a consulta de acordo com suas demandas, o aprendizado por tentativa e erro, ou até mesmo a recusa de realizar o atendimento (POTEAT; GERMAN; KERRIGAN, 2013).

Assim, para indivíduos transgêneros, os ataques, frequentemente diários, de estereótipos transfóbicos, microagressões e tratamento discriminatório os levam a experiências de sofrimento social que podem contribuir para o desenvolvimento de questões emocionais e comportamentais (AUSTIN; CRAIG, 2015). Pesquisas recentes mostram que cerca de 19% da população transgênera relata ter sido impedida de ter acesso a serviços de saúde, por causa de sua identidade de gênero (LIM; BROWN JR; KIM, 2014). Dessa forma, com acesso restrito aos cuidados e a assistência médica, estas pessoas tornam-se vulneráveis social e psicologicamente ao desenvolvimento de desordens mentais que podem culminar com o ato suicida.

## 2.3 O SUICÍDIO E SUAS REPERCUSSÕES

O comportamento suicida deve ser compreendido como uma diversidade de ações do sujeito sobre si, desde pensamentos a atitudes de autoaniquilação – ideação suicida, suicídio e automutilações – dentro de um contexto singular, complexo e muitas vezes silencioso, mediado por fatores associativos internos e externos ao suicida, com cognições objetivas e subjetivas (SILVA, 2016). Mesmo que o suicídio resulte de um sofrimento psíquico individual, toda a sociedade, com seus valores, crenças e costumes, é responsável pelas mortes voluntárias e involuntárias que produz (DURKHEIM, 2003).

Assim, grupos com maior vulnerabilidade social acabam por sofrer mais diretamente as consequências disso. Experiências de discriminação LGBT foram associadas com maior probabilidade de tentativas de suicídio. (BLOSNICH et al., 2013), tanto que a comunidade LGBT também está em maior risco de suicídio, com taxas de pensamentos e comportamentos suicidas geralmente superiores aos da comunidade heterossexual (MATARAZZO et al., 2014). Ideações e tentativas suicidas são três a quatro vezes mais elevadas, respectivamente, do que a prevalência para a juventude geral (GOLDBLUM et al., 2012). De fato, depois de história prévia de tentativa de suicídio, a vitimização LGBT é o mais forte preditor de autoagressão, estando associada a um risco 2,5 vezes maior (GOLDBLUM et al., 2012).

A presença de ideação suicida se constitui um problema relevante para a Saúde Pública tanto em países desenvolvidos e em desenvolvimento. Há evidências de que a persistência de ideação suicida pode culminar em tentativas futuras de suicídio ou no próprio ato suicida, em si (SILVA, 2016). Traumas, transtornos mentais e uso de substâncias psicoativas são comumente associados ao suicídio e, embora esses fatores de risco sejam compartilhados tanto por indivíduos LGBT quanto por aqueles que se identificam como heterossexuais, sua prevalência é maior entre os primeiros (MATARAZZO et al., 2014). Além disso, sintomas de depressão, desesperança e impulsividade também são correlacionados com tentativas de suicídio por jovens LGBT (BLOSNICH et al., 2013).

Tem sido evidenciada forte associação entre presença de ideação suicida com níveis depressivos, demonstrando possível relação de causalidade entre ideação suicida e depressão (SILVA, 2016). A prevalência de depressão, por exemplo, é pelo menos 5 vezes maior em

mulheres transgêneras que as estimativas correspondentes na população geral, conforme relatam Nuttbrock et al. (2014). Por outro lado, 24% dos indivíduos transgêneros foram diagnosticados como portadores de depressão leve a moderada e 11% apresentaram depressão grave a extrema, em um estudo realizado a partir do Inventário de Depressão de Beck, por Olson et al. (2015). Esse mesmo estudo relatou que 50% dos participantes já idealizaram sobre o suicídio e 30% tentaram suicídio pelo menos uma vez na vida (OLSON et al., 2015).

O abuso psicológico e físico sofrido por mulheres transgêneras é relacionado como causa de grave morbidade psiquiátrica na forma de depressão grave, com evidências estatísticas sugerindo uma ligação causal entre ambas as formas de abuso e novos episódios de depressão. A associação entre agressões psicológicas e depressão grave foi aproximadamente 3 vezes maior entre mulheres transgêneras mais jovens (entre 19 e 30 anos) do que entre mulheres transgêneras mais velhas (entre 31 e 59 anos) (NUTTBROCK et al., 2014). Silva (2016) ressalta o papel oportuno da investigação sobre outros transtornos mentais que possam interferir nesse contexto, tendo em vista o estigma e a discriminação sofridos por essa população como incentivo para a gênese de sentimentos autodepreciativos, angústia e melancolia.

## **CAPÍTULO 3**

### **3. CAMILLA QUER SER EXEMPLO**

Diante das estatísticas alarmantes apresentadas e da relevância do tema para a arquitetura de uma saúde pública universal, construiremos este trabalho abordando os aspectos psicossociais que inferiram no ato suicida de uma jovem transgênera, caso ocorrido em 2005 na cidade de São Paulo, que será apresentado com mais detalhes adiante. A análise das questões aqui postas dar-se-á através de uma carta (ANEXO 1) deixada pela paciente e publicada na mídia e na Internet (por isso tornada de domínio público), além das notícias vinculadas pela mídia na época da fatalidade, com base na interpretação hermenêutica dos

fatores provocadores do ato e da autópsia psicológica e psicossocial das informações coletadas.

Para analisar o tema, consideramos que é necessário, antes de tudo, o devido respeito para com a subjetividade da pessoa analisada e a sensibilidade de compreensão que nos aproxime a vivenciar, tal como relatado no texto analisado, as angústias, medos e decepções da autora. É a partir desse viés, mais próximo e humano, que pretendemos chegar à experiência vivida pela jovem, a fim de compreender os fatores que a levaram ao suicídio.

Como já referido, tomaremos como ferramenta para análise do texto-base a técnica da autópsia psicológica e psicossocial. Tal método foi proposto pela primeira vez por volta dos anos 50, por Edwin Scheidman, como um tipo de estudo retrospectivo que reconstitui o status da saúde física e mental e as circunstâncias sociais das pessoas que se suicidaram (CAVALCANTE et. al, 2012) e pode advir de entrevistas com informantes que forneçam dados relevantes sobre a vítima ou da “coleta e análise de documentos relevantes, como prontuários, registros clínicos, diários pessoais, nota de suicídio, se houver” (MIRANDA, 2014, p. 13):

A autópsia psicológica pode ser definida como um tipo de avaliação psicológica realizada retrospectivamente através de uma investigação imparcial, que objetiva compreender os aspectos psicológicos de uma determinada morte. Busca-se compreender o que havia na mente do indivíduo. Ela visa reconstruir a vida psicológica de um indivíduo, analisando o seu estilo de vida, a personalidade, a saúde mental, os pensamentos, os sentimentos e os comportamentos precedentes a morte, a fim de alcançar um maior entendimento sobre as circunstâncias que contribuíram para o fato.

Vale lembrar que este tipo de estudo concentra-se na descrição individual do evento a partir de casos específicos, portanto, a partir de sua realização, é possível ter acesso a diversas nuances e particulares que grandes estudos epidemiológicos ou populacionais não considerariam (CAVALCANTE et. al, 2012). Desse modo, essa abordagem torna-se especial por proporcionar evidências que servem para alertar sinais e vestígios que devem ser procurados no comportamento e apresentação das pessoas com indicação ao ato suicida (WERLANG, 2012). Contudo, devemos lembrar que os fatores devem sempre ser contextualizados e não vistos de forma isolada exclusivamente e, embora a análise dos fatores de risco para o suicídio seja uma boa maneira de se analisar a matéria, não deve ser considerada a única (MIRANDA, 2014).

Há que salientar-se que, devido ao caráter individual da construção das análises, a sistematização dos tópicos abordados nesse tipo de estudo ainda é pouco definida. Miranda

(2014) cita em seu trabalho um protocolo padronizado sugerido por Snider, Hane e Berman (2006), detalhando áreas de investigação que deveriam estar contidas nesse tipo de trabalho. Tal protocolo é reproduzido no Quadro 1.

	ÁREAS DE INVESTIGAÇÃO	EXEMPLOS
1	Documentação Recomendada	Relatórios médicos Relatórios policiais
2	Local da Morte	Relacionamento do falecido com o local Evidência de planejamento ou ensaio
3	Dados Demográficos	Idade, gênero Estado civil
4	Sintomas Recentes / Comportamentos	Apareceu deprimido, triste, choroso ou melancólico
5	Precipitantes da morte	Morte recente de alguém significativo Algum evento percebido como traumático
6	História Psiquiátrica	Comportamentos suicidas anteriores Ter visto um psicólogo, psiquiatra
7	Saúde Física	Recente visita a um médico Experiência com dor crônica
8	Abuso de Substâncias	História de abuso de álcool ou outras substâncias
9	História Familiar	Algum irmão ou pais que tenha morrido por morte não-natural
10	História de Arma de Fogo	Adquiriu recentemente arma de fogo Armazenava arma de fogo
11	Suporte Social	Relativo sucesso nas relações pessoais ou de trabalho
12	Reatividade Emocional	Comportamentos impulsivos Histórico de violência contra outros
13	Estilo de Vida	Perfeccionismo Padrões de resposta típicos
14	Acesso a serviços de saúde	Comportamento de buscar ajuda Sem acesso a um cuidador
15	Outras áreas de investigação	Hobbies Grau de religiosidade

Quadro 1. Áreas de investigação propostas por Snider, Hane e Berman (2006) citado em Miranda (2014, p. 32-33).

Visando consolidar a sistematização na construção de autópsias psicológica e psicossocial, após extensa revisão bibliográfica, Cavalcante et. al (2012) formulam o “Roteiro de entrevista semiestruturado para autópsias psicológicas e psicossociais”, composto por 43 perguntas que avaliam aspectos sociais, modo de vida, estado mental, descrição do suicídio e aspectos familiares (WERLANG, 2012). Reproduzimos a seção daquele protocolo relativa à metodologia dos estudos de caso no Quadro 2.

<b>ORGANIZAÇÃO DOS ESTUDOS DE CASO</b>	
Dados de identificação do caso de suicídio	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Critério de escolha do caso</li> <li>• Dados do entrevistado</li> <li>• Dados da pessoa com morte autoinfligida .</li> <li>• Forma de perpetração e cena do suicídio (relato da família e laudo pericial)</li> </ul>
Estudos de casos individuais	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Descrição pessoal, social e familiar (genograma e caracterização social)</li> <li>• Biografia da pessoa que cometeu o suicídio (autorretrato e modo de vida)</li> <li>• Estado mental que antecedeu o suicídio (risco psiquiátrico e psicossocial)</li> <li>• Avaliação da atmosfera do suicídio (clima e circunstâncias antes e depois do ato)</li> <li>• Impacto do suicídio na família (imagem do ato, reações e impressões da família)</li> <li>• Síntese ou comentários finais (pontos a serem destacados)</li> </ul>

Quadro 2. Seção “Roteiro de organização dos estudos de caso” contida no “Roteiro de entrevista semiestruturado para autopsias psicológicas e psicossociais” proposta por Cavalcante et. al. (2012, p. 2045)

Considerando nossa limitação na realização de entrevistas relativas ao caso a ser analisado neste trabalho e no fato de nossa argumentação concentrar-se no registro textual deixado pela vítima antes do ato suicida e no material jornalístico divulgado sobre o caso, tais protocolos servirão apenas como base referencial para a construção de nosso ensaio. Buscaremos delinear nossas ideias para além das condições sistemáticas pré-definidas, buscando no nosso próprio traçado uma costura textual que se autoconceitue transgressiva.

## **CAPÍTULO 4**

### **4. CAMILLA QUER SER NOTADA**

Ao descrever e analisar as informações disponíveis sobre o caso e variáveis que levaram ao desfecho suicida de Camilla de Castro, antes de tudo necessitamos rememorar quem foi Camilla e o contexto social no qual ela estava envolvida. Para isso, usaremos o material jornalístico e documental disponível em sites e blogs que noticiaram o caso na época.

Camilla de Castro, nascida Alessandro Caetano Kothechnorger, em 20 de abril de 1979, era natural de Santo André, São Paulo, e desde muito cedo se identificava com o

universo feminino. Com aparência considerada naturalmente feminina, ela morou com as tias até os 19 anos, até mudar-se para São Paulo, onde passou a trabalhar na prostituição, chegando a ser considerada uma das mais belas travestis de seu meio social, fato este que a fez ingressar na indústria de filmes adultos no ano 2000.

Antes de prosseguirmos com a história de Camilla, cabe aqui traçarmos um panorama acerca dos dados colhidos da literatura sobre o suicídio na população transgênera. De modo geral, transgêneros são mais suscetíveis à ideação e tentativa de suicídio na nossa sociedade, fato esse ilustrado pela pesquisa norte americana intitulada Pesquisa Nacional de Discriminação de Transgêneros (National Transgender Discrimination Survey) que evidenciou resultados espantosos a respeito da diferença de prevalência de tentativa de suicídio quando comparou a população transgênera com a população geral, taxas essas de 41% e 1,6% respectivamente.

Outro dado da pesquisa destacado foi que essas taxas se mostraram maiores entre jovens e adultos jovens transgêneros, ao contrário do que ocorre na população em geral, onde idosos apresentam maiores taxas de suicídio e de tentativa de suicídio, relacionados principalmente à depressão (GRANT et al., 2011).

Porém, não é apenas a população trans que apresenta taxas elevadas de suicídio, mas toda a comunidade LGBT, principalmente quando há casos associados de discriminação por orientação sexual e/ou gênero (BLOSNIICH et al., 2013). Essas pessoas, muitas das quais expostas à discriminação de forma frequente e muitas vezes diária, acabam apresentando mais pensamentos e comportamentos suicidas, principalmente quando comparadas com a comunidade heterossexual (MATARAZZO et al., 2014). Entre a juventude transgênera, a ideação e as tentativas suicidas são três a quatro vezes mais elevadas do que a prevalência para a juventude geral. Da mesma forma, a inconformidade com o gênero se mostra como outro fator de risco para o suicídio com efeitos significantes (GOLDBLUM et al., 2012).

Durante a revisão da literatura, pudemos identificar diversos fatores de risco para suicídio e ideação suicida na população transgênera, elevando essas taxas já preocupantes nesses indivíduos. Por exemplo, transgêneros negros e latinos apresentam taxas dramaticamente elevadas de tentativas de suicídio em comparação com suas taxas na população em geral. Desempregados também são mais propensos a tentativas de suicídio (51%) do que os transgêneros que trabalham (37%), havendo estreita relação entre a maioria

das tentativas de suicídio com fatores de risco incluindo eventos precipitantes como perda de emprego e crises econômicas (GRANT et al., 2011).

O otimismo e o apoio social fornecidos pela família e por amigos estão significativamente correlacionados com a prevenção do comportamento suicida. Além do apoio de familiares, estabilidade emocional e o cuidado durante a infância estão associados a menores índices de comportamento suicida em indivíduos transgêneros (MOODY; SMITH, 2013). Isto reflete como o apoio e o cuidado por membros próximos e a indicação de modelos de referência acessíveis são fatores protetores contra problemas de saúde mental, como ideação suicida e depressão (BIRD; KUHNS; GAROFALO, 2012).

As tentativas de pesquisar a comunidade LGBT continuam sendo particularmente desafiadoras devido à tendência ao silêncio envolvendo questões relacionadas à identidade ou expressão de gênero, à dispersão geográfica dessa população e à variabilidade na compreensão de quem está incluído no "transgênero" (TESTA et. al., 2012).

Retomando a história de Camilla, a jovem chegou a estrelar em 2005 um quadro em um programa de televisão em rede aberta chamado “Camilla Quer Casar”, com o objetivo de encontrar um relacionamento amoroso. Em julho de 2005, ainda durante as gravações do programa, Camilla de Castro comete o suicídio, atirando-se nua do seu apartamento, no sétimo andar de um prédio localizado no centro da cidade de São Paulo. A imprensa, na época, assim noticia sua morte:

O jovem, cujo nome de batismo era Alessandro Caetano Kothechnorger, morava no sétimo andar e foi encontrado nu. A suspeita é que ele tenha cometido suicídio. O caso foi registrado pela Polícia Civil como “morte a esclarecer”. (FOLHA ONLINE, 2005)

O leitor atento irá perceber que, ao longo da matéria, é dado à jovem o tratamento sintático empregado no masculino e não no feminino. Percebemos um importante potencial da mídia em propagar e perpetuar estereótipos, ajudando na manutenção de ideias preconceituosas, normativas e julgando aquilo que é pessoal. Ainda sobre a divulgação do caso na mídia, encontramos:

De acordo com Marcelo Nascimento, diretor do Superpop [programa de televisão de que a jovem participava], o travesti nunca escondeu que fazia programas. Alguns de seus amigos teriam relatado à produção que ele "andava meio deprimido" (FOLHA ONLINE, 2005, nossa nota).

Podemos destacar dois fatores de importante relevância e alta prevalência entre os transgêneros que aumentam as taxas de suicídio: a prostituição e a depressão. Em relação ao primeiro, percebeu-se que os índices de tentativa de suicídio foram mais altos entre transgêneros profissionais do sexo, subindo para 60% quando comparados aos 41% da população transgênera como um todo (GRANT et al., 2011).

Transgêneros que trabalham na prostituição sofrem mais agressão física e sexual e, portanto, apresentam mais chances (quando sobrevivem às agressões) de se suicidarem, com taxas de suicídio subindo para 61% entre aqueles que sofreram agressão física e 64% entre aqueles que sofreram agressão sexual (GRANT et al., 2011). Além disso, o tipo de emprego, haver realizado terapia hormonal e realizar trabalho sexual predizem, por vezes, o abuso psicológico, com as duas últimas variáveis prevendo abuso físico (NUTTBROCK et al., 2014).

Outros estudos têm demonstrado, inclusive, que o aumento da chance de suicídio entre indivíduos transgêneros está associado com a transfobia, segundo Bauer et al. (2015), com a situação de minoria social, aspectos raciais e étnicos e com menores níveis de escolaridade, segundo Perez-Brumer et al. (2015). Tanto o abuso psicológico quanto o abuso físico são apontados pelas evidências como causas de grave morbidade psiquiátrica em transgêneros, levando à depressão grave e recorrência de quadros depressivos. O sofrimento causado pela transfobia, microagressões e discriminação leva ao risco de suicídio nesses indivíduos, causando grande sofrimento social e levando ao desenvolvimento de questões emocionais e comportamentais (AUSTIN; CRAIG, 2015).

Nesses casos, além de transtornos mentais, outros fatores como traumas e uso de substâncias estão comumente relacionados aos casos de suicídio. Mesmo esses fatores sendo encontrados também na população heterossexual, eles apresentam-se de forma mais prevalente na população LGBT (MATARAZZO et al., 2014). Além disso, sintomas de depressão, desesperança e impulsividade também são correlacionados com tentativas de suicídio por jovens LGBT (BLOSNICH et al., 2013).

Um estudo sobre o impacto de modelos para jovens gays, lésbicas, bissexuais e transgêneos mostrou que a maioria dos participantes tinham hábitos nocivos à saúde, como uso abusivo de álcool (64%), uso de drogas ilícitas (61%) e 27% reportaram já terem sido diagnosticados com alguma Doença Sexualmente Transmissível (DST). Além disso,

aproximadamente 35% dos participantes do estudo fechavam critérios para algum transtorno de saúde mental (BIRD; KUHNS; GAROFALO, 2012).

Essa população está mais sujeita ao uso de substâncias químicas: a maioria relata usar álcool, tabaco e maconha (75,5%, 58% e 61,5%, respectivamente). 43% por cento relatam o uso de outras drogas, incluindo cocaína, inalantes, alucinógenos, opioides, tranquilizantes e estimulantes (OLSON et al., 2015).

Outras pesquisas mostraram que os homens transgêneros experimentam maior discriminação e têm, portanto, níveis mais elevados de ideação suicida ao longo da vida, que as mulheres transgêneras (PEREZ-BRUMER et al., 2015). Outro estudo confirma estes dados, descrevendo que as taxas de suicídio em homens transgêneros aproximam-se de 32,1%, enquanto que 26,5% das mulheres transgêneras relataram tentativa de suicídio (GOLDBLUM et al., 2012).

Ainda sobre o caso de Camilla, sobre o tratamento dado pela mídia, em especial pelo programa no qual Camilla participava, Neto Lucon, jornalista de um portal voltado especificamente à população trans, escreve em seu blog:

No dia da morte, o programa foi todo sobre Camilla. Um tanto sensacionalista, Luciana Gimenez [apresentadora do programa] questionava no ar se era mesmo suicídio, um acidente ou assassinato, enquanto a repórter exibia o sangue em frente ao hotel. Especularam que ela seria soropositiva – o que nunca foi confirmado - e que se prostituía – como se ninguém soubesse (NLUCON, 2016, nossa nota).

A forma com que a mídia se refere à situação das pessoas trans vem mudando com o passar do tempo e, mesmo que hoje essas pessoas ocupem espaços de representatividade nos grandes veículos de informação de massa, com papéis cada vez mais protagonistas e autoafirmativos e um trabalho de educação social sobre as questões de gênero, por muito tempo a imagem do transgênero, principalmente da travesti, foi direcionada ao pitoresco e ao exótico, sendo esta mais uma das formas de violência com a qual teve de lutar essa população.

Tecer preconceitos vestidos de suposições e opiniões, além de desrespeitoso para com a imagem dos indivíduos, é uma grave violência contra toda uma população – principalmente quando isto parte de um veículo de comunicação de tamanha abrangência. O mesmo canal que antes lucrava com a imagem e a condição “excêntrica” de Camilla, reproduz o que no meio social é costume e foi cantado por Chico Buarque de Holanda: tacar pedras em quem é feito para isso, devido sua condição de desviante.

## CAPÍTULO 5

### 5. CAMILLA QUER SER AMADA

Assim, considerando o que conhecemos sobre o caso de Camilla, partiremos agora para a análise dos trechos mais importantes da carta, escrita pela própria Camilla. A carta foi direcionada ao blogueiro Alex Jungle e foi amplamente reproduzida pelos portais de informação direcionados a comunidade trans na época, sendo o caso de Camilla um marco na discussão do suicídio dentro dessa população. O texto encontra-se disponível em diversos veículos de informação virtual, sendo de amplo acesso ao público geral.

A princípio de análise, a Carta deixada por Camilla de Castro revela-nos uma possibilidade íntima e subjetiva de estar diante de um relato de uma vítima de suicídio e, a partir deste, conceber a teorização do universo onde a autora estava inserida. Ela escreve seu texto em tom confidente a uma pessoa que considera seu amigo e com o propósito de fazer de sua voz um canal para o diálogo sobre uma angústia que vinha sentindo. Narra, então, em terceira pessoa, a história de uma Camilla que, como num conto de fadas, “foi uma vez” a esperança de se sentir alcançada pelo amor do Outro.

A partir da análise do seu texto, consideraremos as possíveis variáveis psicossociais que levaram Camilla a seu sofrimento psíquico, culminando com o tom devastado que ela apresenta e, posteriormente, seu desfecho suicida. Usaremos como suporte para a análise textual a técnica hermenêutica de interpretação e para a análise psicológica os conceitos fundamentais da prática psicanalítica do que se refere à construção da subjetividade feminina, o gozo feminino e o processo de devastação afetiva. São estes os guias condutores para nossa descoberta de uma jovem cheias de sonhos e vontade de ser amada:

Era uma vez a Camilla. Camilla tinha saído, aos 19 anos, do teto protetor de suas tias em Santo André e se mudado em definitivo para S. Paulo, aonde já cultivara algumas amizades, fruto de suas voltinhas pela noite da cidade.

A vida de Camilla passa a se concentrar na nova cidade e o mundo externo, embora mais ameaçador que o “teto protetor” de suas tias, permite-lhe conhecer a novidade de estar

fora de sua zona protetora . E é a partir desse novo mundo que a jovem passa a admitir seu estado de *desviante* e conhecer outros sujeitos *desviantes* que a si se assemelhavam.

Como já tinha algum conhecimento, passou a trabalhar no telefone durante o dia e à noite na porta do hotel GRANTS, celeiro de muitas belezas passadas, presentes e futuras no meio transexual.

Assim como na maioria da população travesti, Camilla vê na prostituição seu “ingresso” em uma posição de autoafirmação. É percebido que muitas travestis encontram seu espaço de construção identitária dentro dos elementos que tangem à prostituição, seja pelo trabalho como profissionais do sexo, seja atuando nas campanhas dos programas de prevenção (CARVALHO; CARRARA, 2011). É nesse momento que Camilla se coloca no ápice de seu entendimento corporal e identitário:

...começou a desejar, já que tinha atingido o ápice de sua transformação, que tivera início aos 16 anos e que podia se sentir à vontade mesmo entre as mais bonitas de sua "espécie", um algo mais em sua vida: um namorado.

Lembramos, a partir de Drummond (2011), que o narcisismo feminino é um resquício da cicatriz edipiana. Ele condiz com a ferida que a mulher, não possuidora do falo, tem em seu corpo, como marca de fábrica da construção de sua subjetividade. A segurança que Camilla ostenta com relação a seu corpo feminino mascarado por sua vaidade estética abre o caminho para que ela deseje o mais além do prazer fálico, aquilo que é a marca do modo de gozar feminino: o prazer simbólico, uma vez que, na vida amorosa das mulheres, “enquanto o objeto de desejo é o parceiro portador do pênis, o objeto de amor encontra-se velado no inconsciente” (POLLO, 2016, p. 183). Prossegue Camilla:

...além de não poder contar com a comodidade de namorar em casa, eu me contentei em dar uns amassos em uns e outros quando de minhas saídas pelas boates da moda – coisa que sempre gostei. Mas ela queria, e muito, um alguém. Chegava a sonhar acordada com isso.

Partindo das teorias formuladas por Lacan sobre o que antecede as fases do Complexo de Édipo, o não existir do ser mulher, a sua falta de significante, faz que ela se encontre em um lugar que não existe, que demanda a busca de um Outro que aja como significante para ela. Ao dizer que “queria, e muito, um alguém”, percebemos que há essa ausência em Camilla, ausência essa que poderia existir desde o seu não reconhecimento como homem ou ter surgido do processo de descoberta do seu gênero. A busca pelo gozo feminino se dá não só pelo significante no Outro, mas também por sua posição de Outro para o ser amado e, portanto, para ela mesma. A ausência desse significante faz que ela seja incompleta, incapaz

de se unificar, e a perda deste a faria incapaz de assegurar o seu gozo, devastando-a e direcionando-a à busca pelo fim do seu sofrimento (ZALCBERG, 2012).

Camilla continua sua carta relatando o encontro com uma colega, também travesti, mais velha que ela, portanto “mais experiente”. A colega passa a desaconselhar o desejo de Camilla de se envolver nas “coisas do amor”:

Os comentários da colega eram assim: Que eu (CAMILLA) deveria me mancar e juntar logo o máximo de dinheiro que conseguisse dos homens, já que quem está na chuva..., que não existe amor para as travestis, a não ser o da família (em poucos casos), que os homens nos viam (as travestis) como privadas humanas, onde descarregavam seus desejos mais “loucos” sem sequer olhar para trás depois. E lançou para Camilla um olhar de ironia por perceber que ela estava interessada nas "COISAS DO AMOR”.

Seria justamente a falta de significante atribuído ao ser *mulher* que, segundo Lacan (1974), não existe e que motivaria a busca pelo significante no parceiro, pois ela usaria o amor como veículo para ocupar o espaço vazio que há pela não existência do falo. Sendo assim, podemos interpretar a busca pelo amor como a busca pelo próprio reconhecimento, tanto no Outro como para si mesma.

Ainda segundo o autor, o gozo feminino não estaria restrito à função fálica, mas se relacionaria também com o gozo do Outro, que por sua vez é dividido por Miller (2003) em o gozo do corpo e o gozo da fala, este último sendo o gozo erotomaniaco, dependente do Outro por portar o significante. Portanto na busca pelo falo, pelo significante no Outro, ao se deparar com a perda do objeto de amor, dar-se-á a vivência da castração pela perda do contato com o falo e, logo, a possibilidade de devastação, como ocorreu com Camilla, possibilidade de devastação essa presente, seja nas relações amorosas ou na vivência materna, aqui assumida e metaforizada pela amiga mais velha e experiente de Camilla, que a julga pela busca por esse amor.

Por outro lado, Pollo (2016) propõe uma retomada dos conceitos fundamentais da teoria psicanalítica de Freud para a concepção dos papéis que a identidade de gênero e a orientação sexual ocupam na formação do sujeito. Convém nos lembrarmos que há uma distinção fundamental no que os teóricos chamam de "caráter sexual do eu", ou seja, a forma pela qual o sujeito se determina dentro da troca fálica e a "escolha de objeto", que orienta o sujeito a uma futura posição hétero ou homossexual, podendo alterná-la. A possibilidade de alternância proposta dentro do padrão de escolha do objeto de desejo constitui a

bissexualidade originária, essencialmente psíquica, que permite à criança o polimorfismo quanto a seu modo de gozar.

Camilla conheceu um rapaz que a levou para seu apartamento, a título de atração pura e simples, vinda de ambas as partes. [...] Surpreendentemente, depois que tudo acabou, ele se mostrou interessado em continuar na casa dela, aonde conversaram até o amanhecer, quando ele saiu para ir trabalhar.

Nesse momento, Camilla encontra-se surpreendida diante de um Outro que parece mais interessado no que ela é, e alimenta sua demanda de perceber-se como objeto de desejo. Lembramos que Lacan posiciona a sexualidade feminina para além da função fálica, de modo que o sujeito feminino venha experimentar um novo gozo, chamado suplementar, formado pelo gozo do corpo e pelo gozo da fala, referido ao significante (SILVA, 2008). O interesse demonstrado pelo rapaz desperta em Camilla a fantasia de ocupar esse lugar de desejo do significante, para além dos encontros sexuais que ela mantinha.

Silva (2008), discorrendo sobre o papel da estrutura feminina na relação amorosa, faz menção à conceitualização de Miller (1988) sobre o fato de a condição do sujeito na relação fálica repercutir também na forma com que cada um dos seres sexuais se impõe a seu parceiro. Assim, se para o homem o objeto de desejo adquire a forma de fetiche, para o feminino, esse objeto assume um caráter erotomaniaco, possibilitando o suporte para o amor ilimitado.

E à noite estava de novo ao lado dela, mas o tom de sua visita já não era mais tão CARNAL. Perguntou a ela de sua infância, de sua família, de como tinha acabado por fazer programas. E ela lhe contou TUDO. Abriu sua alma para ele. E ele tinha sido o primeiro...

É possível perceber, no relato de Camilla, como a presença do Outro falante (que reafirma a sua posição de objeto de desejo) constitui o papel de abertura para a sua demanda afetiva. Zalcberg (2012) comenta que as formas de o homem e a mulher lidarem com a função fálica são distintas, sendo a mulher responsável pela construção de uma forma de gozo situada na linguagem e referenciada num Outro que fala, que lhe fala. Ser o primeiro a demonstrar interesse em ouvir de Camilla sua história fez com que a jovem se considerasse, em seu papel de objeto, provocante do interesse do Outro, fazendo-a “abrir sua alma” para ter de volta, naquele homem, sua antiga posição de fetiche materno.

E ele não se cansava de elogiá-la, de dizer que ela era a pessoa mais linda que ele já tinha visto, enfim, coisas de quem está APAIXONADO!!!

Além da demanda de ser constante objeto de desejo do Outro, o gozo suplementar faz com que a mulher requeira que o amor vivenciado sirva de barreira protetora com relação à sua situação na experiência sexual. O amor sem limites vem abastecer uma demanda de eterno afeto, devido a não subjetivação dos cuidados maternos durante o Complexo de Édipo feminino da pessoa devastada.

É preciso, neste momento, revisitar o conceito de devastação e sua gênese. O termo devastação, em francês *ravage*, é empregado por Lacan pela primeira vez em 1973, retomando o conceito de catástrofe definido anteriormente por Freud, para se referir a formas de ligação estabelecidas entre a mãe e a menina e ao que implicará na subjetividade feminina proveniente desta relação (CAMPANÁRIO, 2010). Trata-se de um fenômeno psíquico, gerado pela responsabilização da mãe pela filha por sua falta fálica e por, supostamente, gozar disso (SILVA, 2008).

A origem do processo de devastação está ligada à impossibilidade da troca fálica e da ressignificação da filha em seu papel de objeto na estrutura de troca, impedindo-a de metaforizar o desejo da mãe. Essa mãe permanece numa posição de Outro real, interpretado como Outro do gozo que convoca o sujeito para uma fusão impossível ou para a perseguição (DRUMMOND, 2011). Esse sujeito devastado poderá escolher futuramente um parceiro que lhe cumpra a função de ser o herdeiro do seu relacionamento materno.

Mas quando, agora, ele ia para o trabalho de manhãzinha, Camilla ficava perdida, encanada, encucada, desajeitada, encurralada, pois um problema começava a se insinuar, lentamente, como uma serpente, como uma nuvem, como uma árvore da maldição: se eles tivessem que sair juntos, como seria???? Se ele tivesse que apresentá-la aos amigos, como seria?? À família... E se alguém percebesse, em pleno shopping, que ela não era exatamente uma mulher, como seria??? E se ELA tivesse de apresentá-lo à suas tias, seria assim tão normal???

Nas questões postas por Camilla está formulado o paradigma da inconveniência social de seu relacionamento e a percepção do aspecto desviante deste, como fator limitante para alcançar sua realização. Em um meio social binário, heteronormativo e opressor aos desviantes, Camilla encontra-se impossibilitada de manter seu relacionamento amoroso – preço que paga por não ocupar o papel de mulher com “exatidão”.

Lembremos, porém, que os conceitos masculino e feminino são puramente construções hipotéticas, distantes da realidade empírica e que a atração sexual conjuga no campo do inconsciente através dos devaneios, desejos e pulsões decorrentes da sexualidade do

indivíduo (POLLO, 2016). Desse modo, o caráter sexual, mesmo condicionado às regras morais e fazendo-se valer dentro da dinâmica social, é primordialmente concebido a partir da predominância, quer seja da identificação masculina (tendo o falo), quer seja da identificação feminina (sendo o falo). Assim, a divisão homem/mulher, segundo Lacan, nada tem a ver com o sexo genético, mas manifesta-se como duas formas diferentes de o sujeito se enquadrar na descoberta de sua própria forma de gozar (POLLO, 2016).

É de relevante consideração perceber que a própria Camilla, imersa no seu próprio significante, adota para si um sobrenome que lhe define na posição de castrada dentro do sistema sexual: Camilla de Castro. O verbo castrar conjugado em primeira pessoa após seu nome remete à alusão de que ela, mesmo que tivera nascido com o porte do órgão fático, pertence à semântica da que passou pela castração. A castração homônima do sobrenome de Camilla diz respeito, portanto, ao papel que ela mesma se identifica dentro do seu gozo.

A percepção de Camilla de sua restrição a viver a fantasia das “coisas do amor”, semeia em sua mente a semente do fruto proibido. A serpente que agora a espreita é sua própria frustração de nunca poder conter em si a essência feminina completa, que lhe permitiria partilhar seu Éden particular e ser desejada pelo Outro, esse Outro que agora lhe aparece como objeto provocador de mal estar:

Essas eram as dúvidas que atormentavam a cabeça de Camilla e lhe tiravam o prazer de revê-lo durante a noite.

Diante da impossibilidade de colocar-se como objeto do desejo do outro e manter-se nessa posição, Camilla vê sua posição de objeto desejado renegada. Tiramos então a compreensão de que um homem, como significante, pode se inscrever como devastação para uma mulher, a partir do que se revela para ela como engano do amor. No caso de Camilla, esse engano dá-se pela proibição da manutenção do vínculo afetivo dentro de um contexto social que categoriza e dimensiona as formas de amar.

E de repente eles eram Adão e Eva, em versão anos 2000, expulsos de seu paraíso particular. Pois se ela era obrigada a namorar escondido dentro de casa, com um homem que se ajoelhava a seus pés e lhe fazia juras de amor eterno, mas que não tinha coragem de ir com ela até a padaria da esquina, ele também deveria estar se amaldiçoando, com o coração dividido entre a razão e o coração.

A imposição a sair do local de objeto de desejo coloca o sujeito devastado a admitir-se no papel de dejetos, ao seu rebaixamento ao espaço de resto. Àquele que não é visto no desejo

do Outro, cabe a dissolução de sua própria identidade e o desconcerto no que tange a seu próprio lugar de sujeito demandante de desejo. Dessa relação de devastação surgem os primeiros sintomas, que farão emergir o colapso clínico do indivíduo.

A cisão marcada pela devastação traz consigo a reverberação de sintomas como melancolia, angústia, desbussolamento, despersonalização, perda de si mesmo e fragmentação, uma vez que o gozo feminino constitui um ponto de evanescimento profundo (SILVA, 2008). Dessa maneira, já que a estrutura geradora do processo de devastação encontra-se além do princípio do prazer, atingindo o cerne estrutural da sexualidade, as manifestações que dela proveem atingirão o corpo do sujeito de maneira muito mais profunda e não localizada (SILVA, 2008). Caso a mulher permaneça fixada no modelo de gozo ilimitado, que não permite ao sujeito fixar-se ao seu corpo, o contato com o nada e a identificação com o resto a levarão à perda do controle.

Enfim, nesses quase 3 meses em que Camilla suportou ter de ver sua beleza toda relegada à um plano de sonho, visto que era impossível conciliar o preço de sua origem sexual a uma vida de dia a dia, e se ele já não aguentava mais a certeza de não ser corajoso o suficiente para pegar seu sonho pelas mãos e arrastá-lo consigo para a luz do dia, ela preferiu mandá-lo embora.

A perda do amor equivale para a mulher à recordação de sua posição de castrada (SILVA, 2008). Como visto, Camilla percebe que a impossibilidade de seu amor muito mais é provocada por sua inadequação social que pelo Outro propriamente, fazendo-lhe considerar que a este Outro também lhe seria dada a impossibilidade de manter-se amando Camilla. A devastação vivida pelo feminino, então, tende a percorrer um caminho com três níveis: a dificuldade de manter um semblante de existência, a impossibilidade de assegurar seu gozo, que lhe aproxima da pulsão de morte, e o impedimento de encontrar vias de tornar-se Outra para ela mesma (ZALDERC, 2012).

A CAMILLA DEUSA. A CAMILLA ALICE. A CAMILLA desenganada com a vida, que aprendeu de um modo cru que deve ser "AMADA E ADORADA" em segredo. No escuro da rua... No quarto do hotel barato... Que seu lugar é no reino do FAZ DE CONTA, aonde deve-se estar sempre alegre!!! SEMPRE RIR!!!

Tanto o amor como a devastação encontram seu refúgio no registro do sem limite, numa relação estreita contida na falta de significante do Outro (SILVA, 2008). Numa fantasia simbólica, Camilla contesta seu espaço de Deusa – quiçá uma releitura moderna de Hermafrodito, deus grego filho de Hermes e Afrodite, que tem seu corpo fundido ao da ninfa Salmacis numa nova forma intersexual, tanto macho como fêmea, e seu espaço Alice, perdida

e mutável, em busca do conhecimento sobre si num país onde nada parece compreendê-la. Se em seu corpo físico carrega o resquício anatômico que a enclausura na dicotomia sexual, em seu âmago abriga o paradoxo de ao mesmo tempo ser Deusa, ou seja, amada e adorada entre quatro paredes, mas ter seu gozo restrito no campo da fantasia, para além do espelho, fora da possibilidade de se tornar real.

E, muito embora construísse diante de si as exigências externas para se tornar objeto do desejo, ostentando em sua cicatriz fálica os atributos de ser considerada “entre as mais bonitas de sua ‘espécie’”, como relata em sua carta, seu mais intrínseco desejo de ser permanentemente desejada pelo outro, nunca poderia ser suprido e a ela caberia apenas o eterno papel de dejetado.

Que eu já não era mais dona de meu nariz, da minha VIDA. Mesmo com toda a minha beleza. Mesmo com toda a educação que tive, minhas tias, o escambau. E decidi virar poeira... Fazer o que “vim para fazer”...

O fim do amor de Camilla, concomitante à descoberta de sua impossibilidade de ser amada, parece provocar a irrupção da desfalicização de seu corpo, uma aproximação ao autodesaparecimento, ao sentido de ser apenas pó, mediada pela linguagem e pelo simbólico que lhe toca (DRUMMOND, 2011). As consequências disso para o sujeito devastado atingem a despersonalização, a desorientação, a angústia e a própria depressão, pela busca em correlacionar o desejo e o gozo, sem margem para falhas ou restos (ZALDERC, 2012). Seja como Alice, em contínua busca pelo coelho branco do amor desmedido, ou como a deusa com “um olhar de MEDUSA que congelava até quem a elogiava”, reivindicando, na escolha de nada ceder, uma solidão que não engana, Camilla agora encontra-se disforme, incerta, reduzida ao nada de sua subjetivação.

Quem é certo? Quem está errado? Quem aqui está se escondendo DO QUÊ, e PORQUÊ? ALEX! Conte essa história sem medo de ser vista como a CINDERELA DE 2004, mas com a certeza de que terá algum proveito. Precisava exorcizar esse demônio.

Camilla, muito certamente, não poderia supor ao finalizar sua carta que esta abriria espaço para a discussão sobre os aspectos que envolvem o processo de devastação do sujeito feminino a partir do discurso de uma mulher trans. Era uma vez a Camilla. Ela, que reinventara-se e que em sua situação percebeu-se Cinderela, com a fantasia de tornar-se outra para sempre. Porém, à meia-noite da percepção da realidade, realidade esta preconceituosa,

discriminatória e transfóbica, viu todo o seu sonho tornar-se mero faz de conta, distante e impossível de acontecer.

A representatividade coletiva, sublimada neste ensaio ao caso específico de Camilla de Castro, testemunha em favor das centenas de vítimas de agressões físicas e psicológicas que alimentam os dados dolorosos de suicídios, homicídios e adoecimento dessa população. O movimento e luta dos direitos das pessoas trans cada vez mais ganham visibilidade, acadêmica e social, e exigem, com essa representação, uma nova forma de enxergar a transgeneridade, respeitando e devolvendo a esses indivíduos o seu lugar de direito dentro do conjunto social. Atravessam esse contexto diversos saberes e várias formas de construção do conhecimento: desde a medicina, as ciências humanas, os estudos sociais e, principalmente, as ideias formuladas pelos movimentos de lutas de direitos humanos em torno da causa trans. Só a partir dessa transversalidade de entendimento é possível imaginar a construção de uma sociedade que permita as diversas expressões de subjetividade do ser humano.

## **CAPÍTULO 6**

### **6. À GUISA DE COMENTÁRIO FINAL, CAMILLA SE ETERNIZA**

Percebemos uma articulação gradativa entre diferentes grupos de pessoas no movimento LGBT, com objetivos semelhantes. Os transgêneros especificamente ganharam maior visibilidade na década de 90 com sua entrada com o fortalecimento dos movimentos de identidade de gênero e sua participação ativa na luta por dignidade e inclusão social. Infelizmente, ainda vivemos em uma sociedade que apresenta uma base heteronormativa e um sistema opressor. Isto traz repercussões decisivas, especialmente para a população transgênera, principalmente no que diz respeito à qualidade de vida e de saúde dessas pessoas.

Não apenas a situação de vulnerabilidade dessa população produz os graves índices de adoecimento das pessoas trans, mas alia-se a isso o despreparo dos profissionais de saúde para atender às demandas dessa população – não só em relação aos problemas específicos de saúde

que afligem os transgêneros, como na falta de conhecimento em como lidar com as chamadas disforias de gênero. É frequente que, no lugar de auxiliar o paciente na sua busca pela harmonização entre corpo e gênero, os profissionais tentem fazer diagnósticos de distúrbios de comportamento, trazendo estigmatização e grande sofrimento a esses indivíduos. Nesse aspecto, é necessário que haja uma melhor capacitação dos profissionais de saúde nessa área para que estes possam suprir as demandas dessas pessoas que muitas vezes procuram no auxílio médico meios e respostas para questões tão complexas.

Além de uma melhor qualificação profissional, faz-se necessária também uma mudança na visão da transgeneridade dentro da própria medicina. Nesse aspecto percebemos uma crescente evolução na forma de dar diagnóstico e de abordar as variações de gênero, com constante progresso em tratamentos cirúrgicos, hormonais e psicossociais. As novas políticas públicas voltadas a esta população anunciam um direcionamento a um acolhimento mais inclusivo e humano, tentando compreender as particularidades das múltiplas formas de entender questões de gênero e a diversidade social imersa no universo trans.

A população transgênera mostra-se mais susceptível a problemas psíquicos, à depressão e ao uso de substâncias químicas e o conjunto desses fatores de risco aumentam as taxas de ideação suicida e tentativa de suicídio por essas pessoas. Ainda são cotidianos os casos de preconceito e agressão àqueles que fogem ao binarismo homem/mulher. Por tal razão, é de fundamental importância que as lutas pelos direitos e por leis que protejam a integridade social de transgêneros, além de outras categorias, continuem crescendo e ganhando cada vez mais espaço social e político.

Camilla, com seu testemunho, abriu-nos os caminhos para tentar compreender também nossa parcela de responsabilidade social no adoecimento coletivo e nos casos de suicídio noticiados cotidianamente. Sua condição devastada nada mais é que um reflexo de uma sociedade que impossibilita sujeitos e reprime as expressões de sua essência. Camilla representa não apenas um caso, não somente uma estatística: sua voz proclama um novo tempo e uma nova forma de como o conjunto social precisa entender a diversidade particular do amar e de se autoconhecer.

Infelizmente, ainda participamos de uma sociedade que discrimina, humilha, rejeita, mata e faz suicidar-se pessoas por questões relativas a gênero e sexualidade. E, por mais que as ideias conservadoras avancem e questionem direitos básicos já conquistados, não podemos

temer. Dar espaço para que estes assuntos sejam discutidos e ganhem visibilidade é fundamental para a construção de novas formas de cuidar e garantir direitos, mirando alcançar um mundo mais justo, humano e inclusivo. Por enquanto, doze anos após o desfecho da história de Camilla de Castro, suas palavras ainda ressoam e expectam a construção dessa nova sociedade. Assim como a jovem, no final de sua carta, espera que aquele relato “seja usado para o bem”, aguardamos que as provocações suscitadas neste trabalho promovam novas inquietações, outras discussões e uma singular maneira de repensar a transgeneridade.

## 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AMARAL, Daniela Murta. **A PSIQUIATRIZAÇÃO DA TRANSEXUALIDADE: ANÁLISE DOS EFEITOS DO DIAGNÓSTICO DE TRANSTORNO DE IDENTIDADE DE GÊNERO NAS PRÁTICAS DE SAÚDE. 2007.** 129 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Saúde Coletiva, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <<https://drive.google.com/file/d/0Bz5YXXT3imROUkZDNjgzbVdpTXc/view>>. Acesso em: 15 ago. 2017.
2. ARÁN, Márcia. A transexualidade e a gramática normativa do sistema sexo-gênero. **Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica**, [s.l.], v. 9, n. 1, p.49-63, jun. 2006. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1516-14982006000100004>. Disponível em: <<https://drive.google.com/file/d/0Bz5YXXT3imROQzdZOUhiS0pXV0E/view>>. Acesso em: 17 ago. 2017.
3. ARÁN, Márcia; MURTA, Daniela. Do diagnóstico de transtorno de identidade de gênero às redefinições da experiência da transexualidade: uma reflexão sobre gênero, tecnologia e saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 19, p.15-41, 2009. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/0Bz5YXXT3imROSjlk3UxbEJfOUk/view>. Acesso em: 18 ago. 2017.
4. AUSTIN, Ashley; CRAIG, Shelley. Transgender Affirmative Cognitive Behavioral Therapy: Clinical Considerations and Applications. **Professional Psychology: Research and Practice**, [S. l.], v. 46, n. 1, p. 21–29, 2015.
5. BARATA, Germana Fernandes. **A primeira década da AIDS no Brasil: o Fantástico apresenta a doença ao público (1983 a 1992).** 2005. 196 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Departamento de História, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8138/tde-07072006-124258/pt-br.php>>. Acesso em: 12 ago. 2017.

6. BARBOSA, Bruno Rafael Silva Nogueira; SILVA, Laionel Vieira da. MORTE E EXCLUSÃO: CRIMES CONTRA A MULHER. **Gênero & Direito**, João Pessoa, n. 1, p.114-136, 2015. Disponível em: <<https://drive.google.com/file/d/0Bz5YXXT3imROa3ZORHBqUnNtSmc/view>>. Acesso em: 12 ago. 2017.
7. BAUER, Greta R.; et al. Intervenable factors associated with suicide risk in transgender persons: a respondent driven sampling study in Ontario, Canada. **BMC Public Health**, [S. l.], vol. 525, n.15, 2015.
8. BECKER, Howard S. **Outsiders: estudos de sociologia do desvio**. 1. ed. Rio de Janeiro: J. Zahar, 2008. 231p.
9. BENTO, Berenice. **O que é transexualidade?** São Paulo: Brasiliense, 2008.
10. BIRD, Jason; KUHNS, Lisa; GAROFALO, Robert. The Impact of Role Models on Health Outcomes for Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender. **Youth Journal of Adolescent Health**, [S. l.], v. 50, p. 353–357, 2012.
11. BLOSNICH, John R.; et al. Prevalence of Gender Identity Disorder and Suicide Risk Among Transgender Veterans Utilizing Veterans Health Administration Care. **American Journal of Public Health**, [S. l.], v. 103, n. 10, p. 27-32, oct. 2013.
12. BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. SECRETARIA ESPECIAL DE DIREITOS HUMANOS. 2008. **Anais da Conferência Nacional de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais – GLBT. Direitos Humanos e políticas públicas: o caminho para garantir a cidadania de GLBT**. Brasília: SEDH-Presidência da República.
13. CAMPANÁRIO, Isabela Santoro. Questões sobre a psicopatologia do amor cotidiano. **Periódico Eletrônico em Psicologia**, Online, n. 33, p.55-60, 2010. Disponível em: <<https://drive.google.com/file/d/0Bz5YXXT3imRORTk3NWhTNVNITnc/view>>. Acesso em: 18 ago. 2017.
14. CARVALHO, Mario; CARRARA, Sérgio. Em direito a um futuro trans?: contribuição para a história do movimento de travestis e transexuais no Brasil. **Sexualidad, Salud y Sociedad (rio de Janeiro)**, [s.l.], n. 14, p.319-351, ago. 2013. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1984-64872013000200015>.
15. CARVALHO, Mario Felipe de Lima. A (im)possível pureza: medicalização e militância na experiência de travestis e transexuais. **Sexualidad, Salud y Sociedad**, Rio de Janeiro, n. 8, p.36-62, ago. 2011. Disponível em: <<https://drive.google.com/file/d/0Bz5YXXT3imROOU2T0Z6dnQ0MTg/view>>. Acesso em: 17 ago. 2017.
16. CARVALHO, Mario Felipe de Lima. Nossos corpos também mudam: a invenção das categorias. **Sexualidad, Salud y Sociedad (rio de Janeiro)**, [s.l.], n. 12, p.258-263, dez. 2012. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1984->

64872012000600011. Disponível em:  
<<https://drive.google.com/file/d/0Bz5YXXT3imROaGZ4NmsxcTRJSTg/view>>.  
Acesso em: 12 ago. 2017.
17. CARVALHO, Mario Felipe de Lima. **Que mulher é essa?:** Identidade, política e saúde no movimento de travestis e transexuais. 2011. 149 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Saúde Coletiva, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.
18. CAVALCANTE, Fátima Gonçalves et al. Autópsia psicológica e psicossocial sobre suicídio de idosos: abordagem metodológica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, p.2039-2052, 2012. Disponível em:  
<<https://drive.google.com/file/d/0Bz5YXXT3imROSWVEaFJ6VEhBd2s/view>>.  
Acesso em: 04 ago. 2017.
19. CONFERÊNCIA NACIONAL DE GAYS, LÉSBICAS, BISSEXUAIS, TRAVESTIS E TRANSEXUAIS – GLBT, 1., 2008, Brasília. **DIREITOS HUMANOS E POLÍTICAS PÚBLICAS: o caminho para garantir a cidadania GLBT**. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2008. 290 p. Disponível em:  
<<https://drive.google.com/file/d/0Bz5YXXT3imROR0tmODRDTTJHTzA/view>>.  
Acesso em: 15 ago. 2017.
20. CYRINO, Rafaela. A PRODUÇÃO DISCURSIVA E NORMATIVA EM TORNO DO TRANSEXUALISMO: DO VERDADEIRO SEXO AO VERDADEIRO GÊNERO. **Crítica e Sociedade: revista de cultura política**, Uberlândia, v. 1, n. 3, p.92-108, ago. 2013. Disponível em:  
<<http://www.seer.ufu.br/index.php/criticassociedade/article/viewFile/19727/12922>>.  
Acesso em: 04 ago. 2017.
21. DRUMMOND, Cristina. Devastação. **Opção Lacaniana**, Online, n. 6, p.1-14, nov. 2011. Disponível em:  
<<https://drive.google.com/file/d/0Bz5YXXT3imROemY2Q1Q1dVBZWkk/view>>.  
Acesso em: 18 ago. 2017.
22. DURKHEIM, Emile. **O suicídio**. Lisboa: Presença, 2003.
23. FACCHINI, Regina. **Histórico da luta de LGBT no Brasil**. 2011. 91 f. Tese (Doutorado) - Curso de Ciências Sociais, Conselho Regional de Psicologia, São Paulo, 2011. Disponível em:  
<[http://www.crpasp.org.br/portal/comunicacao/cadernos\\_tematicos/11/frames/fr\\_historico.aspx](http://www.crpasp.org.br/portal/comunicacao/cadernos_tematicos/11/frames/fr_historico.aspx)>. Acesso em: 11 ago. 2017.
24. FACCHINI, Regina; FRANÇA, Isadora Lins. De cores e matizes: sujeitos, conexões e desafios no Movimento lgbt brasileiro. **Sexualidad, Salud y Sociedad**, Rio de Janeiro, n. 3, p.54-81, 2009. Disponível em:  
<<https://drive.google.com/file/d/0Bz5YXXT3imROOS1xTENsM3RISnM/view>>.  
Acesso em: 17 ago. 2017.
25. FOUCAULT, Michel. O verdadeiro sexo. In: \_\_\_\_\_ Ditos e escritos V. **Ética, sexualidade e política**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004.

26. GADAMER, Hans-Georg. **Hermenêutica em retrospectiva**. Petrópolis, RJ : 2009.
27. GOLDBLUM, Peter; et al. The Relationship Between Gender-Based Victimization and Suicide Attempts in Transgender People. *Professional Psychology: Research and Practice*, [S. l.], v. 43, n. 5, p. 468–475, 2012.
28. GRANT, Jaime M.; et al. Injustice at Every Turn: A Report of the National Transgender Discrimination Survey. Washington: **National Center for Transgender Equality and National Gay and Lesbian Task Force**, 2011. 220 p.
29. HATZENBUEHLER, Mark L.; et al. Protective School Climates and Reduced Risk for Suicide Ideation in Sexual Minority Youths. *American Journal of Public Health*, [S. l.], v. 104, n. 2, p. 279-286, feb. 2014.
30. HAUSMAN, Bernice. **Changing Sex: Transsexualism, thechnology and the Idea of Gender**. Durham: Duke University Press, 1995.
31. JESUS, Jaqueline Gomes de. **ORIENTAÇÕES SOBRE IDENTIDADE DE GÊNERO: CONCEITOS E TERMOS**. Brasília: Online, 2012. 24 p. Disponível em: <<https://drive.google.com/file/d/0Bz5YXXT3imROc0FjQzAtWU40OXc/view>>. Acesso em: 19 ago. 2017.
32. JESUS, Jaqueline Gomes de. Transfobia e crimes de ódio: Assassinatos de pessoas transgênero como genocídio. **História Agora**, Online, v. 2, n. 16, p.101-123, 2013. Disponível em: <<https://drive.google.com/file/d/0Bz5YXXT3imROcnVBejdzckRGNUE/view>>. Acesso em: 18 ago. 2017.
33. JOHNSON, Michael J.; AMELLA, Elaine J. Isolation of lesbian, gay, bisexual and transgender youth: a dimensional concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, [S. l.], v. 70, n. 3, p. 523–532, 2014.
34. LEITE JUNIOR, Jorge. “**NOSSOS CORPOS TAMBÉM MUDAM**”: SEXO, GÊNERO E A INVENÇÃO DAS CATEGORIAS “TRAVESTI” E “TRANSEXUAL” NO DISCURSO CIENTÍFICO. 2008. 230 f. Tese (Doutorado) - Curso de Ciências Sociais, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2008. Disponível em: <<https://drive.google.com/file/d/0Bz5YXXT3imROVjhqWWZNcWVDVEE/view>>. Acesso em: 18 ago. 2017.
35. LIM, Fidelindo A.; BROWN JR, Donald V.; KIM, Sung Min Justin. Addressing Health Care Disparities in the Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Population: A Review of Best Practices. *AJN*, [S. l.], v. 114, n. 6, p. 24-34, jun. 2014.
36. LINO, Tayane Rogeria et al. O MOVIMENTO DE TRAVESTIS E TRANSEXUAIS: CONSTRUINDO O PASSADO E TECENDO PRESENTES. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL ENLAÇANDO SEXUALIDADES, 2., 2011, Salvador. **Anais III Seminário Enlaçando Sexualidades (2013)**. Salvador: Uneb, 2011. p. 01 - 11. Disponível em: <<https://nugsexdiadorim.files.wordpress.com/2011/12/o-movimento->

- [de-travestis-e-transexuais-construindo-o-passado-e-tecendo-presentes.pdf](#)>. Acesso em: 11 ago. 2017.
37. LIU, Richard T.; MUSTANSKI, Brian. Suicidal Ideation and Self-Harm in Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Youth. *American Journal of Preventive Medicine*, [S. l.] v. 42, n. 3, p. 221–228, 2012.
  38. LOURO, Guacira Lopes. **GÊNERO, SEXUALIDADE E EDUCAÇÃO**. 6. ed. Petrópolis: Vozes, 1997. Disponível em: <<https://drive.google.com/file/d/0Bz5YXXT3imRONTRoY1VZUHVja00/view>>. Acesso em: 18 ago. 2017.
  39. LUCON, Neto. **Trágico fim de Camilla de Castro, travesti que fez sucesso na TV, completa 11 anos**. 2016. Disponível em: <<http://www.nlucon.com/2016/07/tragico-fim-de-camilla-de-castro.html>>. Acesso em: 05 ago. 2017.
  40. MATARAZZO, Bridget B.; et al. Suicide Risk among Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Military Personnel and Veterans: What Does the Literature Tell Us?. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, [S. l.], v. 44, n. 2, p. 200-217, apr. 2014.
  41. MEYEROWITZ, Joanne. A History of “Gender”. *The American Historical Review*, Oxford, v. 5, n. 113, p.1346-1356, 14 mar. 2014. Disponível em: <[https://docentes.fd.unl.pt/docentes\\_docs/ma/acs\\_MA\\_21427.pdf](https://docentes.fd.unl.pt/docentes_docs/ma/acs_MA_21427.pdf)>. Acesso em: 03 ago. 2017.
  42. MIRANDA, Tatiane Gouveia de. **Autópsia psicológica: compreendendo casos de suicídio e o impacto da perda**. 2014. 159 f. Tese (Doutorado) - Curso de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília, 2014. Disponível em: <<https://drive.google.com/file/d/0Bz5YXXT3imROSkdiMUV6Y0xHTm8/view>>. Acesso em: 15 ago. 2017.
  43. MOODY, Chérie; SMITH, Nathan Grant. Suicide Protective Factors Among Trans Adults. *Arch Sex Behav*; [S. l.] vol. 42, p. 739–752, 2013.
  44. MOREIRA, João Vítor de Freitas; VALENTE, Mário José Bani. Reconhecimento, Direito e Desigualdade Social. **Alethes: Periódico científico dos graduandos em Direito**, Juiz de Fora, v. 5, n. 9, p.205-220, jul. 2015. Disponível em: <<https://drive.google.com/file/d/0Bz5YXXT3imROd0NVY01RbnZNRnc/view>>. Acesso em: 17 ago. 2017.
  45. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Redefine e amplia o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS). **Portaria 2803**. Brasília, DF, 20 nov. 2013. Disponível em: <<https://drive.google.com/file/d/0Bz5YXXT3imROMTVyV2dmTV84Y00/view>>. Acesso em: 10 ago. 2017.
  46. NUTTBROCK, Larry; et al. Gender Abuse and Major Depression Among Transgender Women: A Prospective Study of Vulnerability and Resilience. *American Journal of Public Health*, [S. l.], v. 104, n. 11, p. 2191-2198, nov. 2014.

47. OLSON, Johanna; et al. Baseline Physiologic and Psychosocial Characteristics of Transgender Youth Seeking Care for Gender Dysphoria. *Journal of Adolescent Health*, [S. l.], v. 57, p. 374-380, 2015.
48. PEREZ-BRUMER, Amaya; et al. Individual and Structural Level Risk Factors for Suicide Attempts among Transgender Adults. *Behav Med*, [S. l.], v. 41, n. 3, p. 164-171, 2015.
49. POLLO, Vera. Transexualidade e transgêneros: O gozo sexual da falante. *Styllus*, Rio de Janeiro, p.177-189, nov. 2016.
50. POTEAT, Tonia; GERMAN, Danielle; KERRIGAN, Deanna. Managing uncertainty: A grounded theory of stigma in transgender health care encounters. *Social Science & Medicine*, [S. l.] v. 84, p. 22-29, 2013.
51. REIS, Izis Morais Lopes dos. Uma arena de negociações e conflitos: análise das instituições estatais sobre a política de saúde para pessoas trans\* no Brasil. *Interseções*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p.48-71, jun. 2013. Disponível em: <<https://drive.google.com/file/d/0Bz5YXXT3imROeXctdzRpM0Q1U3M/view>>. Acesso em: 18 ago. 2017.
52. SAMPAIO, Arthur Fernandes. **OS NÓS SOBRE NÓS**: Representações Sociais de Travestis, Transexuais e Transgêneros na Câmara dos Deputados Federais. 2016. 39 f. TCC (Graduação) - Curso de Psicologia, Universidade Federal de Campina Grande, Campina Grande, 2016. Disponível em: <<https://drive.google.com/file/d/0Bz5YXXT3imROazFNZDJnWHE5ZUU/view>>. Acesso em: 15 ago. 2017.
53. SILVA, Aline Miranda da. A devastação e o feminino. **Periódico Eletrônico em Psicologia**, São Paulo, v. 12, n. 22, p.1-5, jun. 2008. Disponível em: <<https://drive.google.com/file/d/0Bz5YXXT3imRONnpsMUZKMUhQdFU/view>>. Acesso em: 17 ago. 2017.
54. SILVA, Glauber Weder dos Santos. **EXISTÊNCIAS DISSIDENTES E APAGAMENTOS**: fatores associados à Ideação Suicida em Pessoas Transgênero. 2016. 97 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2016. Disponível em: <<https://drive.google.com/file/d/0Bz5YXXT3imRORUxmWnpWWG1qUGM/view>>. Acesso em: 18 ago. 2017.
55. SILVA, Glauber Weder dos Santos et al. Situações de violência contra travestis e transexuais em um município do nordeste brasileiro. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [s.l.], v. 37, n. 2, p.1-7, 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.02.56407>. Disponível em: <<https://drive.google.com/file/d/0Bz5YXXT3imRONVZ6cV9UbjhTQnM/view>>. Acesso em: 17 ago. 2017.
56. SILVA, Larissa Maués Pelúcio. **Nos Nervos, na Carne, na Pele**: uma etnografia sobre prostituição travesti e o modelo preventivo de aids. 2007. 313 f. Tese (Doutorado) - Curso de Ciências Sociais, Universidade Federal de São Carlos, São

- Carlos, 2007. Disponível em: <<https://drive.google.com/file/d/0Bz5YXXT3imROeTJHcmZEYm9GV00/view>>. Acesso em: 11 ago. 2017.
57. SKERRETT, Delaney Michael; KÖLVES, Kairi; LEO, Diego de. Suicides among lesbian, gay, bisexual, and transgender populations in Australia: An analysis of the Queensland Suicide Register. **Asia-pacific Psychiatry**, [s.l.], p.1-7, abr. 2014. Wiley-Blackwell. <http://dx.doi.org/10.1111/appy.12128>. Disponível em: <<https://drive.google.com/file/d/0Bz5YXXT3imROX3VVYmVZTVQ2aU/view>>. Acesso em: 12 ago. 2017.
58. SOUSA, Patricia Juliana de; FERREIRA, Luiz Oscar Cardoso; SÁ, Janilson Barros de. Estudo descritivo da homofobia e vulnerabilidade ao HIV/Aids das travestis da Região Metropolitana do Recife, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 18, n. 8, p.2239- 2251, ago. 2013. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232013000800008>. Disponível em: <<https://drive.google.com/file/d/0Bz5YXXT3imROZDhmalY1Mm9zS2c/view>>. Acesso em: 12 ago. 2017.
59. SOUZA, Danuza Effegem de. **A DEVASTAÇÃO E SUA RELAÇÃO COM O IRREPRESENTÁVEL NO CORPO FEMININO: ALGUMAS CONSIDERAÇÕES NO LAÇO PSICANÁLISE E LITERATURA**. 2016. 114 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Psicologia, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2016.
60. SOUZA, Martha Helena Teixeira de et al. Violência e sofrimento social no itinerário de travestis de Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 31, n. 4, p.767-776, abr. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00077514>. Disponível em: <<https://drive.google.com/file/d/0Bz5YXXT3imROOGR5N1R0QUhIbjQ/view>>. Acesso em: 03 ago. 2017.
61. SPIZZIRRI, Giancarlo; PEREIRA, Carla Maria de Abreu; ABDO, Carmita Helena Najjar. O termo gênero e suas contextualizações. **Diagnóstico & Tratamento**, São Paulo, v. 2, n. 19, p.42-44, abr. 2014. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1413-9979/2014/v19n1/a3969.pdf>>. Acesso em: 04 ago. 2017.
62. **SUICIDE ATTEMPTS AMONG TRANSGENDER AND GENDER NON-CONFORMING ADULTS: FINDINGS OF THE NATIONAL TRANSGENDER DISCRIMINATION SURVEY**. Los Angeles: The Williams Institute, jan. 2014. Disponível em: <<https://drive.google.com/file/d/0Bz5YXXT3imROUzF4V3RiaHIQbKE/view>>. Acesso em: 12 ago. 2017.
63. TESTA, Rylan J.; et. al. Effects of Violence on Transgender People. **Professional Psychology: Research and Practice**, [S. l.], v. 43, n. 5, p. 452–459, 2012.
64. TESTA, Rylan J. et al. Suicidal Ideation in Transgender People: Gender Minority Stress and Interpersonal Theory Factors. **Journal Of Abnormal**

- Psychology**. Washington, p. 125-136. 10 nov. 2016. Disponível em: <<https://drive.google.com/file/d/0Bz5YXXT3imROVHZjX2MtTTZBaUk/view>>. Acesso em: 03 ago. 2017.
65. **TRAVESTI que participava de quadro na TV morre após cair de prédio**. *Folha de São Paulo*, São Paulo, jul. 2005. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/folha/cotidiano/ult95u111418.shtml>. Acesso em 23 de março de 2017.
66. WERLANG, Blanca Susana Guevara. Autópsia Psicológica, importante estratégia de avaliação retrospectiva. **Ciência & Saude Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, p.1955-1962, 2012. Disponível em: <<https://drive.google.com/file/d/0Bz5YXXT3imROSkZ2MWJPMzFjLWc/view>>. Acesso em: 03 ago. 2017.
67. ZALCBERG, Malvine. A devastação: uma singularidade feminina. **Tempo Psicanalítico**, Online, v. 2, n. 44, p.469-475, abr. 2013. Disponível em: <<https://drive.google.com/file/d/0Bz5YXXT3imROZ0YyejJmQ1gtRTA/view>>. Acesso em: 18 ago. 2017.

## 8. ANEXOS

### 8.1 ANEXO 1

Camilla de Castro - 05/03/2005

Alex Jungle! O que vou expor agora é algo íntimo e pessoal, uma lembrança toda minha, mas que acredito poder trazer mais luz para este espaço(ou não)???

Era uma vez a Camilla.

Camilla tinha saído, aos 19 anos, do teto protetor de suas tias em Santo André e se mudado em definitivo para S.Paulo, aonde já cultivara algumas amizades, fruto de suas voltinhas pela noite da cidade.(mas os motivos pelos quais deixei a casa de minhas tias e os primórdios de minha carreira na prostituição são coisas que contarei em outra ocasião).

Camilla teve a sorte de ter o primeiro mês de flat aonde veio a morar pagos por sua tia. Como já tinha algum conhecimento, passou a trabalhar no telefone durante o dia e à noite na porta do hotel GRANTS, celeiro de muitas belezas passadas, presentes e futuras no meio transexual.

E Camilla, que apesar de sentir pela primeira vez a delícia da liberdade de morar sozinha, e de poder contar com o apoio de algumas amigas, começou a desejar, já que tinha atingido o ápice de sua transformação, que tivera início aos 16 anos e que podia se sentir à vontade mesmo entre as mais bonitas de sua "espécie", um algo mais em sua vida: um namorado.

Dos 16 aos 19 anos, além de não poder contar com a comodidade de namorar em casa, eu me contentei em dar uns amassos em uns e outros quando de minhas saídas pelas boates da moda -coisa que sempre gostei. Mas ela queria, e muito, um alguém. Chegava a sonhar acordada com isso.

Camilla conheceu, então, na porta do hotel uma linda travesti (que não vou dizer quem é) e as duas desenvolveram uma bela amizade. A colega acabara de voltar da Europa, para onde já fora diversas vezes, sempre vitoriosa. Ela e Camilla conversavam sobre os mais diversos

assuntos: música, família, trabalho ,etc. Quando, porém, questionada sobre namoros por Camilla, a colega sempre soltava escrachos para ela.

Mas a colega era mais velha, e portanto mais experiente .

Os comentários da colega eram assim: Que eu (CAMILLA) deveria me mancar e juntar logo o máximo de dinheiro que conseguisse dos homens, já que quem está na chuva..., que não existe amor para as travestis, a não ser o da família (em poucos casos), que os homens nos viam (as travestis) como privadas humanas, onde descarregavam seus desejos mais "loucos" sem sequer olhar para trás depois. E lançou para Camilla um olhar de ironia por perceber que ela estava interessada nas "COISAS DO AMOR".

Camilla, jovem e inexperiente que era e que nunca havia tido problemas para arranjar namoradinhos (ainda que fossem de uma noite só) e que já esquecera as humilhações da escola, pensou: Essa maluca não quer é me ver feliz!!! Mas ficou com aquilo na cabeça e pensava em como podia aquela coisa linda que era sua colega ser tão azeda nesse ponto, apesar de linda e rica!!

Pois apesar de não ser 100% feminina, ou seja, apesar de não enganar a TODOS 24 horas por dia, ela era dona de uma beleza quase sobrenatural... de parar o comércio, de virar o pescoço de qualquer marmanjão. Pouco depois, por obra pura do acaso - ou seria destino? - Camilla conheceu um rapaz que a levou para seu apartamento, a título de atração pura e simples, vinda de ambas as partes.

Conheceram-se na rua, beijaram-se e na mesma noite fizeram um sexo alucinado. Surpreendentemente, depois que tudo acabou, ele se mostrou interessado em continuar na casa dela, aonde conversaram até o amanhecer, quando ele saiu para ir trabalhar.

Ele havia se mostrado muito boa pessoa durante o tempo em que ficaram conversando e disse que nunca tinha experimentado nada como aquilo, e que não esperava ser tão bom conhecer um travesti.

Camilla chamou-o à razão e disse que não era nenhum bicho de 7 cabeças... E o dia passou.

À noite, ele, que havia pedido seu telefone, ligou, perguntando se poderiam se ver de novo. Mas ela estava "ocupada", coisa que ele deve ter entendido porque ela não lhe escondera que

fazia programas. Marcaram para o outro dia, uma sexta-feira, no apartamento dela. E repetiram a dose, que foi ainda melhor, com descobertas e êxtases para os dois. E nesse clima gostoso, ele acabou ficando lá o fim de semana TODO!!! E na segunda-feira, depois de tudo, ele foi trabalhar com a roupa de sexta!!! E ligou para ela durante a tarde toda, talvez por carinho ou até ciúmes dos clientes dela. E à noite estava de novo ao lado dela, mas o tom de sua visita já não era mais tão CARNAL. Perguntou a ela de sua infância, de sua família, de como tinha acabado por fazer programas.

E ela lhe contou TUDO. Abriu sua alma para ele. E ele tinha sido o primeiro...

E ela se sentiu no direito de perguntar sobre a vida DELE também. Coisas que ele respondeu com o maior prazer, que morava com os pais, que estudava e trabalhava, que era solteiro e não estava com ninguém. Mais uma semana se passou e a proximidade entre o rapaz e ela aumentou, com ele dormindo em sua casa quase todo o dia, ligando toda hora. E Camilla até negligenciou um pouco sua vida para ficar mais com ele. E ela se deixou conquistar por ele, pela presença dele, pela educação dele. E ele não se cansava de elogiá-la, de dizer que ela era a pessoa mais linda que ele já tinha visto, enfim, coisas de quem está APAIXONADO!!!

Mas quando, agora, ele ia para o trabalho de manhãzinha, Camilla ficava perdida, encanada, encucada, desajeitada, encurralada, pois um problema começava a se insinuar, lentamente, como uma serpente, como uma nuvem, como uma árvore da maldição: se eles tivessem que sair juntos, como seria???? Se ele tivesse que apresentá-la aos amigos, como seria?? À família... E se alguém percebesse, em pleno shopping, que ela não era exatamente uma mulher, como seria??? E se ELA tivesse de apresentá-lo à suas tias, seria assim tão normal???

Essas eram as dúvidas que atormentavam a cabeça de Camilla e lhe tiravam o prazer de revê-lo durante a noite.

Mas ela também percebia (pois sou ariana pura) que algo nele também estava mudando. Que ele passou a se conter segurando-se para não dar vazão a seu desejo de literalmente assumi-la e mandar tudo para o inferno!!!!

A semente da dúvida fora plantada nela, assim como nele.

E de repente eles eram Adão e Eva, em versão anos 2000, expulsos de seu paraíso particular. Pois se ela era obrigada a namorar escondido dentro de casa, com um homem que se

ajoelhava a seus pés e lhe fazia juras de amor eterno, mas que não tinha coragem de ir com ela até a padaria da esquina, ele também deveria estar se amaldiçoando, com o coração dividido entre a razão e o coração.

Sim, pois existem entre os que amam as travestis pessoas sinceras, que não lhes fazem falsas promessas ou querem adestrá-las para satisfazerem seus caprichos, sem enxergarem seu lado PESSOA...

Enfim, nesses quase 3 meses em que Camilla suportou ter de ver sua beleza toda relegada à um plano de sonho, visto que era impossível conciliar o preço de sua origem sexual a uma vida de dia a dia, e se ele já não aguentava mais a certeza de não ser corajoso o suficiente para pegar seu sonho pelas mãos e arrastá-lo consigo para a luz do dia, ela preferiu mandá-lo embora. Mandá-lo de volta para o universo que ele conhecia. Que era seguro para ele. Que haviam lhe ensinado ser assim.

Ele pediu mais um tempo, que ela se deu o direito de negar. Estava cansada. E as lágrimas dele não a fizeram mudar, pois ela SABIA que ele não seguraria o tranco, que é para poucos, quase nenhum.

Alex Jungle! A CAMILLA dessa história sou eu.

A CAMILLA DEUSA.

A CAMILLA ALICE.

A CAMILLA desenganada com a vida, que aprendeu de um modo cru que deve ser "AMADA E ADORADA" em segredo. No escuro da rua... No quarto do hotel barato... Que seu lugar é no reino do FAZ DE CONTA, aonde deve-se estar sempre alegre!!! SEMPRE RIR!!!

Mas se por muito tempo a CAMILLA exibia um olhar sem emoção alguma, um olhar de MEDUSA que congelava até quem a elogiava, é porque há coisas que não se esquecem, que não se explicam.

E foi ali, naquele ponto, que a Camilla, que antes fazia seus programas sem muitos questionamentos interiores e até por farra, pois não é que eu necessite tanto, percebeu que

fazia o que o esquema de sua escolha queria, e não o que EU queria. Que eu já não era mais dona de meu nariz, da minha VIDA. Mesmo com toda a minha beleza. Mesmo com toda a educação que tive, minhas tias, o escambau.

E decidi virar poeira... Fazer o que "vim para fazer"... E se toda minha educação era vã, para que ser educada então???

Me isolei de tudo e todos. Mas fui mudando... entendendo... Aprendendo a GOSTAR de mim mais um pouco, sacando que não importa como eu vivo, atrás da cara linda na revista existe algo real, que eu não sou um sonho perfeito, mas que tem um fim, que minhas amigas de verdade e família conhecem e amam! E hoje posso dizer que é preferível sair com 100 homens por noite, que te tratem como um sonho por 1 hora-sempre com educação do que querer fazer parte da vida real de um deles. Porque quem está pagando sabe o que quer, só não sabe ao certo como chegar lá. Já aquele que te tira do eixo, acaba virando um problemão...

Quem é certo? Quem está errado? Quem aqui está se escondendo DO QUÊ, e PORQUÊ?

ALEX! Conteí essa história sem medo de ser vista como a CINDERELA DE 2004, mas com a certeza de que terá algum proveito. Precisava exorcizar esse demônio.

Não pensem porém alguns incautos que estou ainda derrotada e vencida, à mercê de qualquer tentativa de GOZADA DE GRAÇA COM A CAMILLA DE CASTRO travestida de "NAMORICO"!!!

Como creio que pode agora perceber, não sou nenhuma iludida!

Agradeço ainda a enorme quantidade de e-mails que recebi, além de inúmeras ligações, não só de clientes, mas de amigos também. Espero que esse relato seja usado para o bem, e que não se dê margem para comentários estúpidos.

Grata pela compreensão.

CAMILLA DE CASTRO