

Universidade de Brasília – UnB
Instituto de Ciências Sociais – ICS
Departamento de Antropologia – DAN
Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social - PPGAS

Entre a Universalidade e a Particularidade:

desafios para a consolidação do direito à saúde de transexuais

Izis Moraes Lopes dos Reis

Brasília, julho de 2008

Universidade de Brasília – UnB
Instituto de Ciências Sociais – ICS
Departamento de Antropologia – DAN
Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social - PPGAS

Entre a Universalidade e a Particularidade:
desafios para a consolidação do direito à saúde de transexuais

Izis Morais Lopes dos Reis

Dissertação apresentada ao Departamento de Antropologia da Universidade de Brasília como requisito parcial para obtenção de título de Mestre em Antropologia Social.

Comissão Examinadora

Prof^ª Dr^ª Carla Costa Teixeira
DAN/UnB
(orientadora)

Prof^ª Dr^ª Debora Diniz
SER/UnB
(avaliadora externa)

Prof^ª Dr^ª Lia Zanotta Machado
DAN/UnB
(membro)

Prof^ª Dr^ª Antonádia Borges
DAN/UnB
(suplente)

Resumo

Em 2004, o Ministério da Saúde formalizou seu interesse nos segmentos populacionais de gays, lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais a partir da criação de um Comitê Técnico GLTB, de caráter consultivo. A fim de construir ações e caminhos políticos que garantam o direito à saúde destes segmentos, de acordo com seus desejos e necessidades, foi realizado, em 2007, o *Seminário Nacional de Saúde da População GLBTT na Construção do SUS*. A presente dissertação é uma análise das discussões presentes nos relatórios produzidos pelo CT e dos debates ocorridos sobre transexuais travados durante o Seminário. O texto tem como objetivo traçar as conexões entre a formalidade da política de saúde brasileira e os conteúdos emergentes da interpretação da mesma no que se refere às transexualidades, conteúdos estes construídos no contexto de disputas entre perspectivas concorrentes para a definição de quais rumos a ação estatal em saúde deve seguir. Para isto, apresenta falas de profissionais envolvidos com o campo da política de saúde brasileira e de transexuais organizadas, e analisa as tensões referentes aos significados da universalidade e das particularidades (ou diferenças), significados (re)produzidos a partir da inserção social e crenças morais dos sujeitos que falam. Esta tensionalidade se encontra, principalmente, na pergunta: a quem garantir acesso aos serviços públicos de saúde quando são constituintes deste campo a consciência do impacto das relações assimétricas de poder nos processos saúde-doença, uma legislação que tem como princípio a universalidade e, ao mesmo tempo, a existência de uma realidade de escassez de recursos públicos? A dissertação, assim, traduz um esforço analítico para compreender os diferentes trajetos pensados para a consolidação da cidadania de transexuais, caminhos estes que são íngremes e que encontram limites nos próprios instrumentos discursivos usados na tentativa de construção de transexuais como categoria política.

Palavras-chaves: transexuais organizados, saúde pública, princípios do SUS, financiamento público.

Abstract

In 2004, Brazilian State Department of Health has institutionalized its interest in ensuring health actions to specific populations historically set apart of political process: gays, lesbians, bisexual, transvestite and transsexual people. It was created a Technical Committee (CT GLTB). With the objective of building political actions according to these segments needs and desires, in 2007 occurred the National Seminar of Health of the Population GLBTT. This dissertation is an analysis of the discussions that took place at this seminar, one occasion of the process of decision making about the paths that health policy must take and which actions have to be executed to assure right to health of transsexual people. The text focuses on drawing connections between formalities of Brazilian health policy and emerging contents from multiple interpretations of this policy when transsexualities are in the core of the debate. Different meanings given to health policy are constructed in a context of conflict among diverse perspectives that concur to define the courses state actions must follow. The dissertation presents discourses of professional people involved with the field and discourses of transsexual people. It analyses tensions on the debate on meanings of universality and particularity (or difference) that are (re)produced according to the subjects who speak of these concepts. Such tension is found, specially, in the question: for whom is to be guaranteed public services of health care when the principle of universality, the conscience of the impact of asymmetric relations of power on health-disease process are present and, at the same time, there is a reality of lack on public resources? This text translates an analytical effort to comprehend different routes criated to consolidate the citizenship of transsexual people, routes that are difficult to ride on and which limits are, many times, on the same instruments used in attempt to build transsexuality as a political category.

Key words: organized transsexual people, public health, SUS' principles and public funding.

Agradecimentos

Este mestrado não poderia ter sido realizado sem o apoio constante de muitas pessoas. Com humildade, pois sei que ainda tenho muito para aprender, expresso, aqui, minha gratidão a algumas delas, com a certeza de que muitas outras foram essenciais, mesmo que não saibam disto ou que eu saiba dizer quem são.

À minha mãe, Geni, que me mostrou porque é necessário ser feminista. Ainda, me ensinou que eu posso fazer o que quiser desde que tenha força.

Aos meus amigos, Matheus, Eduardo, Júlia e Patrícia (mesmo na distância). Os consolos, choros, sorrisos e discussões infundáveis me permitiram ser o que eu sou.

À Tabita, amiga querida que se foi, e me ensinou que eu sempre posso ser uma pessoa melhor.

Às minhas várias colegas de pesquisa no NEPeM. Anna Lúcia, Priscila, Mariana, Carol...: com certeza, foram pessoas-chaves para que eu optasse pela Antropologia, essa disciplina que eu conhecia tão pouco antes de conversar com vocês.

Aos meus companheiros de mestrado, que me mostraram que estou num caminho longo, muito longo, porém, gratificante.

Aos professores e funcionários do Departamento de Antropologia.

Agradeço especialmente à minha orientadora, Carla Costa Teixeira, que tem me acompanhado desde meu primeiro semestre na pós-graduação. Seu incentivo, palavras de apoio e coordenadas foram valiosas. Mais do que eu consigo expressar.

Às minhas outras três orientadoras que, não por coincidência, fazem parte de minha banca avaliadora: Lia Zanotta Machado, pelos dois anos de ensinamentos e oportunidades no NEPeM; Debora Diniz, que me acompanhou no Serviço Social e me abriu portas para pensar minha vida pessoal, profissional e acadêmica com outros olhos; e Antonádia Borges, que me mostrou formas de aprender e ensinar em diversos momentos.

Ao CNPq, que permitiu financeiramente a concretização desta dissertação.

Sumário

Introdução.....	04
Capítulo 1 – Inserção em Campo e Condições de Pesquisa	19
Capítulo 2 – Sobre o SUS.....	40
Capítulo 3 – Profissionais e Transexualidades	64
Capítulo 4 – Transexuais e Política de Saúde.....	89
Considerações Finais.....	119
Referências Bibliográficas.....	129
Anexos	
Organograma Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa.....	136
Documento Reunião Ordinária Comitê GLTB.....	137
Documento Reunião Processo Transexualizador no SUS.....	146
Curiosidades: Imagens anatômicas de Andreas Versalius de Bruxelas (Tabulae Sex).....	153

Introdução **(ou como Antropologia, saúde e política se encontram)**

As formas de lidar com a ordem *biológica* se configuram como objeto de estudos antropológicos que cortam o século XX e permanecem como centro de interesses teóricos no atual século XXI. O corpo é foco dos olhares da disciplina em múltiplos aspectos: anatomia, fisiologia, moralidades e subjetividades, atuação dele e sobre ele. As distinções entre magia e medicina, entre representações e práticas, ou ainda, entre crenças e conhecimento são tópicos em Antropologia no que diz respeito à saúde, à doença, ao sofrimento e ao infortúnio. Mais, nas últimas décadas, o debate tem se remetido ao privilégio de análises das intervenções sobre o corpo (em especial, as tecnológicas) para se compreender relações entre os princípios que regem as interações humanas.

A “saúde”, por seu enraizamento profundo num corpo dito somente anatômico, no Ocidente¹, impõe um diálogo sobre as continuidades e discontinuidades entre o par-opositor natureza e cultura, sobre a concretude e verdade do anatômico em contraposição à artificialidade das construções sociais. E, embora uma porção considerável de teóricos² proponha críticas a esta estratégia organizadora das relações

1 Uso Ocidente como um conceito geral para expressar formulações significantes de sociedades ancoradas em formulações entendidas como ocidentais – filosofia, direito, com forte influência européia do Iluminismo. Contudo, não ignoro que falar “ocidente” é uma referência genérica e há debates sobre a classificação de países latino-americanos nesta categoria, por suas particularidades de interpretações, apropriações ou abandono de premissas “ocidentais”. Para exemplo de como conceitos iluministas têm sido apropriados em relação às “tradições” na América Latina ver MACHADO, Lia Zanotta. Mulheres e Política: o lugar da tradição na modernidade latinoamericana. In: *Série Antropologia*, nº 105, Departamento de Antropologia, Unb, Brasília, 1990.

2 Com a finalidade puramente estética do texto, utilizei o masculino quando realizar generalizações no

entre humanos e não-humanos, transformada na única maneira possível de pensar e agir em algumas sociedades, ainda parece distante o dia em que a implosão de binarismos será aceita e compartilhada de modo mais ou menos homogêneo. A ontologia humana, aquilo que é considerado comum a todos os seres humanos, é ancorada na divisão rígida entre estes dois preceitos – o que é natural não é cultural, e vice-versa.

Quando se trata de anatomia atingida por desconfortos, é possível dizer que todos os grupos humanos possuem capacidades de classificá-los e enquadrá-los em causas socialmente relevantes. E. Evans-Pritchard, em *Bruxaria, Oráculos e Magia entre os Azande* ([1937] 2005), é um dos pioneiros em traçar a necessária relação entre causa e tratamento dos fenômenos compreendidos como doenças. Porém, a sofisticação teórica interessante do autor para este trabalho reside em esclarecer que após o diagnóstico, várias causas, de ordens diferentes, podem ser estabelecidas.

Particularmente para os Azande, a causa *natural* e a causa bruxaria não eram hierarquicamente iguais e, mesmo que este povo expressasse idéias da naturalidade dos acontecimentos, era a bruxaria a causa identificada como importante para se definir processos de cura. De acordo com Evans-Pritchard, os Azande reconheciam a existência de doença *real* que deveria ser tratada com procedimentos *reais*; logo, a cura Zande teria alguma base *empírica*, já a bruxaria seria o fator explicativo da coincidência entre fatos *naturais* atingindo determinadas pessoas em certos momentos.

No horizonte das disciplinas biomédicas com as quais Evans-Pritchard dialoga, a bruxaria era uma forma socialmente organizada de lidar com os conflitos, enquanto o restabelecimento da *saúde* se dava através do conhecimento *real* que os bruxos tinham das plantas (2005, 203)³. A preocupação com a eficácia e com a

plural englobando gêneros. Elaborar novas formas de expressão escrita em relação a esta limitação da língua portuguesa é uma de minhas dificuldades criativas, embora tenha certeza da necessidade de romper com esta barreira lingüística que exclui o feminino de suas generalizações.

3 Ver também, nas edições completas em língua inglesa, um capítulo excluído da versão brasileira mais

racionalidade de povos não-europeus nos cuidados com os corpos demonstra a interface entre biológico e a construção da realidade ou do palpável. Eventualmente, os Azande sabiam curar doenças, não porque cortavam efetivamente os efeitos das ações de bruxos, mas porque sabiam fazer remédios de plantas com propriedades *medicinais*. O mundo *natural* de Evans-Pritchard ganhava a disputa pelo saber/poder.

Fora do eixo saúde-doença-cura, as preocupações com corporalidades, em relacionar as dimensões fisiológica, psicológica e social é destaque *As Técnicas do Corpo*, de Marcel Mauss ([1934]2003). Neste ensaio, Mauss procura responder como os *homens* sabem servir-se de seus corpos de acordo com o mundo social no qual se inserem e interagem. Mais do que constatar que os hábitos corporais variam com as sociedades, ele queria compreender os seres humanos a partir [d]“o tríplice ponto de vista necessário” (idem, 405) para a apreensão do *homem* total. O autor observou que talvez não exista nada de natural nos atos de um adulto: o que informa que as maneiras de mexer, ver, usar, sentir o corpo são exteriores aos indivíduos, são transmitidas, logo, sociais. Ao diferenciar os atos morais, simbólicos, jurídicos dos atos técnicos do corpo, Mauss argumenta que os últimos “são sentidos como de ordem mecânica, física ou físico-química”, as regras são incorporadas de modo que dificultam processos de reflexão sobre o motivo da ação corporal em determinados formatos.

Entretanto, dizer que se aprende a usar o corpo de modos distintos de acordo com a sociedade ou com a cultura pode levar à interpretação de que é preciso tomá-lo como um contínuo. Ou melhor, permite que o corpo seja entendido como um universal: a anatomia humana é igual ou muito semelhante em todos os lugares e serve como instrumento primário de ação e de presença no mundo. É esta anatomia-fisiologia natural que faz os humanos iguais. Todos nós aprendemos como lidar com esta

ferramenta da natureza. A implicação disto é que a noção de *cultura* adquire caráter de tecnologia transformadora de processos *biológicos* ou naturais, ou como poder adaptativo de seres fracos e sem habilidades físicas a um ambiente hostil.

Num livro de Elsdon Best, publicado na França em 1925, acha-se um documento notável sobre a maneira de andar da mulher maori (Nova Zelândia). “As mulheres indígenas adotam um certo *gait*” (a palavra inglesa é deliciosa): a saber, um balanceio solto e no entanto articulado dos quadris que nos parece desgracioso, mas que é extremamente admirado pelos Maori. As mães exercitavam (o autor diz *drill*) suas filhas nessa maneira de andar que é chamada *onioi*. Ouvi mães dizerem às suas filhas (eu traduzo): ‘não estás fazendo *onioi*’, quando uma menina deixava de fazer esse balanceio”. Era uma maneira adquirida, e não uma maneira natural de andar. Em suma, talvez não exista “maneira natural” no adulto [...] Todos esses modos de agir eram técnicas, são técnicas do corpo (MAUSS, 2003, 405-7)

O conceito de cultura, neste sentido, pode se consolidar comopositor-modelador do alicerce humano, a natureza. Importante apontar que muito foi pensado após a formulação destas duas abordagens sobre o corpo que apresentei, ao passo que sofreram interpretações diversas e/ou críticas veementes. Porém, estas ponderações que levanto e que são inspiradas em Evans-Pritchard e Mauss apontam uma dificuldade corrente e contemporânea para a maior parte das ciências, em especial as *naturais*: conceber o biológico como símbolo. E esta dificuldade cria uma falsa premissa de que o corpo é irredutível e de que o patológico nada tem de conexão com o individual ou com o coletivo.

Lia Zanotta Machado (2003) tece interessantes fios teóricos sobre a primazia dos corpos (biológicos) na atuação médica contemporânea em prontossocorros de hospitais públicos do Distrito Federal. Machado descreve a “contínua expulsão do social e do emocional” das questões relacionadas à saúde e à doença como central nas relações entre médicos e pacientes. A fala, os sentimentos, as descrições passam a ser ignoradas – pela força da falta de tempo para os atendimentos ou pela constituição de uma identidade médica específica destes setores – e a valorização dos

exames laboratoriais ou de imagem cresce como forma de mostrar ou tornar inteligíveis coisas sobre o corpo doente. A verdade, assim, não está nas situações sócio-econômicas, culturais, subjetivas dos pacientes, mas na “ordem do invisível” que deve ser revelado. O conhecimento médico tem como foco o patológico, este sendo pensado estritamente como da ordem da *natureza*.

Estas concepções sobre patologia como se fossem desconectadas da vida social é pauta de parte das análises referentes à construção de significados para a saúde e para a doença nas Ciências Sociais. Ainda, é exatamente esta suposta apartação de esferas que permite a criação da patologização das transexualidades. O enquadramento desta forma de vida em uma doença permite a entrada de transexuais nos serviços de saúde, como será discutido nos capítulos 2, 3 e 4. Entretanto, o segundo capítulo coloca em cena uma outra consideração importante para a transformação de transexuais como categoria social que deve ser alvo de atenção da saúde pública. Isto é, o capítulo apresenta as modificações de valores dados à política de saúde (a partir do movimento de Reforma Sanitária, com conseqüente mudança na legislação brasileira) que possibilitam que categorias como raça, etnia, gênero e sexualidade se consolidem como essenciais para a restauração ou manutenção da saúde.

A dicotomia entre corpo-natureza e corpo-cultura cria uma compreensão de vida humana em que o mundo é único e existem várias maneiras de interpretá-lo ou vê-lo. Melhor, a oposição natureza *versus* cultura inventa a idéia de pluralidade de visões de mundo, como se os olhares funcionassem como máscaras para o real. A prática é tomada como contrária à convicção (GOOD, 1994), e o esforço para transcender a esta visão dualista está em remeter a crença (esta máscara da realidade) para a ordem pragmática, do incorporado, praticado, vivido. Assim, o conceito “crença” englobaria existências experienciadas, evitando que outros sistemas não-ocidentais de cuidado com

doenças sejam desconsiderados ou desacreditados. Representações, crenças e percepções são vocábulos que merecem e devem ser requalificados, para que seja possível lidar com as situações em que não exista a divisão entre funções denotativas e conotativas. A anatomia, a fisiologia ou a genética são significadas ao ser contrapostas à linguagem, mera referência ao mundo. A *biologia* quando radicalmente distante da *cultura* ganha o jogo da definição do que é literal e do que não é. E isto só faz sentido no nosso mundo, em que as disputas sobre o que significa natureza são pouco visíveis: hegemonicamente ela é o critério da verdade nas agrupamentos humanos ocidentais.

Semelhante crítica foi realizada por Marilyn Strathern ([1988]2006). Ao analisar a ciência antropológica e as teorias feministas, a antropóloga indica que o conceito de *sociedade* utilizado pelas duas perspectivas teóricas supõe totalidade e síntese. Para Strathern, esta idéia de todo é a condição da impotência da Antropologia. A autora desafia as Ciências Sociais quando evidencia que *sociedade* pressupõe mais do que o que acontece no fluxo, no cotidiano, na convivência; é visualizada como exterior aos indivíduos, tornando-se conceito-justificativa e explicação para tudo o que é referente à vida social. Nesta maneira de pensar, “sociedades diferentes aparecem como análogas” e, mesmo que façam “as coisas 'diferentemente', todas elas solucionam ou enfrentam os mesmos problemas originais da existência humana” (idem, 64). Assim, a atividade comparativa da Antropologia residiria na capacidade de comparar instituições ou coisas por suas qualidades intrínsecas, pelas maneiras adaptativas das convenções sociais aos “dados comuns da existência humana” (idem, 65).

Esta referência a uma *sociedade* que está além ou é exterior às pessoas aparece nas falas das transexuais e profissionais ouvidos durante minha pesquisa. Esta problematização se tornará mais aparente no Capítulo 4 (embora também esteja presente, de forma menos acentuada no Capítulo 3), quando descrevo melhor as

implicações da compreensão desta *sociedade* como alheia, ignorante ou discriminatória *per se* das condições de vida de transexuais. Se para Strathern o conceito de sociedade merece ser questionado como foco fundamental das Ciências Sociais pelos motivos expostos acima, as pessoas por mim encontradas trazem outros incômodos que visualizo semelhantes aos da autora em questão: este ser sem face pode ser tanto condição do sucesso, quanto condição do fracasso (individual, coletivo e analítico).

Na prerrogativa ocidental para compreensão da vida social, há um ato fundante, essencializador que não permite que se dê voz à diferença, construindo categorias homogêneas de *sociedade* e pessoas, suprimindo as particularidades dos indivíduos, dos grupos, ou mesmo dos corpos sócio-naturais, inseridos nas categorias comparativas. Ao universalizar a *nostra* natureza retira-se do campo visual ou inteligível de que corporalidades não naturais existam. A consolidação da verdade e da coerência mental do Ocidente depende deste conceito fluido, porque não definido em si, mas sempre em contraposição à idéia de artificialidade (cultura). O apelo às manifestações da *natureza* humana como justificativa da continuidade ou igualdade é uma busca pelo suporte necessário para a manutenção da Humanidade.

A partir destas concepções gerais sobre anatomia-natureza ou biologia-natureza, é possível dizer que algumas alterações no corpo se constituem como anormalidades. O impacto *natural* sobre nosso instrumento primário igualmente *natural* é da ordem do intolerável e precisa de métodos específicos para retornar a harmonia, tanto para vida social quanto para a concebida como biológica-natural. A classificação das manifestações somáticas encontra no conceito ocidental de enfermidade o berço para descansar: é a desordem anatômica, fisiológica, genética que condiciona a doença; é uma manifestação *anormal* da funcionalidade de uma parte do corpo ou dele inteiro. A racionalidade biomédica é constituída em uma relação estreita com a *empíria da*

biologia.

As doenças, a normalidade e a anormalidade das funções fisiológicas, nesta perspectiva, são universais e independem de contextos sócio-culturais. A enfermidade aparece como do domínio do *real* em oposição ao metafórico: o que as pessoas dizem que sentem e o que dizem ser suas experiências corporais. O conteúdo que a saúde assume é o restabelecimento deste ordenamento natural, do corpo à funcionalidade que deveria ter, funcionalidade esta que é previamente estabelecida e sem referenciais além da *biologia*. Estas dicotomias, em que aparecem como chaves a *natureza*, a *biologia*, a *patologia* opostas à *cultura* e à *responsabilidade moral* são temas trabalhados no quarto capítulo, em que teço fios analíticos sobre a dificuldade de se falar em ações em saúde para transexuais fora do eixo da patologização. Isto porque o *idioma* das transexuais é de que as ações em saúde sejam construídas a partir da lógica do reconhecimento de identidades e não da existência de doenças que sejam clinicamente comprováveis.

Ressalta-se, então, que falar (e entender) de saúde remete a uma esfera que está além da simples restauração corpo individual, e que colocá-lo em bom estado quer dizer, igualmente, reordenar o coletivo através da manipulação do indivíduo considerado doente. Nesta linha de raciocínio, as desordens do corpo são ameaçadoras e criadoras, experiências extraordinárias, enquanto o chamado por um curador (no caso, um médico) tem a função de retornar o estranho ao cotidiano corporal. Há, pelo processo de cura, a reordenação dos significados *biológicos* de como o corpo deve ser e funcionar e as próprias classificações de patologia, anormalidades corporais e mentais e/ou normalidades são artefatos de organização das experiências corporais.

Com a intenção de entrelaçar saúde e política, aponto algumas considerações de Didier Fassin (1996), ao abrir seu livro *L'Espace Politique de la Santé* (O Espaço Político da Saúde), em que traz como problema teórico o interesse em

estudar as conexões entre política e corpo, dando às relações de poder lugar no debate sobre antropologia da saúde. Fassin entende o poder como a possibilidade de ação efetiva sobre os *homens* e sobre as coisas (FASSIN, 1996, 12) e se questiona como ou em que medida teorias sobre as relações de poder são interessantes para analisar instituições e práticas políticas contemporâneas, ou seja, pós-colonização, em que os Estados têm em si embates entre práticas tradicionais de saúde e um campo de conhecimento que, muitas vezes, não leva em conta a validade de outras tradições.

Fassin demonstra que análises sobre as relações que os indivíduos travam com o corpo, com os sintomas de doenças e saúde e sua íntima vinculação com posicionamento social e histórico dos indivíduos e grupo são correntes na Antropologia. É a partir desta compreensão da saúde como significada e construída coletivamente que Fassin pleiteia que se analise o espaço político da saúde vinculado a três eixos principais: incorporação da desigualdade, poder de curar e governo da vida, que são constituintes da saúde pública. Esta aparece como um dos domínios da política, tal que engloba diversos atores e ao mesmo tempo, os determina (FASSIN, 1996, 13).

Das idéias que o autor em questão apresenta sobre o que seria esse espaço da política, as que me parecem mais interessantes para as análises desta dissertação se relacionam a compreender a política como mobilização de forças para decisões e conduções de ações e de problematizações sobre a divisão binária de público e privado como definidor da política. Algumas questões levantadas sobre esta última abordagem em que público se confunde com político são: compreender quais são as fronteiras simbólicas (e, às vezes, físicas) que dividem público e privado em dois espaços demarcados, ou seja, o que separa público do privado e o que fazer quando categorias antes interpretadas como pertencentes ao espaço privado passam a ser reivindicadas como próprias de discussões políticas. A flexibilização do vínculo estreito do espaço

político ao espaço público é possibilidade para compreender como categorias historicamente reservadas ao privado se transformam em categorias políticas. Toco nesta discussão principalmente no terceiro capítulo, quando aponto algumas dificuldades encontradas pelos profissionais envolvidos com a política de saúde para legitimar o grupo de transexuais como movimento político com projeto societário específico.

Ainda, gostaria de indicar que Fassin entende que a “política é constituída de relações de poder mobilizadas no espaço público para o controle de decisões e de ações que tem como objeto os bens considerados coletivos” (idem, 24), mas que uma outra abordagem sobre o conceito de poder, com inspiração em Michel Foucault, será apresentada à frente (capítulo 4). Sob o olhar de Fassin, a saúde, ao ser compreendida como patrimônio coletivo que deve ser gerida pelo Estado (Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. BRASIL, Lei 8.080/1990), para além de seu valor afetivo de equilíbrio entre corpo e mente, não afastamento do trabalho, ou ausência de dor e sofrimento, deve ser entendida como espaço político.

Gostaria de aproveitar estas breves análises sobre o que constitui o *mundo da política* para definir quais os conceitos de política pública e política social que aparecem nesta dissertação. Potyara Pereira (1994) apresenta uma definição dos termos de modo que política pública deve ser compreendida como programa de ação que tem como objetivo “atender necessidades sociais cuja resolução ultrapassa a iniciativa privada, individual ou espontânea, e requer decisão coletiva regida e amparada por leis impessoais”. A decisão coletiva implica na escolha, o que envolve conflitos de interesses. O termo público, associado à política, não é referencial único às ações de Estados, mas à coisa que é “[para e responsabilidade] de todos, sob a égide de uma

mesma lei e o apoio de uma comunidade de interesses” (idem, 02).

A política social, nesta classificação, é um tipo de política pública, com a especificidade de se relacionar às reivindicações por extensão dos direitos sociais próprias dos Estados de Bem-Estar Social: oferta universal de serviços, preocupação com o pleno emprego e institucionalização da assistência social como rede de proteção contra a pobreza. O Estado é concebido como uma burocracia que atua no cotidiano e que tem em si condensada a função de atuar em defesa das coisas públicas, definidas no diálogo e/ou conflito político. Aglutina, assim, vários interesses e visões de mundo que se colocam em confronto pela definição dos rumos das ações públicas ou da própria *sociedade*. As políticas sociais, formuladas e coordenadas pelo Estado, são expressões dos arranjos coletivos e compulsórios desenvolvidos para lidar com as adversidades que surgem na convivência em sociedade. Esta referência à Abram de Swaan (1988) merece ser retida em mente, porque será retomada em outro momento.

A partir destas considerações teóricas que me permito dizer em que lugar de fala se situa esta dissertação. É exatamente através das desordens do corpo (natureza-cultura) que procuro demonstrar os diferentes olhares existentes em embate para a construção de um fenômeno historicamente circunscrito: as transexualidades. Elas, como demonstrarei ao longo de meu texto, se configuram como desestabilizadoras dos conceitos de natureza, de cultura, de sexo biológico, de gênero cultural, de doença como domínio da causação natural e de saúde como recondicionamento de corpo saudável-funcional. Como melhor elaborado ao longo de meus capítulos (em especial, o quarto), ser transexual é experimentar intersubjetivamente uma vida em que a suposta harmonia entre sexo e gênero é colocada em xeque. Há desproporção entre personalidade e corpo, a convicção de participar de outro gênero que não o informado pela anatomia-natureza, masculino e feminino se desvinculam do nascer menino ou menina. As corporalidades

transexuais falam de fluidez e, conseqüentemente, de sofrimento e adoecimento pela incongruência dos corpos sócio-naturais pouco adaptados à lógica genitália-gênero.

E minha lente analítica é focalizada em ocasiões nas quais os processos de adoecimento, cura, saúde são vocalizados para a esfera pública, consolidada no Estado, com o objetivo de construir modelos de sociedade e sociabilidade que causem menos ou nenhum sofrimento às pessoas *incongruentes* no que se refere à *natureza-cultura*. É no diálogo, disputa e negociação de realidades, especificamente na esfera política executiva brasileira que centro minhas discussões. Entendo, desta forma, que as políticas públicas “não só codificam normas e valores sociais, mas articulam princípios organizacionais fundamentais das sociedades” que justificam ou condenam determinados modos de existência e ação (SHORE & WRIGHT, 1997, 07). Transexuais organizadas se inserem na luta política para legitimarem suas existências codificadas nestas regras e nestes valores públicos.

A presente dissertação é uma análise de uma situação-momento do processo decisório sobre uma política social específica, a de saúde, e das metas para satisfazer as necessidades do coletivo. Para isto, discorro sobre como os diversos discursos de autoridade, poder ou luta por ele, se apresentam como legítimos ou forçam o silêncio de outras maneiras de pensar e falar. Mais, de que modo transexuais organizadas⁴ em um novo movimento social⁵ pleiteiam a modificação das normas internalizadas de como agir, sentir e viver em formatos específicos, acreditando que o espaço político envolve a

4 Explico melhor porque aqui uso o feminino no quarto capítulo.

5 Sempre que utilizar este conceito, estarei me referindo aos grupos de pessoas organizadas sob um mesmo guarda-chuva de interesses em modificar as práticas humanas de opressão e os processos de dominação. Movimentos sociais, neste trabalho, se constroem para a luta pela conquista de direitos e afirmação de suas identidades. Logo, não são só grupos de interesses, mas com objetivos explícitos de comprometimento com a erradicação do sofrimento gerado pelas relações assimétricas de poder que marcam práticas cotidianas e os corpos dos indivíduos. O conceito é inspirado em OLIVEIRA, Fernando. Cultura Política e Construção de Identidades Coletivas de Sujeitos Sociais. In: *Anais do XIII Congresso Brasileiro de Sociologia*. GT Emancipação, Cidadania e Reconhecimento, UFPE, Pernambuco, 2007; e em COSTA, Sérgio. Movimentos Sociais, Democratização e a Construção de Esferas Públicas Locais. In: *Revista Brasileira de Ciências Sociais*. Vol.12, n.35, São Paulo, 1997.

possibilidade de novas criações de técnicas de ser. Acredito, assim como Cris Shore e Susan Wright (1997, 24), que o campo político provê à Antropologia lentes para explorar discursos de poder, construções de sistemas de significado e analisar como governos tentam criar consensos e legitimidades para suas propostas e de seus pares dialógicos, como transexuais.

Delineio relações entre o campo formal da política de saúde, consolidada em legislações com as valorizações e interpretações locais da mesma, que podem gerar ações diferenciadas informadas por formas muito específicas de pensar que não previstos ou não explicitados nas leis. Exemplos disto aparecerão em todos os capítulos, entretanto, são os chamados *princípios* do Sistema Único de Saúde que têm alargadas as margens de possibilidades interpretativas. Estas emergem, agregando conteúdos distintos aos princípios, de acordo com a posição de quem está falando (ou atuando) sobre eles.

Assim, o primeiro capítulo desta dissertação consiste no meu relato de entrada em campo e sobre como a pesquisa foi realizada, quais eram meus interesses e como construí problemas teóricos sobre as transexualidades e suas interfaces com a saúde e com a política. É neste capítulo que explico discussões anteriores que me guiaram até as transexualidades, negociação de realidades de corpos-simbólicos e quem foram meus pares dialógicos e sujeitos-colaboradores essenciais para a construção deste trabalho.

A pesquisa de campo foi realizada por meio de conversas com técnicos do Ministério da Saúde de alguma maneira relacionados ao Comitê Técnico de Saúde para Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais (CT GLTB) que tem como objetivo construir ações e caminhos políticos que garantam o direito à saúde desses segmentos. O núcleo principal de pesquisa, no entanto, ocorreu durante o *Seminário Nacional de*

Saúde da População GLBTT na Construção do SUS, realizado e patrocinado pelo Ministério da Saúde em meados do mês de agosto de 2007. Algumas entrevistas foram realizadas fora deste encontro, em especial as que envolveram profissionais da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Estes me acolheram e me permitiram realizar a coleta de dados para esta dissertação, e nestes momentos de acolhimento, diversas conversas frutíferas surgiram.

O segundo capítulo é um apanhado sobre a história das políticas de saúde no Brasil, que permite aos meus leitores uma melhor localização do debate sobre saúde, populações socialmente vulneráveis e, especificamente, transexuais. É um resumo de como o cuidado com a saúde foi construído sendo parte das atribuições estatais de provisão e garantia de bens coletivos. Destaca os princípios regentes da legislação de saúde após a Constituição da República Federativa do Brasil, de 1988, e quais as modificações trazidas por ela e pela Lei Orgânica da Saúde, de 1990. Elenca os momentos formais mais importantes sobre as ações em saúde para transexuais, desde a existência da possibilidade de intervenções cirúrgicas para a retirada de genitálias, até a construção de novos *sexos* e a regulamentação destas técnicas pelo Conselho Federal de Medicina do Brasil.

O terceiro capítulo se detém na análise das diversas perspectivas de profissionais envolvidos com o campo da política de saúde brasileira e atenção à população de transexuais, e tem como foco central analisar as tensões presentes no debate sobre os significados da universalidade e das particularidades (ou diferença), significados estes (re)produzidos a partir da inserção social e crenças morais dos sujeitos que falam (técnicos do MS e representantes do judiciário). Esta tensionalidade se encontra na pergunta: a quem garantir acesso aos serviços públicos de saúde quando são constituintes deste campo a consciência do impacto das relações assimétricas de

poder nos processos saúde-doença, uma legislação que tem como princípio a universalidade e, ao mesmo tempo, a existência de uma realidade de escassez de recursos públicos?

O quarto capítulo é referente aos discursos das transexuais presentes no Grupo de Trabalho de Transexuais que acompanhei durante o referido Seminário. Tem como objetivo apresentar as falas de transexuais sobre essa mesma política de saúde, sobre Estado, sobre o Sistema Único de Saúde e seu financiamento, através de suas percepções sobre suas vidas, suas trajetórias políticas e em saúde e sobre os vários modos transexuais de vida. Demonstro quais os descontentamentos com os serviços executados em saúde e quais os entraves morais à consolidação do direito à saúde, assim como os questionamentos trazidos por elas sobre patologização como porta de entrada do atendimento.

Esta divisão foi simples estratégia de organização da escrita para facilitar o aspecto analítico, já que, como qualquer diálogo político, as vozes que ouvi se cruzam em diversos momentos. Outra estratégia adotada foi a utilização de nomes fictícios para as pessoas que não se colocam publicamente no debate ou pediram para não ser identificadas. Isto aconteceu com apenas dois técnicos e um coordenador. Adotei o nome real das profissionais/pesquisadoras com fala no espaço acadêmico, público por excelência, e o primeiro nome das transexuais presentes no grupo de trabalho que acompanhei. Fui devidamente autorizada para isto, porque as transexuais “*vivem dando entrevista mesmo*”. De qualquer maneira, procurei ser cuidadosa com os discursos. Tendo consciência de que esta dissertação é escrita na preocupação de ilustrar como documentos políticos referentes à saúde e ao corpo são traduzidos na ação cotidiana, deixo agora que meus capítulos falem por eles mesmos.

Capítulo 1

Inserção em campo e Condições de Pesquisa

Debater antropologicamente sobre a construção de políticas públicas para mulheres e homens transexuais implica a compreensão de fatores diversos e complexos. Como em qualquer outra situação social, fatores múltiplos configuram a realidade destas pessoas, dando limites e possibilidades para suas vidas. Se é possível dizer que uma das preocupações da Antropologia é a busca por não fragmentar realidades sócio-culturais, na tentativa de compreender as práticas e/ou as relações sociais inseridas em contextos, os mais amplos possível (para não falar em totalidade), o esforço aqui não é diferente: entender e demonstrar, da melhor maneira, as questões que estavam colocadas em uma instituição governamental em um determinado momento. Estas foram vocalizadas por técnicos, gestores e, principalmente, transexuais organizados, e formam a temática política de saúde e transexuais no Brasil.

As questões a serem debatidas envolvem disciplinas, conceitos, perspectivas diferentes e entrelaçadas, o que faz me render à consciência de que uma dissertação como esta não conseguirá abordar todos os pontos importantes na construção da escrita compreensiva da realidade em questão, tampouco terá a capacidade de analisar exaustivamente todos os tópicos que porventura apareçam como relevantes – a reflexão certamente permanecerá em aberto para novas possibilidades de análise.

No presente capítulo, lançarei reflexões sobre meus interesses de pesquisa, até o ponto de chegada do trabalho com transexuais e saúde, a inserção no campo de pesquisa, comentários sobre documentos que serão analisados, dificuldades da pesquisa e um início das reflexões teóricas sobre porque fazer uma antropologia interessada na

complexidade trazida para a realidade pelo fenômeno “transexualidades”. As discussões que trago são atravessadas por ponderações sobre o processo saúde-doença-sofrimento de transexuais, mas, para além disto, esta dissertação tem como foco entender, descrever e analisar quais são as categorias acionadas em uma esfera de disputa e negociação, que é o espaço político, no momento de fala de diferentes atores sobre estes mesmos processos de saúde, adoecimento e sofrimento.

Para isto, leva-se em consideração que a esfera da política, do exercício do poder e da tomada de decisões é também a esfera em que os valores estão sendo acionados e colocados em ação (TEIXEIRA, 1998, 95). Mais, que a função da política é produzir realidades, já que “o político não discursa sobre a realidade, ao falar, já atua sobre ela” (idem, 31). Além de compreender quais os significados e práticas valorizadas pelos diferentes grupos (transexuais, profissionais e gestores) e das trajetórias terapêuticas questionadas e/ou reafirmadas neste processo, este trabalho visa um processo reflexivo sobre falas heterogêneas sobre o que significa o processo político em saúde, sobre a negociação de universos ou visões de mundo e sobre a noção de “sociedade” em geral (aqui, normalmente, sociedade aparece como uma instituição homogênea contrária aos segmentos GLBTT).

Meu interesse primário com a grande temática “transexualidades” se consolidou com o tempo e a partir de questionamentos que não necessariamente refletiam aspectos específicos relacionados aos transexuais em si. Tinha em mente uma indagação teórica, em construção, sobre potenciais de ruptura de códigos, normas e significados sobre o corpo e o que é ser homem e o que é ser mulher – tudo isto atravessado pelo interesse em análises sobre o impacto do uso de tecnologias biomédicas sobre o corpo. Ou melhor, vinha construindo reflexões sobre o que é um corpo dito feminino e um outro dito masculino em um momento histórico específico em

que a medicina – e, para este trabalho, merecem destaque as tecnologias médico-cirúrgicas – se encontra em tal ponto que se faz impulsionadora de novos discursos, novos desejos e novos corpos.

Em uma reflexão anterior, durante a graduação, realizei um debate sobre novas tecnologias reprodutivas e as possibilidades que estas trazem para a construção de uma medicina do desejo (CORRÊA, 2001) pautado em símbolos previamente estabelecidos do que deveria ser o feminino, do papel da mulher saudável e do casal heterossexual normal. As conclusões às quais cheguei, naquele momento, foram que se o corpo só faz sentido porque interpretado, mediado e experimentado através de regras, normas e significados coletivamente construídos e compartilhados, o potencial das tecnologias reprodutivas de criar novos significados sobre fertilidade, corpo, feminino, masculino, reprodução, sexualidades, estava igualmente limitado por estes mesmos valores tradicionais do feminino-natureza-maternidade, corpo normal *versus* patológico, heterossexualidade, para acesso às tecnologias. Ainda, o debate levantava questões sobre a dupla face das tecnologias, que não só criam mudanças-oportunidades para a transformação de significados, como também constroem corpos diferentes do que se conhecia, o próprio corpo – material, anatômico – é redesenhado a partir da inovação tecnológica.

No caso da reprodução humana assistida, estas tecnologias possibilitam a total ruptura da ligação estreita entre sexo e filiação, permitindo que filhos geneticamente vinculados sejam gerados sem a existência de relações sexuais (inseminação artificial, fertilização *in vitro* para pessoas solteiras, parceiros heterossexuais e homossexuais) ou, ainda, que haja gravidez e parto mesmo quando a infecundidade/infertilidade dos parceiros seja uma realidade (doação esperma e óvulos). Desta maneira, as possibilidades de reprodução abertas pela criação de novas

tecnologias conceptivas poderiam gerar outras formas de vivenciar os corpos, a sexualidade e a parentalidade, desconectadas do par complementar-opositor feminino e masculino. Porém, uma das principais conclusões a qual cheguei – assim como outras autoras (DINIZ & COSTA, 2005; CORRÊA, 2001, 2003) – é que o potencial de ruptura de códigos não se realiza, ao menos não em toda sua possibilidade, reafirmando e reatualizando significados do que é ser mulher e ser homem na sociedade brasileira, assim como reafirmam outros tipos de desigualdades (BARBOSA, 2003).

Logo, este potencial, que pode ser traduzido na implosão de binarismos de gênero, e na ruptura na concepção polarizada de corpos masculinos e femininos em si, não é concretizado. De acordo com minha pesquisa, mulheres jovens universitárias, ao serem questionadas sobre a infertilidade, remetiam suas experiências de não possibilidade de ter filhos para o campo da dor, do sofrimento e da debilidade, reintegrando o feminino à reprodução como definidor do ser mulher. Esta discussão traz um elemento igualmente presente em discussões sobre cirurgias de transgenitalização: a criação de tecnologias que não se vinculam ao propósito curativo da medicina, mas como já apontado por Marilena Corrêa (2001), uma medicina do desejo. Esta é caracterizada pela medicalização de um sofrimento que não encontra raízes no aspecto mais caro às disciplinas biomédicas: a confirmação clínica de uma patologia.

Nos trabalhos de Corrêa sobre reprodução humana assistida, a autora aponta que as biotecnologias conceptivas são utilizadas a partir de uma abordagem médica centrada na ausência não desejada de filhos, e não em situações que configurariam patologias *naturais*. Isto implica, também, na absorção pela medicina de padronizações morais sobre o exercício da sexualidade pautadas em normas heterossexuais de relacionamentos afetivos. Nesta compreensão da atuação da medicina, as fronteiras entre cura e desejo se borram e, no caso dos procedimentos médico-cirúrgicos propostos

para transexuais, podem ser trazidas à tona discussões sobre a utilização da medicina e das biotecnologias para o reajustamento do mundo, para a reordenação de esquemas de significados sobre feminino, masculino e sexualidades que se tornam obsoletos a partir da existência de transexuais.

Ainda, as cirurgias de transgenitalização e os demais procedimentos transexualizadores parecem poder ser compreendidos a partir da perspectiva da existência de uma situação limítrofe: um corpo é anatômico e fisiologicamente considerado normal e um indivíduo que afirma que este corpo não representa o que se é. A fala comum é: eu não sou o que este corpo me diz para ser e eu sofro por isto. A pessoa transexual afirma que “a única verdade é que meu sexo não condizia com a minha vida, com os meus sonhos” (Documentário Candidato Camaleão, de Silvio Kaviski, 2006), “como um homem? Eu não sou um homem” (série de televisão, *Grey's Anatomy*, episódio veiculado em outubro de 2007) ou “Sempre fui mulher. O sentimento feminino sempre esteve presente na minha vida. Lembro-me que com cinco anos de idade me sentia uma mulher” (Bárbara Garner, militante transexual membro do CT GLTB, em entrevista para a revista eletrônica Mix Brasil)⁶. Diante destas afirmativas, a medicina cirúrgica surge como capaz de transformar estes corpos, interpretados e avaliados como outros que não os corretos para estas pessoas. Os significados de gênero, antes tão bem definidos nos pólos masculino-feminino (mesmo com variações dentro dos mesmos) são dilacerados, momentaneamente, na tensão personalidade-corporificação.

A primeira parte deste par, a personalidade, aparece nas falas acima como

⁶ Vale destacar aqui o porquê da importação de exemplos midiáticos para a discussão sobre personalidade-corpo nas transexualidades. Considero que estas falas diversificadas de transexuais militantes ou não, voluntários para falar sobre suas experiências e, ainda, personagens de programas de grande distribuição (*Grey's Anatomy*, Sony Entertainment Television), demonstram um repertório discursivo que é significativo nacional e internacionalmente sobre o que representa ser transexual. Sem pretensões de generalizar as experiências ou dizer que ser transexual no Brasil e nos Estados Unidos é a mesma coisa, é inegável a possibilidade de visualizar conexões entre os relatos de transexuais dos dois países.

referência a algo interior das pessoas transexuais, ao qual o corpo não representa. A tensão aparece como uma (des)ordem entre a psicologia e a anatomia individual. Mas, uma literatura das Ciências Sociais parece elucidar esta questão de uma outra maneira: personalidade, é concebida como “articuladora entre a representação do mundo e a ação nesse mundo” (TEIXEIRA, 1998, 27). Personalidade, assim pensada, não é característica intrínseca dos indivíduos, e sim aquela que condensa a idéia de estima social. A contradição entre personalidade-corpo de um transexual parece se dar porque sua adesão íntima aos valores que o definiriam não é reconhecida a partir de seu corpo. Este não provê algum tipo de pertencimento à categoria social que pleiteia para si. O encontro entre indivíduo e mundo público ou entre *indivíduo* e *sociedade* (idem, 35) não se realiza em sua plenitude, já que transexuais não conseguem se fazer reconhecidos por si próprios. O confronto político tem fundamento nesta constatação: o movimento social de transexuais pretende produzir valores para que transexuais sejam pessoas legítimas nesta sociedade.

Outra consideração relevante é que, mais do que a pessoa se auto-identificar com o sexo contrário, estas construções de alma ou personalidade em corpo estranho estão intimamente relacionadas às disciplinas biomédicas: também ou principalmente a medicina utiliza estes marcadores. Ou seja, mais do que uma origem nas experiências de transexuais em si sobre o que elas/eles são, existe uma retroalimentação, uma dupla configuração do processo unido à biomedicina. É a relação com a esfera médica que constitui e faz constituir o fenômeno “transexualismo” no Ocidente.

Mas, antes de dar continuidade a estas reflexões iniciais sobre transexuais, medicina, corpo, natureza, gostaria de comentar um pouco mais sobre meu trabalho de pesquisa de campo, voltando ao início do capítulo, em que comecei a discorrer sobre meus interesses de pesquisa. Inicialmente, meu problema era definir um foco de

pesquisa em que eu pudesse testar e/ou compreender melhor estas minhas preocupações teóricas. Em conversas com minha orientadora de dissertação e com algumas outras pessoas, mais especificamente, uma colega de mestrado consultora do Ministério da Saúde na área de saúde mental e uma pesquisadora de Campinas/SP que estava em início de escrita de sua tese de doutoramento sobre transexuais, vi como oportunidade aberta a possibilidade de pesquisa sobre saúde, política e transexuais. Às vésperas do *Seminário Nacional de Saúde da População GLBTT*, o Ministério da Saúde pareceu-me local privilegiado para compreender as questões, dilemas, e possibilidades que estavam colocados para a população de transexuais – além de me permitir análises que transcendessem a uma discussão já comum e corrente sobre gênero, construções do masculino *versus* feminino, para me aproximar de debates sobre significados e política como espaço de negociação e/ou reafirmação dos mesmos.

Naquele momento, procurei pessoalmente a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP), já que, como será melhor explicitado no próximo capítulo, era a secretaria responsável pela organização do Seminário ao qual eu tinha interesse em acompanhar. Poucas das perguntas lançadas no próximo capítulo faziam parte do meu arcabouço de questionamentos sobre a construção de políticas de saúde voltadas para transexuais no momento em que fui à campo – e um campo “pobre”, se ressaltar que não pôde existir vivência no mesmo, à maneira considerada clássica em Antropologia. Não pude conviver com as pessoas do Ministério da Saúde, nem acompanhá-las cotidianamente em suas tarefas. Um dos motivos pelos quais minha presença cotidiana foi impossibilitada foi a reforma do espaço físico da SGEP que estava acontecendo à época.

Ao chegar ao Ministério da Saúde em junho de 2007, e rumar ao quarto andar do prédio, era notável que algumas modificações na infra-estrutura estavam

ocorrendo. Quando saí do elevador no local previsto, vi que a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, a mesma na qual eu gostaria de encontrar com alguém responsável por transexualidades no ministério, estava de cabeça para baixo! Em reforma, as secretárias trabalhavam em pleno corredor, algumas salas feitas por divisórias tinham sido improvisadas e existia madeira e tinta por todo o chão. O relógio marcava oito e meia da manhã, horário que pressupus já encontrar alguém em expediente de trabalho que pudesse conversar comigo sobre as possibilidades de realizar uma pesquisa sobre o CT GLTB, em especial, sobre transexuais e o diálogo destes com o MS.

Esperei sentada em um sofá colocado em um corredor, à espera, de frente a duas secretárias. Uma havia me atendido há 5 minutos, e, ao tentar puxar conversa sobre o que eu me interessava, ela me disse, livremente, que não conhecia nada sobre ações do Comitê Técnico que eu queria analisar. Inclusive, ela não sabia quem era responsável pelo Comitê, agora que a técnica Tatiana estava em período de licença-maternidade. A secretária fez uma ligação e pediu, então, para uma colega, pelo telefone, para lhe informar sobre a pessoa responsável pelo comitê no momento. Ao descobrir quem poderia conversar comigo, porém, pediu que eu aguardasse, pois tal pessoa responsável encontrava-se em reunião com a secretária do Departamento de Apoio à Gestão Participativa (DAGEP), departamento ao qual o CT está vinculado⁷.

Pareceu-me, como primeira impressão sobre o CT, que as ações em saúde GLBTT eram dispersas ou, ao menos, não muito bem organizadas dentro daquela secretaria, pela própria não consolidação de uma equipe: a pessoa responsável estava

⁷ Fazem parte deste Departamento outros Comitês Técnicos de saúde: população cigana, população negra, população de rua e povos da terra (camponeses e movimento dos sem-terra). Estes comitês são criados nesta Secretaria específica porque representam populações que se pretende integrar neste momento às atenções do Ministério da Saúde. Entram em pauta na agenda política em saúde somente a partir de 2004. Os comitês de saúde para populações de rua e cigana ainda estavam em construção, de acordo com os técnicos entrevistados, na época de minha pesquisa. Em anexo, haverá organograma da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa.

ausente devido à uma licença longa e quem deveria substituí-la nas suas funções não só acumulava responsabilidades, mas também não era explicitamente conhecida como responsável por aquela função específica no momento. Após mais de uma hora de espera, já às dez horas, outro técnico chegou à Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, e a secretária que havia me atendido anteriormente pediu que eu conversasse com ele sobre meu interesse. Ela pediu a ele: “Joaquim, ela [olhou para mim] é estudante da UnB e quer fazer um trabalho sobre população GLBTT. A Vivian está em reunião com a secretária e não sei que horas vai estar livre. Pode conversar com ela?” Ele não se opôs, e ao receber sua resposta afirmativa, nos dirigimos a uma sala duas portas à direita do sofá no qual eu estava sentada. Esta sala era pequena, com muitos computadores e muitas pessoas trabalhando no mesmo espaço, com excesso de barulhos por causa da obra no lugar e de um velho aparelho de ar condicionado. Este local era sede temporária da Coordenação de Articulação com Movimentos Sociais e Joaquim, embora acompanhasse a população GLBTT por causa dos trabalhos desta coordenação, não fazia parte do CT GLTB, nem era responsável pelas discussões travadas no Comitê.

Neste momento, gostaria de comentar um fato que me parece essencial para ter obtido informações na Secretaria naquele dia. Joaquim, coincidentemente, é um antigo conhecido, que há anos não encontrava. Tenho certeza que isto foi facilitador para obter impressões gerais do ponto de vista profissional e conversas informais sobre o trabalho do Comitê Técnico e daquela Secretaria em geral. Nossa conversa, naquela manhã, durou em torno de duas horas. Quando havia dez minutos que estávamos conversando, o coordenador do setor chegou à sala e se uniu a nós dois. Esta conversa com técnico e coordenador será retomada posteriormente, no terceiro capítulo, quando considerações sobre a visão dos profissionais for comentada. Agora, vale dizer que

obtive todas as informações e convite para participar do Seminário, neste dia, além de me ter sido repassado o contato da técnica responsável pelo Comitê, a que estava de licença. Fiz um pedido informal de acesso aos documentos produzidos pelo CT e a resposta foi de que não tinham conhecimento do que havia sido guardado, ou acesso às atas, mas que, com certeza, se houvessem arquivos públicos, não encontraria problemas para acessá-los. O conselho dos dois, novamente, foi entrar em contato e conversar com a técnica licenciada, o que me indicou que esta concentrava funções e conhecimento sobre o tema, algo posteriormente confirmado e criticado pela própria profissional.

O primeiro contato, positivo em minha avaliação, foi revelador: em termos de estrutura, foi possível ver o investimento de recursos financeiros na Secretaria, que estava sendo ampliada. Porém, em termos de recursos humanos, saltou aos olhos a dificuldade de repor funcionários essenciais ao andamento dos projetos, além de ser relatado na fala de técnicos a falta de pessoal na Secretaria. Embora não tenha pretensões de aprofundar esta questão no momento, gostaria de chamar atenção para a necessidade de dois focos que me parecem essenciais na construção de ações: recursos e interesses das pessoas em construí-las e implementá-las. Sem a união destes, o que fica como marca é a impressão do descaso ou da falta de importância de alguma proposta política. Interessante ressaltar que o coordenador, em um momento da conversa, quando falávamos sobre as dificuldades encontradas pela população GLBTT para avanços políticos, dentre outras questões, elencou:

Tem outro [problema] mais organizacional, são muitas coisas pra se dar conta e são poucas pessoas e num outro mesmo é no plano das prioridades... (Coordenador de apoio aos movimentos sociais, 12/06/2007, SGEF)

Ainda, em outro momento, Tatiana:

O trabalho não anda, só tem eu responsável pelo comitê há

dois anos, que caí de pára-quedas... talvez, agora, melhore. Em setembro, tem previsão da contratação de outro técnico, um pesquisador chamado Marcos, que vai ser contratado para trabalhar junto comigo no CT... as coisas se arrastam. (Tatiana, técnica licenciada, comentando seu desejo de pedir demissão do cargo. 03/092007).

Estas falas estão em consonância com o último relatório administrativo lançado pela SGEP, em dezembro de 2006. Deste relatório, é possível destacar a vacância de 8 (oito) postos existentes na secretaria, sendo 7 (sete) destas vagas livres reservadas para assistentes técnicos e uma para a coordenação geral de apoio à gestão participativa e controle social – coordenação vinculada ao Departamento de Apoio à Gestão Estratégica e Participativa, mesmo departamento responsável pelos comitês de saúde. Todos os técnicos com os quais conversei já estavam na SGEP em 2006, o que parece indicar nenhuma ou pouca mudança no quadro estrutural de funcionários, ao menos em relação aos comitês.

Não foi possível acompanhar o dia-a-dia institucional, devido à reforma, já que não pude permanecer muito tempo no local. Realmente, o espaço físico era escasso, sendo pedido educadamente a mim, depois de duas horas de conversa, neste primeiro dia, que me retirasse – eu ocupava uma cadeira exatamente no corredor de passagem, entre a parede e várias mesas enfileiradas com computadores, todos ocupados por pessoas diversas. Em uma outra visita, enquanto conversava sobre a inserção do meu nome como participante do Seminário Nacional GLBTT, também por falta de espaço, foi colocada uma cadeira para mim em frente à porta de entrada, na passagem da sala que estava para uma outra, entre duas mesas. Percebendo o profundo incômodo que causava, não a minha presença em si, já que nunca fui tratada com desrespeito, má-vontade ou algum tipo de grosseria, mas pela dificuldade de trânsito em um lugar que passava por uma reforma, decidi que o melhor era abandonar o plano inicial de me colocar naquele espaço institucional como observadora, e optar por entrevistas, por

vezes longe dali, como aconteceu com Tatiana.

Ao fim da pesquisa, cheguei à conclusão que esta decisão não foi prejudicial, já que os debates sobre população GLBTT e a interlocução com a mesma não estavam ocorrendo naquele espaço em si no momento, a não ser pelo trabalho burocrático de finalização da organização do seminário. Este, no primeiro dia em que fui à Secretaria de Gestão Participativa, já estava montado, faltando somente marcar no calendário os dias em que iriam ocorrer – sendo assim, não poderia mais acompanhar, de qualquer forma, discussões sobre pautas com o movimento GLBTT, por exemplo, ou outras questões concernentes: o material estava sendo produzido, e a direção que o seminário tomaria já havia sido decidida. Inclusive, quando fui pela primeira vez à Secretaria, o previsto para o acontecimento do evento era dentro do prazo de um mês, ou seja, que o seminário ocorresse em início de julho de 2007. Problemas no material, passagens, hospedagem e local a ser realizado, além de atrasos das pessoas indicadas por cada segmento para serem participantes, fizeram com que o seminário fosse adiado para meados de agosto, quando foi realizado.

Depois deste primeiro contato, busquei conhecer e conversar com Tatiana, que era a pessoa responsável pelo CT, detentora do conhecimento e poder sobre os documentos produzidos sobre esta população no MS. Como ela estava no início do período de licença-maternidade, achei que seria inconveniente me propor a encontrá-la tão rapidamente. De qualquer forma, conversei com ela via *e-mail* e esta soou solícita em relação à minha pesquisa e a tudo que eu achasse necessário. Enviou-me, já em sua primeira mensagem de resposta, o contato de Vivian, a técnica que a substituíra no CT com cópia encaminhada a esta pedindo que eu pudesse participar das reuniões do grupo de trabalho com transexuais no seminário nacional.

Vivian respondeu ao pedido convidando-me para ir até o ministério quando

o seminário se aproximasse, já que ela estaria viajando em período anterior, à trabalho – sem relação à população GLBTT, como me disse depois. Vivian chegou de viagem no dia 13/08/2007, e enviou-me uma mensagem avisando-me de sua chegada, pedindo, assim, que eu fosse até o ministério, de modo a conversarmos sobre o seminário. Cheguei ao Departamento de Apoio à Gestão Participativa às nove horas, e encontrei Vivian em sua sala, compartilhada com mais três pessoas. Ela informou-me que não haveria problema algum se eu participasse do seminário, mas que estavam sem o material informativo e sem recursos financeiros para hospedagem e alimentação – e me perguntou se isto era um problema. Respondi que não, não seria empecilho algum não ter acesso ao material informativo ou blocos de anotação fornecidos pelo Ministério, já que eu estava realmente interessada em acompanhar a discussão do grupo de trabalho.

Diante disto, Vivian me pediu um favor: se eu poderia, então, ajudá-los, aos técnicos, em uma tarefa importante proposta para o seminário. Ela me perguntou se eu poderia auxiliar com a relatoria das discussões do grupo, já que estaria fazendo parte do mesmo. Eu seria, assim, co-responsável por anotar as informações geradas nas discussões do grupo. Eu respondi que tudo bem, afinal, ela e Tatiana estavam me ajudando muitíssimo ao me inserir e me deixar participar sem estar inscrita previamente e não fazer parte de nenhum movimento organizado e, como havia sido frisado por Joaquim no encontro anterior, o seminário era fechado. Neste mesmo dia conheci pessoalmente Tatiana, que, mesmo com direito à ausência, foi chamada para ajudar nos últimos detalhes de organização do seminário – o que confirma, em parte, a focalização da responsabilidade e conhecimento em uma só pessoa.

E assim foi que no dia 15/08/2007 cheguei às treze horas ao hotel *San Marco*, na Asa Sul, em Brasília. O Seminário Nacional, intitulado *Saúde da População GLBTT na Construção do SUS*, tinha como objetivos aprofundar a discussão sobre a

questão de saúde GLBTT brasileira, discutir encaminhamentos de construção de políticas para o grupo e de ações de controle social, incrementar o protagonismo do movimento GLBTT no que concerne aos seus direitos relacionados à saúde, fortalecer a unidade do movimento e ampliar o debate sobre direito à saúde e defesa do SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, SGEP, material informativo, 2007).

O seminário foi dividido em grupos de trabalho, cada um referente a um dos segmentos GLBTT. Fui inserida, assim, no grupo de discussões de transexuais. Um dos fatos interessantes sobre a realização destes grupos de discussão é que foram realizados anteriormente à abertura do seminário em questão, com o objetivo de dar bases à fala da conselheira de saúde que ocupava o assento GLBTT no Conselho Nacional de Saúde. A fala dela seria consolidada após os relatórios das discussões nos grupos de trabalho estarem prontos, às cinco e meia da tarde, quando era previsto para estes grupos encerrarem suas atividades e rumarem, às dezenove horas, para a abertura do evento.

O seminário, para esta tarde, foi organizado em seis grupos⁸, divididos por segmentos, sendo que o de lésbicas foi separado em dois grupos de 20 (vinte) pessoas – foi o segmento com o maior número de participantes indicados pelo movimento para participar das discussões. A produção gerada pelos grupos deveria contemplar questões como “quem somos como agentes políticos em saúde” e “o que queremos no SUS”, visando traçar perfis, quais as conquistas efetivadas, quais as demandas e prioridades de cada segmento reunido em grupo. O relatório, a ser escrito após 4 horas e meia de discussões, deveria conter uma síntese destas questões.

Esta forma organizacional dos grupos não prejudicou meu trabalho de campo, tendo em vista que as discussões dentro do grupo de transexuais transcendeu às questões propostas, e, muitas vezes, sequer se encaixavam nas mesmas. A motivação do

⁸ Os grupos de trabalho foram divididos em: gays, bissexuais, travestis, transexuais, e dois grupos de lésbicas, por ser o segmento com maior número de participantes inscritas.

grupo pouco era de discutir o que estava proposto, fazendo com que as falas se tornassem em muito proveitosas para mim. Muitas vezes foi preciso que Tatiana interrompesse a discussão e retomasse os tópicos das questões que deveriam ser respondidas no relatório para que este pudesse contemplar todos os pontos inicialmente propostos. As discussões travadas no grupo de trabalho de transexuais serão retomadas no último capítulo.

A composição do grupo de transexuais era: quatro mulheres do Coletivo Nacional de Transexuais, um homem da Coordenação de Saúde da População Negra de São Paulo, vinculado ao Conselho de Saúde do município, uma mulher do Grupo Arco-Íris do Rio de Janeiro, eu e Tatiana. Três pessoas declararam ter nível superior, uma destas possuindo dois mestrados. As outras pessoas não declararam seus níveis educacionais, mas, ao possuírem cargos importantes de direção ou coordenação (exceto Alexandra) é possível supor que se distinguem do perfil analisado por Elisabeth Zambrano (2003). Em sua dissertação, Zambrano aponta que a maior parte das pessoas entrevistadas por ela não havia concluído o Ensino Médio, muitas delas sequer o Ensino Fundamental e faziam parte de classes sociais menos abastadas. Presentes no grupo de transexuais no Seminário Nacional havia uma advogada, uma psicóloga, uma estudante de Direito, coordenador de ações em saúde para população negra e uma pessoa membro de instituição governamental, perfil destoante do citado acima. Esta diferença de perfil pode ser devido ao local de acesso das pesquisadoras, já que Zambrano teve acesso às pessoas inseridas em um programa de atendimento aos transexuais dentro de um hospital público de Porto Alegre, e eu, em um Seminário, com pessoas indicadas para participar do mesmo pelos grupos organizados. O local em que transexuais são encontrados parece ser essencial para a compreensão das distintas percepções que possuem sobre a vivência da transexualidade, questões de (in)visibilidade da condição

de transexual, questões que serão trabalhadas de melhor maneira Capítulo 4.

É importante ressaltar a quantidade majoritária de mulheres transexuais presentes, sendo somente um transexual mulher-para-homem (*female-to-male*), e que não se auto-identificava por pronomes masculinos como as homem-para-mulher (*male-to-female*) o faziam em relação aos pronomes femininos. O grupo, portanto, era pequeno, o que parece refletir a pequena quantidade de pessoas transexuais inseridas em movimentos organizados: Andréa, uma das transexuais presentes, disse em um determinado momento que somente 30 (trinta) transexuais fazem parte do coletivo. As transexuais do Coletivo Nacional de Transexuais (CNT) demonstravam, também, consciência da possível pequena amplitude de sua organização e de seus diálogos com o que seria a base do movimento organizado. O Coletivo é politizado e bem formado, em relação à completude de etapas educacionais formais. São pessoas que têm aparecido como importantes no cenário político porque parecem estar em posições privilegiadas de acesso ao conhecimento e ao poder.

As falas pronunciadas no grupo de trabalho demonstram que existe desigualdade de visibilidade e de atenção dentro de um grupo que reclama da própria invisibilidade. As ações mais organizadas, avançadas e discutidas no tempo de duração do grupo de trabalho estavam voltadas para atenção às mulheres transexuais, enquanto cabia a Dedé, como único representante de um transexual *female-to-male* presente, questionar a invisibilidade quase completa desta forma de transexualidade. Isto não quer dizer que as demandas das mulheres transexuais não atingiriam também os homens transexuais. Ao contrário, existiam atendimentos específicos demandados e desejados que beneficiariam todos e todas: atendimento ginecológico e urológico, endocrinológico, modificação de registro civil sem procedimento cirúrgico.

Entretanto, as especificidades que poderiam surgir de homens transexuais

ficaram obscuras. Interessante dizer, ainda, que Dedé foi convidado a participar do seminário depois que o Coletivo Nacional de Transexuais havia enviado os nomes dos participantes eleitos no coletivo para ocuparem esse espaço no momento. Diante da não indicação de nenhum homem, Tatiana convidou outras instituições de direitos da população GLBTT cadastradas na Secretaria de Gestão Participativa, a enviarem homens transexuais para o debate. Desta forma, tentou-se retirar o monopólio das discussões das mãos do Coletivo, na busca de dar voz a mais atores institucionalizados, porém ainda excluídos.

Andréa - Minha humilde opinião nesse momento, a gente precisa resgatar isso [curso de capacitação em direitos humanos] [...] pra gente ter idéia de pessoas, pra gente ter capacidade de ampliar nossos espaços de discussões. A gente tem o que na nossa lista? Trinta e poucas pessoas na lista? Trinta pessoas é muito pouco! A gente sabe que tem milhares...

Bete - a gente tem um mapa lá em Goiânia de quarenta e duas pessoas...[...]

Dedé - senão, vai ficar essas 35 pessoas na lista... e a gente tá querendo, pelo menos no meu olhar, é ampliar a discussão” (15/08/2007).

Ainda, a fala das pessoas do movimento organizado de transexuais revela uma dificuldade para transformar desejos, problemas, demandas em ações e políticas de saúde. O grupo é, na verdade, um semi-grupo virtual, com pequenos momentos de possíveis discussões face-a-face e encontro com uma “base” que não esteja vinculada a esta lista de discussões da internet, que é o canal de comunicação do CNT por excelência. Como se colocar politicamente, com voz ativa, quando o grupo não se enquadra nos padrões tradicionalmente ouvidos pela instituição? Este problema é apontado igualmente pelos profissionais:

Joaquim - “a instituição não entende a linguagem de quem fala lá fora... O movimento social, ele fala estamos sofrendo, estamos sendo espancados, estamos passando fome... Isso não dialoga com a instituição formuladora de política, sacou? Se viesse assim, ‘nós temos aqui um milhão de casos no Brasil de violência no campo e na cidade relacionada à homofobia, para tal uma política de segurança...’ Se você trazer todo o discurso formatado dentro da língua que esta instituição entende, aí fica tranquilo, aí pra fazer esse discurso não é qualquer movimento não.” (junho 2007)⁹

Além deste grupo de trabalho, acompanhei as mesas redondas propostas no seminário que me permitiram compreender a perspectiva de outros profissionais com os quais não tive contato direto, além de tomar conhecimento de resultados de pesquisas realizadas por pesquisadores diversos dentro da temática GLBTT. Fui à casa de Tatiana duas vezes para entrevistas e para que ela pudesse me repassar documentos e materiais públicos produzidos pelo CT GLTB. Conversei informalmente com Joaquim durante os intervalos do Seminário e durante a XIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em novembro de 2007. Estes momentos informais foram produtivos, nos quais Joaquim trocou impressões pessoais sobre os eventos, seu trabalho, sobre o SUS, e conquistas e limites para os segmentos GLBTT. Era previsto que no segundo semestre de 2008 uma reunião do CT GLTB fosse ocorrer, porém, esta não foi realizada até o presente momento de escrita. Ou seja, não pude acompanhar e observar o comitê em si, somente os poucos (dois) documentos produzidos por ele.

Ainda, tive acesso a documentos¹⁰ importantes, produzidos pelo Judiciário,

9 Estas considerações sobre o discurso incompreendido de movimentos sociais que falam sobre sofrimento sentido no e a partir do corpo são retomadas ao longo dos capítulos 3 e 4.

10 Shore e Wright apontam a importância que documentos de políticas adquirem para a Antropologia interessada no campo político. Para eles, a abordagem antropológica pode tomar os documentos como *textos culturais*, “dispositivos classificatórios, narrativas que servem para justificar ou negar o presente” ou como “dispositivos retóricos e formações discursivas que funcionam para das poder a uns e silenciar outros” (1997, 15). Neste sentido, documentos se estruturam além da representação ou mera referencialidade a um mundo existente. Porém, não se pode esquecer que estes textos, mesmo quando têm impacto na criação de realidades, são atualizados de acordo com os atores e suas inserções e movimentações na vida social, e as emoções e reflexões ultrapassam o prescrito. Isto reafirma a necessidade de trabalhar com a política nos espaços de negociação e não só nos

logo, exteriores ao Ministério da Saúde, mas que têm impacto direto sobre as discussões sobre saúde e transexuais. Estes são o voto e relatório do Juiz Roger Raupp Rios, do Tribunal Regional Federal da 4ª região (Porto Alegre/RS), em que decide favoravelmente à inserção da remuneração de cirurgias de transgenitalização para transexuais na tabela de pagamentos do SUS. O segundo documento relevante é a decisão contrária a esta inserção, chamada Suspensão de Tutela Antecipada¹¹, proferida pela Ministra Ellen Gracie, presidente do Superior Tribunal Federal na época (dezembro/2007), em julgamento de apelação da União sobre a decisão do TRF 4ª região. Por que estes documentos são interessantes? Os dois trazem argumentações pautadas em variadas perspectivas sobre as transexualidades (e transexualismo, como patologia), valores diferentes sobre o papel do judiciário e sobre a política de saúde. Demonstram a diversidade de perspectivas concorrentes no fenômeno em questão. Explicitam concepções, análises, problemas trazidos pelas transexualidades ao SUS, à política e ao que deve ser financiado pelo Estado brasileiro.

Após explicitar as condições gerais de realização de meu trabalho de campo, formas de obtenção dos dados coletados e documentos aos quais tive acesso é possível seguir com a escrita para uma outra etapa, em que a etnografia vai tomando forma analítica, e não somente descritiva, etapa na qual aponto meus questionamentos a este mundo ou a esta realidade. Como já ressaltai anteriormente, no âmbito político, as discussões trazidas por transexuais envolvem uma multiplicidade de questões possíveis de serem analisadas. Diversos discursos e atores estão em um jogo para legitimar o atendimento em saúde para este segmento.

documentos normativos.

11 O conceito de tutela antecipada se refere ao combate, na esfera jurídica, aos danos colaterais ou marginais que podem ser causados pela existência de um projeto. Ou seja, é concedida antecipação de tutela quando um juiz compreende que a inserção processual é causa imediata de danos irreparáveis ou de difícil reparação, retirando a necessidade de passagem pelo poder judiciário para determinada demanda. Para maiores explicações, ver GUERRA, Marcelo Lima. *Antecipação de tutela no processo executiva*. Disponível na Internet: <http://www.mundojuridico.adv.br>. Acesso em 26 de maio de 2008.

Tomei como objetivo principal para a presente dissertação analisar como dois universos diferentes estão colocados em disputa e em consonância, ao mesmo tempo: os discursos biomédicos, como um universo específico de compreensão sobre transexuais; e o conhecimento de pessoas alocadas fora da biomedicina (como o Direito), mas que não necessariamente a recusam; a perspectiva dos transexuais sobre individualidade, sofrimento referido à esfera do social, a apropriação das ciências sociais e a crítica ao modelo de atenção biomédico. Estes dois universos são atravessados por uma legislação específica, um modelo de ação que deve ser seguido, mas que é interpretado e reinterpretado por diversos atores: transexuais, profissionais do Ministério da Saúde, profissionais executores e do judiciário. Ainda, me proponho a analisar as complicações emergentes desta mesma disputa entre modelo biomédico *versus* despatologização, quando o primeiro é o maior responsável pela possibilidade de proteção de direitos de transexuais.

Para analisar as diversas perspectivas é necessário passar por um debate sobre o SUS, seu enraizamento, possibilidades interpretativas – debate iniciado no primeiro capítulo –, discussões sobre o que é saúde para os atores, sobre natureza e cultura na construção de patologias, legitimação de tecnologias no Brasil a partir dos marcos destas visões de mundo com concorrência. O próximo capítulo tem como intuito iniciar o debate em um dos tópicos que devem ser abordados para a devida compreensão da discussão de uma política de saúde.

O objetivo é compreender de forma razoável o modelo de saúde dentro do qual está se buscando a construção de ações voltadas à transexuais, além de permitir expor onde se inicia o debate sobre a importância da inserção de populações consideradas vulneráveis no processo de construção política. Mais, falar sobre o modelo do Sistema Único de Saúde faz-se necessário para compreender a própria importância

dada a este modelo e seus princípios por parte dos técnicos do Ministério da Saúde e transexuais ouvidos durante a pesquisa. Entender qual padrão de atenção à saúde estas pessoas estão falando é essencial para compreender suas demandas, desejos e críticas à atenção existente, e compreender quais os significados que estão sendo desconstruídos e reconstruídos na negociação com uma instituição política.

Capítulo 2

Sobre o SUS

(ou como transexuais passam a ser importantes para a política de saúde brasileira)

Os anos de 2004 a 2007 foram marcados por momentos de discussões importantes sobre ações e políticas para a comunidade de mulheres e homens transexuais. Estes momentos podem ser relatados em um resumo breve, em seqüência histórica desde a ocorrência de uma organização institucional pública estatal para lidar com questões referentes às transexualidades – demanda do Conselho Nacional de Combate à Discriminação (CNCD) por ações políticas nos diversos órgãos governamentais para atender especificidades de populações historicamente estigmatizadas, passando pelo lançamento, em 2004, do Guia Brasil de Combate à Homofobia (com capítulo específico para transexuais); no mesmo ano, o Ministério da Saúde criou o Comitê Técnico para Gays, Lésbicas, Transgêneros e Bissexuais (CT GLTB)¹², órgão consultivo vinculado à Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP).

Este CT foi criado para ser responsável pela elaboração de diretrizes para a Política Nacional para População GLBTT, revertendo especificidades de suas demandas em pautas a serem levadas em consideração por diversas áreas do Ministério. O CT é estratégia do Ministério da Saúde para incluir segmentos populacionais na construção de ações em saúde (houve também a criação de outros CTs, como para Saúde da

12 De acordo com uma técnica, em setembro de 2007, membro do CT GLTB, já foi discutido a mudança de nome do mesmo diante da criação de novos assentos: para transexuais e bissexuais, sendo que o assento de transgêneros era ocupado por uma travesti até 2005. Entretanto, a alteração do nome para CT GLBTT não foi realizada por não ter sido publicada em portaria ministerial até a época da realização desta pesquisa e da construção deste capítulo.

População Negra, e da Terra – populações rurais e sem terra, CT para a saúde da população cigana, CT para moradores de rua)¹³. O CT GLTB é formado por representantes dos segmentos GLBTT, técnicos de diversas áreas do Ministério da Saúde, profissionais de saúde e pesquisa de instituições brasileiras, como a Fiocruz e a Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Em 2005, na ocasião do XII Encontro Brasileiro de Gays, Lésbicas e Transgêneros (EBGLT), dois assentos foram estendidos no CT em questão, um para bissexuais e um para transexuais, ao mesmo tempo em que, fora da esfera estatal consolidou-se o Coletivo Nacional de Transexuais (CNT), conferindo representação organizada própria a este segmento em diálogos com o Estado e com a sociedade civil.

Foi realizada, em 2006, uma reunião do CT GLTB em articulação com o referido Coletivo, especificamente convocada para discutir situações e demandas em saúde de transexuais, em especial ao processo transexualizador no SUS. Tal processo se refere à tentativa de ampliar os debates sobre transexualidades para além da cirurgia de redesignação sexual e modificações corpóreo-hormonais, com o intuito de compreender a complexidade dos condicionantes de saúde-doença-sofrimento de transexuais. A referência à idéia de um processo está intimamente relacionada ao fato de que unicamente os procedimentos médico-cirúrgicos não conseguem explicar, compreender e/ou lidar com a realidade colocada por transexuais como relevantes para o adoecimento e sofrimento.

Esta reunião envolveu técnicos de diversas áreas ministeriais (Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Saúde da Mulher, Saúde Mental, Plano Nacional de Humanização, Plano Nacional de Combate DST/AIDS), profissionais e pesquisadores em saúde, e, ainda, contou com a presença de gestores importantes com poder de

13 Para dificuldades de atendimento à saúde da população de rua, vale ler o quarto capítulo da dissertação de Priscilla Calaf, apresentada ao Departamento de Antropologia da Universidade de Brasília, em agosto de 2007. Pode ser acessada em: <http://www.unb.br/ics/dan/Dissertacao228.pdf>

pactuação. O objetivo do encontro foi discutir o tópico saúde e transexuais e elaborar um conjunto de diretrizes para a política de atenção a esta população, ou seja, a reunião não foi focada somente na inclusão da cirurgia na tabela de pagamentos do SUS. Nesta perspectiva, procurou-se promover e consolidar articulação com atores considerados essenciais para a compreensão da situação (os próprios transexuais) seguindo diretrizes de participação social colocadas em legislação.

Ainda, faz-se relevante apontar que, nesta reunião, o conceito de integralidade do atendimento à saúde foi muito citado, embora tenha sido, na maior parte das vezes, utilizado de forma vaga, como se pudesse ser automaticamente compreendido pelos participantes. De acordo com alguns estudos sobre legislação do SUS e reforma sanitária, integralidade deve ser entendida “como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”, além de um movimento articulado de políticas sociais (MACHADO et al, 2006).

Entretanto, o tom da discussão nas reuniões do Comitê Técnico e do Seminário Nacional cria a possibilidade de interpretar integralidade de ações em saúde com outro referencial, que não o de organização dos serviços: técnicos e pesquisadores trabalham com este princípio a partir da idéia de que qualquer espaço de construção de laços sociais se configura como importante para o de atendimento ao processo saúde-adoecimento de transexuais. A integralidade é preenchida com falas sobre todas as esferas da vida que constituem ou interferem na saúde, inclusive a exclusão do convívio familiar/social, violação de direitos, proteção social, etc. O princípio se torna o alicerce principal para, na própria língua das instituições brasileiras formuladoras de ações em saúde, conversar sobre despatologização e a retirada do diagnóstico psiquiátrico como única forma de entrada de transexuais nos serviços de atendimento. Esta discussão

demonstra como a política é um espaço de criação de valores, mais do que simples disputa de interesses.

Resgata a integralidade como princípio do SUS, o que quer dizer que pensar na saúde não se reduz à ausência de patologia. O SUS luta pela promoção da saúde, e não apenas pelo combate à doença, e a condição de sofrimento já justifica a necessidade de intervenção pública, na direção da promoção do bem-estar. (Tatiana Lionço, consultora técnica do Ministério da Saúde, membro do CT GLTB, durante a Reunião Processo Transexualizador).

A presença de duas diretrizes do SUS (integralidade e participação social) parece demonstrar a preocupação dos gestores, técnicos e profissionais e pesquisadores presentes na reunião em qualificar as discussões sobre os princípios do Sistema Único de Saúde no atendimento às populações consideradas vulneráveis, acionando conteúdos interpretativos diversos para fazer com que esses mesmos princípios se enquadrem na realidade enfrentada pelo debate.

Em 2007, foi promovido pelo Ministério da Saúde o *Seminário Nacional de Saúde da População GLBTT na Construção do SUS*, seminário este cujo objetivo foi reunir lideranças dos diversos segmentos, aprofundar a discussão sobre condições, avanços e limites na saúde da população GLBTT brasileira, elaborar encaminhamentos do grupo para ações em saúde, e aumentar o protagonismo deste no controle social. Este momento se configurou como relevante para a população GLBTT, que teve a oportunidade de discutir suas demandas em grupos específicos (grupo de gays, dois grupos de lésbicas, grupo de travestis, grupo de bissexuais e grupo de transexuais), além de participarem de mesas redondas e seminários de caráter informativo-educativo nos temas de construção do SUS, controle social, papel dos estados e municípios no SUS, reforma sanitária, etc. E mais, foi um dos poucos encontros políticos, desde a reunião sobre o processo transexualizador para a rearticulação de demandas e afirmação de

identidade, já que antes do Seminário Nacional apenas um encontro do CT havia sido realizado após a reunião sobre processos transexualizador no SUS.

É no contexto de momentos estratégicos que se insere este trabalho. O núcleo-duro de coleta de dados etnográficos – no sentido de um encontro face-a-face com transexuais no embate/diálogo político, com técnicos e com gestores (e estes, de forma distanciada, somente com o acesso às suas falas nas mesas) – foi este Seminário Nacional. No entanto, até conseguir ser participante do mesmo, houve contatos, conversas, articulações, idas ao Ministério, principalmente, informais, que colocaram à minha disposição outros materiais, dados e documentos do Ministério da Saúde, de tribunais (como Tribunal Regional Federal da 4ª Região/Rio Grande do Sul), que dão uma boa representação dos debates correntes sobre a política de saúde para transexuais. Mas, antes de esclarecer melhor pontos sobre o campo de pesquisa, meus interesses e, principalmente, análises e *insights*, gostaria de retornar a comentários sobre os momentos estratégicos sobre os quais falava há pouco.

O estabelecimento destes momentos formais se faz importante para a compreensão do contexto de efervescência – porque recentes e com debates acalorados, embora dispersos, em várias áreas – do tema. Porém, para compreender estas mesmas ações e marcos formais é necessário dizer algumas palavras sobre as diretrizes da Política de Saúde a partir da história da saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde (SUS), suas conexões sócio-econômicas e políticas e a introdução de questões referentes à proteção de grupos socialmente vulneráveis e culturalmente estigmatizados.

Exemplo do motivo pelo qual a população GLBTT é considerada *vulnerável*¹⁴ pode ser dado a partir do guia Direitos Humanos, Saúde e HIV (2006), um

14 Esta categoria foi trazida à tona pelos técnicos entrevistados. Quando propuseram a *vulnerabilidade* como adjetivo indispensável para falar dos segmentos GLBTT, um dos profissionais comentou que eu,

guia de ações estratégicas para combater a discriminação por orientação sexual e identidade de gênero promovido pela Organização das Nações Unidas (ONU). De acordo com o mesmo, o Brasil, apesar de ser considerado um país-modelo em relação à cobertura de prevenção e tratamento de doenças como a AIDS, ainda precisa trabalhar com dados que demonstram que entre 25% e 35% da população atingida pelo HIV se insere em segmentos GLBTT, e a população *trans* (considerando travestis e transexuais) registram os piores dados de incidência do vírus e mortalidade relacionada a ele, assim como sofrimento de violências e outras doenças.

O SUS pode ser considerado uma das reformas sociais mais importantes do século XX no Brasil, por seu caráter transformador dentro de um contexto autoritário e de grandes desigualdades econômicas no país. Este caráter pode ser reconhecido pela ruptura que o SUS representa em relação a todas as outras formas de construir e executar ações e políticas públicas em saúde no Brasil (POLIGNANO, 2000, SERRA, 2001, BRAVO, 2005). Isto porque o surgimento das políticas de saúde (e sociais, no geral) pode ser analisado como relacionado a partir de diversas e complexas variáveis: a consolidação do modo de produção capitalista, a ampliação da atuação estatal no enfrentamento de situações de carência e destituição humana, e a criação de novas conexões entre pessoas e classes a partir da tomada de consciência social com a interdependência e preocupação com o abandono e as péssimas condições de vida de grande parte da população (HOCHMAN, 2006; DE SWAAN, 1988). Se o ponta-pé inicial para ações políticas mais sofisticadas em saúde se relacionam às variáveis acima, a continuidade da mesma permite analisar a estreita relação do Estado – a provisão de

como pesquisadora, deveria saber mais do que ele sobre o que significava este conceito, revelando não saber me explicar bem o que era vulnerabilidade. Procurei, então, em outras falas que pudessem me dizer o que é ser *vulnerável* para os profissionais da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Encontrei, nas falas e textos de Tatiana Lionço e das transexuais presentes no Seminário exemplos desta vulnerabilidade, e um deles é esta questão da alta taxa de contaminação por HIV/AIDS. Outros exemplos pode ser encontrados em LIONÇO, Tatiana. Bioética e Sexualidade: o desafio para superar práticas correcionais na atenção à saúde de travestis e transexuais. In: *SérieAmis*, nº 54, Brasília, 2008.

políticas e serviços sociais –, com a perpetuação de uma ordem social baseada em desigualdades: reprodução da lógica de acumulação de capital com provisão social estatal esporádica, fragmentada e, algumas vezes, regular, porém não universal, de atendimento à saúde.

Gostaria de comentar brevemente sobre estas idéias de interdependência e preocupação com as condições de vida da população. Abraam de Swaan (1988) argumenta que as preocupações com o “tratamento dos doentes, a educação dos ignorantes e a manutenção material dos indigentes” são historicamente circunscritas e as soluções para estas questões só culminam na criação das políticas sociais dos modernos Estados de Bem-Estar após a interdependência entre ricos e pobres, doentes e saudáveis, educados e ignorantes ser reconhecida. Interessa à De Swaan compreender como estas ações coletivas para lidar com as adversidades se tornaram compulsórias, nacionais, lembrando que estas adversidades atingem diretamente somente alguns indivíduos: por que, então, criar respostas coletivas? Para o autor, há uma mudança nos balanços da dependência mútua, processo em que as elites percebem que há conseqüências indiretas, efeitos externos perversos destas situações na totalidade da população caso nada seja feito. A proposição de um esforço de proteção com custeamento público surge quando a transferência de capital, a atenção educacional ou os cuidados médicos são vistos como redutores das externalidades (o caso paradigmático são as epidemias). Assim, a saúde (a educação e a assistência) se transforma em bem público, responsabilidade de instituições específicas condensadas no Estado, em oposição a um mal público.

Uma boa discussão revelada pelos meus dados *etnográficos* é o fato de que esta a interdependência ou as externalidades, e a construção da saúde como bem público como preocupação de todos não conseguem se estender para as discussões relacionadas à saúde de transexuais. A doença para se constituir como mal público tem limites e estes

se mostram vinculados às moralidades definidoras do papel do Estado e de qual deve ser seu raio de ação. Transexuais entram na disputa política para tornarem visíveis suas condições de doença e sofrimento, mas, até esse momento, a principal atenção pública que têm conseguido se refere somente ao uso de recursos públicos, no que tange à idéia de interdependência coletiva. Esta questão que será discutida com maiores comentários no próximo capítulo.

Boa parte da literatura crítica analítica da história das políticas de saúde no Brasil (MOTA et al, 2005; Lima et al, 2005) aponta para o papel intervencionista do Estado como mediador de interesses de classes sociais, e a tensão entre a necessidade de melhora nas condições de vida *versus* a pressão, em especial dos movimentos organizados de trabalhadores, por estas melhorias. Nesta tensionalidade, surgem as políticas de proteção social comumente vinculadas ao trabalho (Caixas de Aposentadorias e Pensões, Institutos de Aposentadorias e Pensões, que tinham em seus formatos a inserção do atendimento à saúde e à morte – auxílio-funeral – de seus segurados e dependentes).

Ações públicas, sem referências à condição trabalhista, até 1988, se restringiam, em sua quase totalidade, às ações preventivas e sanitárias, ao controle de doenças epidêmicas, com a prevalência da divisão entre saúde pública, coletiva, pontual e saúde curativa, previdenciária e privatista – com financiamento do Estado ao setor médico-empresarial, em especial de 1964-1973 (UGÁ & MARQUES, 2005; BRAVO, 2005). Então, embora a atuação do Estado tenha se tornado mais sofisticada a partir da incorporação das demandas de sujeitos políticos organizados, com o financiamento dos Institutos Previdenciários, contratação de serviços médicos terceirizados, à parte populacional sem acesso ao emprego – já que, em meados da década de 1970 até 1990, crescentes taxas de desemprego apareceram como resultado da crise econômica –

restava atenção em alguns hospitais universitários e em instituições religiosas filantrópicas (SERRA, 2001).

A crise da ditadura brasileira, iniciada em 1970 e aprofundada na década de 1980, revelou a dificuldade do governo militar aumentar a efetividade do combate aos problemas sociais antigos, que foram agravados, e os emergentes, dificuldade esta revelada pela redução de recursos financeiros durante a crise econômica, ao mesmo tempo em que ocorria pressão das organizações médico-empresariais até então subsidiadas, além de o governo se deparar com o surgimento do movimento de reforma sanitária.

Os anos 1980, marcados pela democratização, processo que culminou na Constituição da República Federativa do Brasil (1988), é a década em que se fez um debate sobre politização da saúde, protagonismo de atores fora da esfera estatal (usuários em saúde, movimento de trabalhadores, anistia política, Diretas Já) unidos aos sujeitos de associações profissionais de saúde. Este movimento, com raízes em segmentos progressistas da sociedade brasileira, propunha a democratização social e da saúde em um projeto societário radicalmente oposto aos regimes políticos autoritários. Na Assembléia Constituinte, as reivindicações do movimento de Reforma Sanitária foram quase em sua totalidade contempladas, em especial pelo enorme apoio popular às demandas de universalização do atendimento e melhora na qualidade dos serviços de saúde.

Estas reivindicações culminaram na criação do Sistema Único de Saúde (SUS), o qual define que as ações estatais devem integrar um sistema regionalizado, hierarquizado e que siga as seguintes diretrizes: atendimento universal, sem discriminação entre rural/urbano, segurado/não-segurado; atendimento integral, desde a atenção básica preventiva (privilegiada) passando pelas ações de média, até alta

complexidade; descentralização da gestão; participação e controle da sociedade com dois principais instrumentos de compartilhamento da responsabilidade e poder sobre a produção social da saúde: Conselhos de Saúde¹⁵ e Conferências de Saúde, ambos regidos pela Lei 8.142/1990.

O SUS pode, assim, ser definido como uma política de saúde que procura unir modelos ou paradigmas historicamente divorciados, ou seja, dissolver as contradições historicamente colocadas entre modelo de atenção preventiva *versus* modelo de atenção curativa, construindo para o Estado uma nova posição em relação à saúde e, dando à saúde, novas concepções, concretizando novos conceitos voltados para a noção de bem-estar social (BRASIL, Lei 8.080/90). Com o SUS, o Estado brasileiro passa a ser responsável não só pela administração, planejamento e fiscalização de ações em saúde, mas também pela execução dos serviços, nos níveis municipais, estaduais e nacional.

O SUS é diretamente inspirado no sistema de saúde pública canadense. O Canadá, a partir de fins da década de 1940 e meados da década de 1950 procurou incentivar modificações em seu sistema privativo de serviços de saúde, já que se restringiam à pessoas com possibilidade de pagamento pelos atendimentos. Em meio à década de 1960, a maior parte do Canadá já dispunha de acordos entre empresas privadas e o Estado canadense, iniciando o modelo atual. Este consiste em um pacto entre prestadores de serviços e governos federal e das províncias e, embora o Estado não seja o contratante de profissionais de saúde, é o financiador, por meio de impostos pagos pelos cidadãos canadenses, e administrador dos serviços (o que é diferente Estado

15 . Os Conselhos de Saúde são espaços deliberativos, constituindo o *locus* para democratização do Sistema Único de Saúde. Nos Conselhos estão presentes atores estatais e uma heterogeneidade de representantes de organizações da sociedade civil, entre eles *usuários* do SUS, profissionais e prestadores privados de serviços. Para uma análise sobre a existência e atuação dos Conselhos de Saúde nas mais variadas esferas, ver LABRA, Maria. Conselhos de Saúde: dilemas, avanços e desafios. In: *Saúde e Democracia: História e Perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2005

brasileiro). Em 1984, foi promulgado o *Canada Public Health*, que

reafirmou o seu empenho num sistema de seguro de saúde universal acessível, polivalente, transferível e publicamente administrado [...]. Para desencorajar as taxas de usuário e a facturação complementar, se alguma província autorizar a imposição de tais encargos extra para serviços de saúde segurados, a Lei Federal prevê sanções compulsórias numa base de dólar por dólar, a deduzir das transferências de pagamentos federais (CANADÁ, HEALTH SYSTEM AND POLICY DIVISION, 1999)

De acordo com o *Health System and Policy Division* do Canadá (1999), os princípios operacionais do plano de seguro de saúde canadense são muito parecidos com os do SUS: administração pública, abrangência (o seguro deve prover todos os serviços clinicamente necessários prestados por médicos e hospitais), universalidade, acessibilidade (o plano deve assegurar justas condições de acesso aos serviços, sem discriminação de condição de saúde, idade, sexo, etc.) e transferibilidade (as pessoas continuam a ter direito à cobertura ao se mudarem de província).

No Brasil, o modelo acima descrito serviu como base para a organização de um sistema público em que afirmação da saúde como direito humano relacionasse a ação estatal em saúde à totalidade da proteção social, à justiça social e à democracia, não mais a restringindo à atuação sobre o processo estrito do adoecimento. Mais que isso, a saúde começou a ser construída e entendida como parte de uma organização social específica, com pessoas com valores e significados diversos, inseridos em localizações geográficas diferenciadas. Ou seja, legislativamente houve o ponta-pé inicial em saúde para compreender a existência de fatores, externos aos indivíduos em si, que são condicionantes e/ou determinantes de suas condições de saúde e bem-estar. Fatores estes que devem ser observados, controlados e levados em consideração pelos gestores públicos na formulação e implementação de políticas econômicas e sociais – que devem promover e proteger a saúde da população. As relações sociais, em especial as de assimetrias de poder, passaram a ser importantes, constitucionalmente falando, na

compreensão, manutenção, formulação e execução de ações para promoção da saúde.

De acordo com as diretrizes do sistema de saúde público brasileiro, o controle social e a participação popular são fundamentais para a construção de uma política de Estado que consolide valores de democracia e cidadania. A própria qualificação do conceito de controle social se refere a uma nova compreensão sobre relações entre sociedade e Estado onde essa deve exercer a fiscalização e o controle sobre o último (CORREIA, 2005). A idéia dos Conselhos de Direito – como são os Conselhos de Saúde – são pautados nesta lógica de inclusão de sujeitos excluídos como atores políticos, tendo em vista garantir políticas que representem os interesses da coletividade e o uso do poder governamental para a consolidação da democracia. A proposta de controle social e participação popular é contextualizada na recusa ao autoritarismo e na aprovação da concepção de mudança na maneira de formular ações e gerir recursos, em que a gestão pública é valorizada como essencialmente democrática.

Falar de controle social na perspectiva do SUS implica em compreender a iniciativa de abrir acesso aos diferentes atores nos processos de negociações e arbitragem das diferenças e dos interesses em jogo. Significa a possibilidade de falar sobre a inserção de sujeitos políticos que possam estar comprometidos com a transformação dos espaços públicos em instâncias de defesa e conquistas de direitos. O que interessaria, então, no conceito controle social a ser aplicado pelo e no SUS, é o fato de as esferas de controle poderem se transformar em locais de luta pela democratização, pela permanência do Estado ampliado e pelas ações direcionadas pelos interesses coletivos (LABRA, 2005).

Mas, como aponta Maria Costa Correia (op. cit), é importante olhar com ressalva este conceito, já que, ao falar de relações entre sociedade civil e Estado, é possível cair em uma argumentação ou encantamento maniqueísta com este novo

conceito de controle social cunhado no processo de construção de um Estado democrático, e, logo, de uma aparente oposição uníssona às ideologias da manutenção de uma sociedade desigual. Muito pelo contrário, a autora, ao utilizar o conceito de sociedade civil gramsciano como estratégia de não separação entre infra-estrutura e superestrutura (presente em teorias marxistas ortodoxas), aponta para a não homogeneidade da sociedade civil, formada por interesses, demandas, desejos diferenciados e, na maior parte das vezes, contraditórios ou conflitantes¹⁶.

Para a referida autora, a oposição radical à ditadura militar fez vir à tona movimentos sociais com a característica que ela chama “de costas para o Estado”, ou seja, contrários à realização de acordos com aquele governo autoritário. Isto gerou uma idéia de pseudo-homogeneidade da sociedade civil, como se composta somente por pessoas ligadas à defesa intransigente de transformações contra a lógica das desigualdades. Entretanto, para compreender o controle social em sua amplitude, é necessário ter em mente que o constante conflito de ideologias de uma sociedade heterogênea também está presente nas arenas públicas de debate, ideologias estas colocadas em batalha pela hegemonia – no Estado e na própria sociedade. O controle social, então, seria balizado pela correlação de forças de diferentes atores políticos.

Embora a crítica de Correia tenha sido realizada centralizando as relações conflituosas entre interesses do Capital e interesses do Trabalho, vale manter sua preocupação com a qualificação do debate sobre controle social e participação da sociedade civil para estendê-la a discussões que serão levantadas ao longo deste trabalho, em que argumentarei sobre significados e valores que entram em conflito, são modificados, reinventados e atualizados nas discussões sobre transexuais e saúde.

¹⁶ Aqui, vale ressaltar que a autora analisa a sociedade civil dividida em dois blocos classistas, e, embora cite outras desigualdades, as concebe como fundadas pela desigualdade primária, que seria a existência da propriedade privada e a divisão do trabalho. Não compartilho desta perspectiva, mas, certamente, a minha discordância com este momento da argumentação de Correia não invalida a contribuição da mesma ao debate sobre Controle Social proposto.

Voltando um pouco na apresentação das propostas sobre controle social em saúde, gostaria de pontuar mais algumas questões. A Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa, lançada pela SGEP em 2004, reafirma a importância da incorporação de sujeitos políticos relacionados ao SUS, ou seja, população usuária em sua diversidade, gestores, profissionais, no intuito de fortalecer a cidadania. Para isto, propõe a criação de outros mecanismos, que não só Conselhos e Conferências, para o controle social, reafirmando, também, a co-responsabilidade do Estado e da sociedade sobre a produção da saúde e do sistema único. Ainda, o controle social na gestão descentralizada, ou seja, focada na municipalização, pretende potencializar redes de interlocução e aumentar a capilaridade da participação. Tal capilaridade é analisada como essencial para garantir o olhar sobre a diversidade sócio-política e cultural do país, permitindo maior encontro entre os desejos da população e a lógica institucional para atender aos mesmos.

O lançamento de diretrizes nacionais para a participação e controle social tem como proposta ampliar os espaços públicos abertos ao debate em saúde no sentido de dar voz à diferença, valorizando e consolidando a saúde como política de inclusão de populações específicas e como conquista popular. Mais, prevê que essa ampliação implique não só em debates, mas na construção de conhecimento a partir dos próprios atores incorporados. Propõe ações de educação popular em saúde, o fortalecimento de lideranças de movimentos organizados e a capacitação política desses mesmos sujeitos.

A criação de outros canais de participação também são de responsabilidade da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. É possível dar alguns exemplos, de maneira rápida e condensada, deste aumento de canais de vocalização, lembrando que um deles está diretamente relacionado à possibilidade de construção do presente texto, e, portanto, será analisado de forma mais detida:

- conselhos gestores, como os conselhos de Secretários Estaduais e Municipais de Saúde;

- grupos de trabalho nas três esferas de governo;

- pólos de educação permanente; e

- comitês técnicos de saúde, com a consolidação de mesas de discussão como ferramenta de gestão.

O projeto dos Comitês Técnicos, dentro do qual está presente o CT GLTB, é uma estratégia do Ministério da Saúde, desde 2003, na busca de implementar ações que possam consolidar a entrada e participação de grupos socialmente *vulneráveis* no processo político. A idéia é que a participação promova a qualificação da gestão, guiando caminhos diferenciados para que pessoas e grupos em situações de exclusão possam vocalizar suas situações de saúde e demandas para o SUS. Os CTs têm como fundamento a busca por direções propostas que promovam a equidade para estes grupos. Os CTs fazem parte da tentativa de

[...] implementação de políticas públicas que considerem a equidade em seu sentido fundamental e originário de negação da negação, ou seja, o da força reivindicadora de alteração de uma condição social clara de desigualdade. (COSTA & LIONÇO, 2006, 50)

Entram na agenda política reflexões e construções de conhecimento sobre populações vulneráveis outros critérios, além do critério classe social, ou seja, para além da condição econômica de desigualdade. Para o enfrentamento de desigualdades, construiu-se como necessidade avaliar outros condicionantes de saúde, com um refinamento da capacidade de análise de relações sociais amplas, características “subjetivas e intersubjetivas mediadas por valores, poderes e desejos” (idem). Identificar e combater situações de injustiça geradas em outras esferas que não a econômica vem tomando corpo formal a partir dessas estratégias de vocalização no

mundo público, procurando evitar relegar pessoas à indiferença.

[Plano Pluri Anual 2004-2007] reconhece que a restrição do acesso aos bens e benefícios públicos não se pauta apenas sobre o parâmetro da classe social, salientando outras formas de exclusão, que não apenas as da lógica perversa do capital, também contribuem para a promoção de condições extremamente precárias e de exclusão em relação à saúde, ao trabalho, à educação. (COSTA & LIONÇO, 2006, 51)

Esta perspectiva demonstra o deslocamento das teorias marxistas ortodoxas como eixos principais de análise de alguns grupos em situações de subordinação. Estas teorias são colocadas em segundo plano de análise com a constatação da existência de grupos que são identificados por uma variedade de fatores de ordem étnica, social e ideológica. Ou seja, os conflitos entre capital e trabalho não se constituem como marcadores fundamentais em suas construções como sujeitos (DIAS, 2001). Estes grupos agregam às suas lutas por melhores condições de vida novas configurações que estão no palco das tensões entre valores e significados (cultura) e não somente em situações de injustiças geradas no seio da produção coletiva da riqueza e apropriação privada da mesma.

Novos grupos organizados entram na luta por direitos sendo qualificados por perspectivas ou visões de mundo que não se encaixam ou não são agregadas por doutrinas políticas de Estados de Bem-Estar Social (embora as políticas sociais não sejam dispensáveis), já que não somente na criação de situações de pleno emprego, na distribuição de renda, na proteção social neste sentido tradicional de que os conflitos estarão resolvidos e suas demandas e desejos contemplados (idem). Também, estes grupos não são contemplados por políticas universalistas, de cunho liberal, em que a cada indivíduo devem ser dadas as mesmas oportunidades que a qualquer outro. As identidades coletivas são construídas sobre as bases da diferença, da existência de características únicas que as oponham às outras (MILSTEIN, 2003; ANDERSON,

2000). Tais políticas universalistas nem sempre são sensíveis ao elo “necessário entre direitos universais e os direitos à autodeterminação, à diferença” (VALENTE & VALENTE FILHO, 2005), isto é, sensíveis ao fato de que dois universos em tensão (universalismo e particularismo) devem ser ponderados como igualmente importantes quando se trata de proteção, justiça social e reconhecimento de sujeitos.

E, se o movimento de gays, lésbicas, bissexuais, travestis, transexuais se insere em um processo de luta por direitos, isto só parece ser possível porque não são compreendidos em uma relação íntima com movimentos em prol dos “interesses do trabalho” ou do “capital”. Longe disto, suas demandas, no geral, referem-se ao respeito às escolhas e às individualidades em relação ao gênero, ao corpo, ao exercício da sexualidade (o que constitui também sua fraqueza como movimento sem pauta fixa ou identitária, já que a diversidade presente no universo GLBTT cria também disputas e negociações entre os segmentos). Ao mesmo tempo, é possível argumentar que para que estes objetivos sejam cumpridos, o grupo e seus segmentos precisam alcançar mudanças de valores, ou seja, mudanças no plano cultural (e não só no plano formal, legislativo ou de políticas “no papel”) para própria aceitação de certas situações relacionadas à noção de escolhas privadas. Ou seja, talvez aqui, o êxito destes grupos, ou desses *novos movimentos sociais*, só possa ser imaginado quando “resulte da mudança do modo de pensar das pessoas” (DIAS, 2001, 02).

Neste sentido, a criação de instrumentos de inserção da população GLBTT na arena política – como assentos nos Conselhos de Saúde e no Comitê Técnico – faz parte da tentativa formal de reforçar a idéia de que a universalização dos direitos básicos só é possível com a não subordinação de grupos (alguns pouco visíveis, inclusive, para o mundo acadêmico, como ciganos), subordinação esta pautada em outras formas de exclusão que não a classe social. Demonstra uma preocupação estatal de criar diálogos

sobre políticas que dêem atenção às relações sociais com assimetrias de poder das quais os indivíduos – em si e como parte de comunidades – fazem parte. É reconhecer, ao menos no plano formal, que recentes formas contemporâneas de opressão situada em categorias sociais específicas são condicionantes das vulnerabilidades e das situações em saúde. Ou melhor, que alguns tipos de relações sociais estão se apresentando, contemporaneamente, como relações de opressão; categorias estão sendo dotadas de legitimidade no campo da política a partir de marcadores diversos. No caso específico a ser analisado ao longo desta dissertação, as atitudes formais têm sido tomadas diante do reconhecimento de que o estigma, a discriminação e a violência que afetam gays, lésbicas, bissexuais, transexuais e travestis trazem conseqüências negativas graves para a saúde e exercício de direitos destas mesmas pessoas em uma sociedade que se auto-intitula democrática.

Este entendimento complexifica o debate, abrindo portas para indagações sobre o funcionamento, na prática, desses instrumentos de vocalização e inclusão social na gestão, já que, se considerarmos que estes grupos se inserem na tensão entre valores culturais, é provável que esta mesma tensão esteja presente no campo político de disputas (e, daqui, tomo emprestado o conceito de sociedade civil heterogênea, explorado alguns parágrafos atrás). Sendo assim, algumas questões são parte do debate, como: quais são os significados que estão em conflito na arena política quando se trata de ações em saúde para mulheres e homens transexuais? Quais são os valores descartados no debate e quais os atualizados? Qual é a possibilidade de implementação do modelo do SUS quando populações específicas e que demandam ações diferenciadas estão colocadas? Quais são as concepções dos atores (transexuais e técnicos do Ministério da Saúde) sobre saúde e sobre o processo de construção de políticas? Estas perguntas, em maior ou menor medida, e sem pretensão de esgotamento das discussões,

serão realçadas ao longo do presente texto. Mas, ainda seguindo o propósito deste capítulo primeiro, de demonstrar momentos importantes ao se falar em política e saúde e transexualidades, faz-se necessário pontuar outras iniciativas formais e legais também presentes no debate, em especial a partir da segunda metade do século XX até os dias atuais.

As primeiras cirurgias para mudança de sexo são relatadas na década de 1920, em que era possível a retirada de pênis e testículos (castração), embora, não houvesse construção do que é chamado, hoje, neovagina. Após os trabalhos do médico Harry Benjamin, na década de 1960, o diagnóstico e tratamento, inclusive as cirurgias de redesignação sexual, propostos por ele passaram a ser adotados nos Estados Unidos e no mundo para o cuidado diante da situação de pessoas que postulavam não se enquadrar psicologicamente aos seus corpos. Benjamin é considerado um marco na compreensão do fenômeno de pessoas que diziam ser mulheres presas em corpos masculinos (SAADEH, 2004). A primeira cirurgia de redesignação sexual no Brasil foi realizada pelo Dr. Roberto Farina, em 1971. À época, o procedimento foi considerado crime, levando-o a ser condenado criminalmente e profissionalmente, pelo Conselho federal de Medicina (CFM), por má utilização da medicina (idem). O médico foi condenado a partir do argumento de que a cirurgia representava uma mutilação corporal, e não um processo terapêutico.

Esta perspectiva só foi modificada com a resolução 1.482/1997 do CFM. Tal resolução autorizava, a título experimental, logo, podendo ser realizadas somente em hospitais universitários ou adaptados à pesquisa, em casos de *transexualismo*, as cirurgias de transgenitalização. Estas se referem à intervenção em gônadas, caracteres sexuais secundários e construção vaginal e de pênis, além de dispor sobre os critérios para o diagnóstico correto de transexuais. Dispôs, ainda, sobre a necessidade de

acompanhamento e avaliação por equipe multidisciplinar (psiquiatra, cirurgião, psicólogo e assistente social), por pelo menos dois anos para a possível seleção para a cirurgia¹⁷.

Art. 3º Que a definição de **transexualismo** obedecerá, no mínimo, aos critérios abaixo enumerados:

Desconforto com o sexo anatômico

Desejo expresso de eliminar os genitais, perder as características primárias e secundárias do próprio sexo e ganhar as do sexo oposto;

Permanência desses distúrbios de forma contínua e consistente por, no mínimo, dois anos;

Ausência de outros transtornos mentais. (CFM, resolução 1482/1997, grifo meu).

A resolução de 1997 foi revogada e substituída por uma nova, em 2002, que ampliou a possibilidade de intervenção médico-cirúrgica em transexuais, retirando o caráter experimental das cirurgias de neocolpovulvoplastia, ou seja, da construção de uma vagina. A maior diferença entre as duas resoluções é a liberação da possibilidade de realizar cirurgias de adequação do fenótipo masculino para feminino em hospitais públicos e/ou privados, sem a necessidade de estarem vinculados às atividades de pesquisa, enquanto a modificação de características femininas para masculinas permanece como experimental.

17 Pensar transgêneros como conceitos de doenças específicas é hegemônico, mas não consenso. A Associação Americana de Psicologia é uma instituição-exemplo de como se pode pensar, dentro de disciplinas de *saúde* as incongruências entre sexo e gênero como questões de outra ordem, que não a enfermidade por si só. Mas, transexuais são encarados como as pessoas com mais experiências de sofrimento e fragmentação, incômodos com o corpo e deficiência para a vida social: “Uma condição psicológica é considerada desordem mental somente se ela causa incômodo ou 'deficiência'. Muitos indivíduos transgêneros não experimentam seus sentimentos transgêneros como problemáticos, o que implica dizer que ser transgênero não constitui uma doença mental em si. Para estas pessoas, o problema significativo é achar os recursos, como tratamento hormonal, cirurgias e apoio social que precisam para expressar suas identidades de gênero e minimizar a discriminação. Entretanto, alguns 'transgêneros' acreditam ter sentimentos incômodos ou que causam deficiência. Isto é particularmente verdade para transexuais que experimentam suas identidades de gênero de forma incongruente com o sexo de nascimento ou com o papel de gênero associado com tal sexo. Este sentimento estressante de incongruência é chamado 'disforia de gênero'. [...] Este diagnóstico é altamente controverso entre os profissionais de saúde e entre as pessoas *trans*. Algumas pessoas argumentam que este diagnóstico é inapropriado e deveria ser eliminado porque patologiza a variação de gênero” (APA, Answers to Your Questions About Transgender Individuals and Gender Identity, <http://www.apa.org/topics/transgender.html#isbeing>. Tradução livre).

Estas duas resoluções são as únicas regulamentações vigentes sobre transexuais, embora exista uma gama de projetos de leis arquivados e em tramitação na Câmara Federal e no Senado sobre transexuais. Exemplos são os PL 70-B/1995, PL 3.727/1997, PL 1.736/2003, PL 5.872/2005, e o mais recente, em tramitação no Senado Federal PL 6.655/2006. Cada um destes projetos tem um conteúdo diferente. O primeiro, anterior à resolução do CFM, propunha a descriminalização das intervenções cirúrgicas para alteração do sexo, desde que o acompanhamento e avaliação de junta médica estivesse presente. Propunha, ainda, que a mudança de prenome, sob autorização judicial, poderia ocorrer nestes casos específicos.

O PL de 1997, apensado¹⁸ ao anterior, afirmava igualmente, a mudança de prenome nos casos de transexualidade (este termo é usado no PL, e não transexualismo) para adequação de seu registro civil a sua nova realidade. O terceiro projeto, de 2003, pode ser considerado um retrocesso na discussão feita desde 1997 com a resolução do Conselho Federal de Medicina. O PL propõe a proibição da cirurgia para modificação genital em hospitais públicos ou conveniados ao SUS. O argumento é a falta de recursos públicos para a realização das cirurgias de readequação genital para transexuais, reduzindo o exercício destas cirurgias plásticas somente em casos de necessidade de reparação genital. Voltarei a esta discussão sobre recursos públicos em um outro momento. O PL 6.655/2006 é o projeto mais recente e com maiores mudanças na legislação para atenção às mulheres e aos homens transexuais. É o projeto de lei apoiado pelo Coletivo Nacional de Transexuais e pretende alterar a lei 6.015/1973. O PL apoiado propõe:

¹⁸ O termo apensado, para o legislativo, significa anexar em um mesmo processo projetos de lei que possam ter conteúdo similar e que serão analisados em conjunto. Um dos problemas que se segue a esta prática é que projetos com conteúdos e qualidades muito distintas, por terem como foco um mesmo tema, ou similar, acabam sendo colocados em um mesmo processo.

Artg. 58. O prenome será definitivo, admitindo-se, todavia, a sua substituição, mediante sentença judicial, nos casos em que:

I – o interessado for:

- a) conhecido por apelidos notórios;
- b) reconhecido como transexual de acordo com laudo de avaliação médica, ainda que não tenha sido submetido a procedimento médico-cirúrgico destinado à adequação de órgãos sexuais;

[...]

Parágrafo único. A sentença relativa a substituição do prenome na hipótese prevista na alínea b do inciso I deste artigo será objeto de averbação no livro de nascimento com menção imperativa de ser pessoa transexual. (PL 6.655/2006, autoria de Luciano Zica – PT/SP)

O presente projeto de lei foi aprovado na Câmara dos Deputados, na Comissão de Cidadania e Justiça, sem ir à plenária, em agosto de 2006, seguindo diretamente ao Senado, no qual ainda não foi votado. Significa avanço nas discussões para transexuais por não mais vincular mudança de registro civil à cirurgia de transgenitalização, o que é uma das demandas em saúde (ou seja, diretamente relacionada ao bem-estar) de transexuais. Foi um projeto construído em conjunto com o movimento de transexuais, talvez, por isso, represente os desejos desta comunidade.

Andréa - Faço parte da comissão que está cuidando do projeto de lei 6.655, de autoria do ex-deputado Luciano Zica do PT-SP, agora nas mãos do deputado Celso Russomano PTB – SP.. Ah! [entusiasmo] vocês não estão sabendo ainda! Foi aprovado na comissão da Câmara, na CCJ, terminativo, não vai à plenária! E vai ser solenemente celebrado na próxima terça-feira!

Tatiana - Parabéns!

Andréa – Parabéns para todas vocês! Tudo, né? (Conversa extraída de meus documentos de pesquisa, durante o Seminário Nacional já referido. Andréa é uma das transexuais do CNT.)

A mudança de prenome no registro civil se configura como reivindicação fundamental para a população de transexuais diante do desconforto que situações cotidianas causam quando os documentos legais não condizem com a aparência e a estética corporal das pessoas que os apresentam. Este desconforto pode acontecer

simplesmente pelo incômodo olhar de espanto, até levar a situações de violência moral e física, como apontado por Elisabeth Zambrano (2003), em sua análise antropológica sobre transexuais, mudança de sexo e mudança de registro civil. Igualmente, os profissionais do Ministério da Saúde avaliam a importância disto para transexuais.

Joaquim – Outra coisa que é importante pra dentro da saúde, o impacto que tem essa história dos direitos civis, né, do reconhecimento do nome, da mudança de documentos. Porque o sistema tem essa exigibilidade, ela exige do cidadão. (junho 2007)

Estas considerações preliminares sobre discussões formalizadas no Brasil, em forma de legislação, portarias, criação de órgãos competentes, se fazem relevantes para a compreensão de onde, a partir de que local institucional, é possível começar a se pensar transexualidades e política. Sem estas informações iniciais, haveria a dificuldade de entender quais são as disputas colocadas e quais são os argumentos construídos em negociações políticas para a realização de ações de atenção específicas aos transexuais. Compreender o modelo da política de saúde brasileira é importante para acompanhar as críticas e boas avaliações da própria possibilidade de existência do mesmo, com foco na diversidade e particularidades das populações do Brasil – em suas diversas manifestações culturais, identitárias, arranjos sócio-políticos e etc.

Os desafios colocados ao modelo do SUS por sujeitos que demandam acesso universal e equidade nas ações a partir de um argumento de especificidade de suas identidades e necessidade de reconhecimento e visibilidade não param, nem desaparecem, com a criação de mecanismos institucionais de vocalização de demandas destes grupos. Mas, sem saber quais são estes mecanismos se torna improvável que se possa traçar seus limites ou propor uma análise qualitativa da atuação das pessoas dentro destas instituições.

Este capítulo teve como objetivo demonstrar os momentos e locais em que os debates sobre transexualidades passam a ser pauta da agenda política no Brasil, desde a descriminalização das cirurgias de readequação genital e da construção parâmetros de diagnóstico (ou seja, patologização do fenômeno), até a criação de mecanismos institucionais em saúde para dialogar com esta população específica, com a articulação de transexuais organizados e o papel do Estado brasileiro, passando por descrição da legislação do Sistema Único de Saúde, a fim de compreender como estes mesmos mecanismos tiveram possibilidade de criação.

Capítulo 3

Profissionais e Transexualidades

O Ministério da Saúde (MS) instaura, em 2004, seguindo as recomendações da Secretaria Especial de Direitos Humanos, após o lançamento do *Brasil Sem Homofobia - Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra GLTB e de Promoção da Cidadania Homossexual*, com o objetivo de consolidar o direito de acesso à saúde da população de gays, lésbicas, bissexuais, transexuais e travestis, o Comitê Técnico GLTB. Este CT faz parte da estratégia do Ministério, através da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP), de agregar demandas específicas destes segmentos, a fim de traçar ações e políticas em saúde em consonância com seus desejos e necessidades.

Os capítulos anteriores se focaram em discussões iniciais sobre a pesquisa em campo, interesses e questionamentos, e a análise dos marcadores formais que constituem o campo da política de saúde e transexuais no Brasil. O primeiro capítulo buscou explicitar em que condições foram coletados os dados analisados no presente texto, quais os interesses iniciais e caminhos traçados a partir do que foi encontrado. O segundo, teve como objetivo central explorar a legislação do Sistema Único de Saúde (SUS) e a entrada de transexuais como preocupação da política de saúde brasileira. Dentro das ações políticas descritas está a criação do Comitê Técnico em questão, formado por profissionais do MS, pesquisadores de universidades brasileiras e representantes do movimento GLBTT.

O capítulo que aqui se inicia tem como objetivo demonstrar e descrever algumas das diversas perspectivas de cunho profissional presentes nas discussões sobre transexualidades e saúde dentro da esfera estatal de construção de ações para transexuais. Chamo abordagens de cunho profissional àquelas que me foram apresentadas diretamente durante pesquisa de campo: trabalhadores da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, gestores e palestrantes em mesas do Seminário Nacional em saúde para população GLBTT, falas de pesquisadores durante as reuniões do CT e dois documentos de representantes do judiciário que, de agosto a dezembro, haviam julgado a legalidade (ou não) da inserção de cirurgias de transgenitalização na tabela de remunerações do SUS (Juiz Federal Roger Raupp Rios e Ministra Ellen Gracie Northfleet, então presidente do Supremo Tribunal Federal). O primeiro documento foi indicado como leitura estratégica pela própria assistente técnica responsável pela coordenação do CT, pois representa, para ela, boa parte do que é pauta de discussões no comitê. O segundo é referente ao primeiro, já que suspende a decisão deste – logo, os dois merecem ser analisados como contra-pontos no debate.

A abordagem das disciplinas biomédicas, logo, de caráter científico e profissional, será comentada, já que constitui como ponto-chave para a compreensão dos discursos de outros profissionais e movimento social. Entretanto, será analisada com maior profundidade no próximo capítulo, pois, neste, o interesse está em mostrar o que pensam as pessoas que têm trabalhado diretamente com o embate político sobre como deve ser construída a atenção à saúde de transexuais, sendo que nenhum dos entrevistados estava diretamente vinculado à abordagem específica da medicina e campos de saber relacionados.

Diferentes aspectos da ação política em saúde para transexuais são iluminados a partir da interconexão das concepções dos diferentes tipos de profissionais

envolvidos nas definições tanto sobre o modelo, ou tipo ideal da política de saúde para o segmento, quanto sobre como garantir a implementação do mesmo diante de uma realidade de multiplicidade de fatores condicionantes da situação de saúde desta parte da população – buscando ter atenção, ainda, para as desigualdades regionais do Brasil.

Uma das questões comuns presente como preocupação nas falas de todos os profissionais é referente ao problema administrativo-orçamentário da garantia da universalidade do acesso à saúde frente à necessidade de alocação racional dos recursos públicos. De uma forma ou de outra, defendendo posições diferenciadas, todos trazem este tema como pertinente para o campo político. A preocupação passa pelos impactos aos cofres públicos da defesa de direitos particulares até compreender qual a opinião pública sobre investimentos para disponibilização de serviços específicos para transexuais. O dilema sobre financiamento se concentra em pensar a quem garantir acesso aos serviços de saúde quando a legislação tem como princípio a universalidade do direito e, ao mesmo tempo, existe uma realidade de escassez de recursos públicos. Lembro aqui que o orçamento previsto para ser destinado à saúde no início do ano de 2007 era de R\$ 40,7 bilhões (MACHADO, 2007), enquanto no Canadá, país no qual se inspira o modelo brasileiro, tem recursos públicos liberados para a saúde, constantes a cada ano, que correspondem ao equivalente de mais ou menos R\$ 111 bilhões (CANADÁ, HEALTH SYSTEM AND POLICY DIVISION, 1999). Esta proporção fica ainda mais interessante quando o contingente populacional é colocado: o Brasil possui aproximadamente 170 milhões de pessoas, enquanto o Canadá possui somente 27 milhões de habitantes em seu território (de acordo com a Embaixada do Canadá em Brasília).

O financiamento parece um bom ponto de partida para demonstrar como, no campo político, diversas perspectivas lançadas como argumentos ou bases para decisões

sobre os rumos que devem tomar o governo e a população em geral sobre a saúde são concorrentes. Tomando emprestada a análise de Karl Mannheim (1968, 39-41) sobre as modificações na forma de conhecer, quando o este autor aponta que a idéia de que uma única verdade ou modo de enxergar o mundo teria sido abalada após a quebra do monopólio eclesiástico sobre o conhecimento, arrisco dizer que também em relação à política de saúde no Brasil, a democratização trouxe a possibilidade de dar validade a outras formas de pensar sobre o que significa saúde (distintas do eixo patologia/cura), e estas várias versões de verdade sobre o mundo (ou sobre como deve ser a atenção à saúde) concorrem pelo prestígio e aceitação social. Especificamente sobre alocação de recursos em saúde, existe o confronto de pensamentos sobre o que deve significar o atendimento universal em um país com profundas desigualdades referentes à classe social, raça, etnia, gênero e geração.

A saúde é conceituada, para esta dissertação, como produto histórico no qual se misturam experiências subjetivas, discursos de saber, dispositivos de valor e gestão pública (FASSIN, 1996, 32). Esta última sendo definida como a responsável pela criação de meios que garantam um bom estado de saúde – sendo o conteúdo desta definido no próprio embate político. Fica clara a interdependência entre conteúdos da saúde e conteúdos da política, em que os dois campos ou os dois conceitos aparecem como constituídos por relações de poder que não podem ser ignoradas ao se falar de produção e consumo da saúde como bem público.

Fassin acredita ser possível apresenta a proposta teórica de uma antropologia política da saúde que deve ter como objetivo conhecer e compreender como a desigualdade social é corporificada, ou seja, marca os corpos e os faz acessar serviços de modos diferenciados, além de fazer com que as experiências de dor, sofrimento ou doença aconteçam de forma específica nos grupos que enfrentam

situações de desprovimento (idem, 52). E, diante disto, é demandado ao Estado que em seu papel se inclua respostas à desigualdade por meio de medidas distributivas e de proteção social. Estes modos de ação, no entanto, devem levar em consideração as práticas sociais que dão lugar às desigualdades, em uma análise do poder da inscrição da ordem social nos corpos e dos discursos que a justificam. Ou seja, pensar a política e a atuação estatal implica, necessariamente, em compreender os valores existentes, demonstrando “como cada sociedade inventa configurações diferentes das relações de poder e desigualdades” e como cada uma traça caminhos para contorná-las ou amenizá-las (idem, 56).

Após apresentar rapidamente as considerações teóricas acima, sinto-me confortável em retomar o argumento de que o papel deste capítulo é mostrar quais são os discursos colocados por profissionais sobre o que é e o que deve ser a atenção do Estado em saúde para transexuais. O juiz Roger Raupp Rios, do Tribunal Regional Federal da 4ª Região (Rio Grande do Sul), vorando pela antecipação de tutela na apelação cível sobre a inserção do pagamento de cirurgias de transgenitalização na tabela do SUS, argumenta que a União, ao não providenciar o serviço aos transexuais que chegam aos postos de atendimento à saúde, deixando que o procedimento seja financiado, muitas vezes, pelos próprios centros que montam o serviço de acompanhamento, viola gravemente o direito de pessoas transexuais, “causando riscos de danos irreparáveis à vida e à integridade física de transexuais” (RIOS, Voto de apelação civil pública 2007, 52) pela não disponibilidade do atendimento. Ou seja, para o juiz, alocar recursos para a realização dos procedimentos sobre genitália e caracteres sexuais secundários significa falar de direitos fundamentais de transexuais, que englobam a liberdade, ou melhor, direito ao livre desenvolvimento de personalidade e igualdade, compreendida como proibição de discriminação por motivo de sexo,

privacidade, direito à saúde e respeito à dignidade humana.

Ao analisar a igualdade e a liberdade a partir destes conteúdos, o juiz evoca a complexidade do problema com o qual as instituições políticas e jurídicas se deparam com a existência das transexualidades e demandas de saúde. Para Rios, o financiamento de cirurgias pelo sistema público brasileiro de saúde é de natureza coletiva, se refere à proteção de sujeitos que identificáveis como parte de um grupo, categoria ou classe de pessoas (idem, 02-03), o que implica em analisar, em seu voto, as transexualidades à luz das formas e dos conteúdos das relações sociais.

É imperiosa a consideração de uma perspectiva social (que diz respeito ao conteúdo e à forma das relações sociais, cujo desvendamento só se tornou possível a partir da noção de gênero), sob pena de emprestar-se solução jurídica incorreta quanto à interpretação sistemática do direito e à força normativa da Constituição. [...] se revela imprescindível a consideração de uma abordagem social da transexualidade, ao lado da biomédica, a fim que se alcance uma solução jurídica constitucionalmente adequada para este litígio. (RIOS, 2007, 05)

O voto utiliza-se, assim, de estratégias de reconhecimento do direito à identidade sexual, de direito à auto-determinação desta identidade, com garantia da autonomia e da igualdade. Isto significa dizer que a interpretação de Rios¹⁹ sobre as relações sociais é que a divisão binária ou a polarização de nossas vidas em masculino e feminino compatíveis com genitálias específicas impede que a autonomia e a igualdade, essenciais ao que se considera próprio de regimes democráticos, sejam realizadas. Ou seja, Rios considera que unicamente a abordagem médica que patologiza transexuais por meio da criação e imposição de um modelo classificatório binário em que um sexo

19 Interessante dizer que tanto Roger Raupp Rios, quanto Ellen Gracie possuem formação acadêmica com interesse nas relações de gênero de acordo com suas publicações. Porém, só Rios procura dialogar com as Ciências Sociais no que diz respeito à sexualidade e identidades de gênero desconectadas de sexo biológico, embora a ministra possua bacharelado em Antropologia.

Ver currículo Lattes de Rios em:

<http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/visualizacv.jsp?id=K4742443Y9>

Formação e textos da ministra Ellen Gracie:

<http://www.stf.gov.br/portal/ministro/verMinistro.asp?periodo=stf&id=35>

deve corresponder a um gênero (anatomia genital = papel social) restringe os direitos humanos fundamentais porque limita a esfera da auto-determinação de identidades dos indivíduos (idem, 07). Para ele, binarismo de gênero é

[...] a concepção segundo a qual as identidades sexuais masculina e feminina correspondem a certos padrões pré-determinados, resultantes de uma série de elementos e características. Quem define esta combinação é, basicamente, a atuação combinada de duas ordens de saber e crenças: o poder que detêm os profissionais da saúde (vistos como guardiões do saber biomédico) de definir cientificamente quem é homem e quem é mulher e, ao seu lado, a prevalência de determinadas concepções, socialmente dominantes, sobre o que é ser masculino e feminino (idem, 06).

O juiz faz uma análise das relações sociais a partir dos estudos sobre gênero, compreendendo que vivemos em uma sociedade heteronormativa, ou seja, em que os corpos e sexualidades são inventados sobre a divisão binária masculino-feminino, binarismo no qual os dois se completam e se excluem mutuamente²⁰. E as transexualidades têm como potencial criar disputas morais sobre o que é ser homem e o que é ser mulher, diante do fato que recusam seus corpos naturalmente dados, instauram um conflito entre as normas e ficções de gênero e um corpo e subjetividade que se impõem e vão além das normas. A crítica de Rios, então, à abordagem biomédica é que, ao se pautar nesta organização categórica binária do mundo, tomando-a como da ordem da natureza, perde-se o contexto amplo de criação e existência do fenômeno transexualidades. A valorização da natureza, daquilo que não é produto humano, mas que pode ser modificado por ele parece ser conceito-chave para a compreensão do discurso biomédico sobre transexuais. A idéia de natureza, sendo princípio e origem, se contrapõe ao acaso, a total falta de norma e lei. A natureza é a capacidade de “ser por si mesmo”, e o que se fabrica seria artifício, sempre incompleto e imperfeito se comparado

²⁰ Leitura interessante sobre a construção desse binarismo se encontra em LAQUER, Thomas. *Inventando o Sexo*. Corpo e Gênero dos Gregos a Freud. Rio de Janeiro, Relume-Dumará, 2001.

ao natural.

A busca de origens e princípios em lugares nos quais pode se ver principalmente o acaso, a agência e a vontade, como parece ser no caso de transexuais (e homossexuais, intersexos, bissexuais... e todas as categorias comumente atreladas aos desvios, anormalidades, anti-naturais), é a busca pela re-ordenação de um mundo que se vê constantemente rompido, dilacerado. A incoerência que a falta de “naturalidade” traz à simbologia de sociedades profundamente ancoradas em idéias de natureza em suas diversas formulações é a necessidade de reformular concepções sobre o que é natural e criar novas formas de ação para refazer a coerência de seu pensamento. E a natureza é a base para muitas das definições científicas às quais Rios se refere no trecho citado acima.

O patológico, sendo aquilo tudo que transgride, que subverte a norma, o que é considerado comportamento inadequado a alguma situação (GOFFMAN, 2007), pode ser pensado como aquilo que não obedece ao natural, aos princípios, à origem esperada. O patológico, citando Erving Goffman, é aquilo que “alguém não gosta ou acha extremamente desagradável” (idem, 295), e assim também parece acontecer com o anti-natural. O momento de separação de comportamentos naturais e não-naturais traz consigo o arcabouço da falta de consistência conceitual da natureza:

A idéia de natureza [é] oposta a uma certa quantidade de fatos, atitudes e acontecimentos que ferem a sensibilidade de alguns homens: sendo antes de tudo, expressão de desagrado, não uma idéia, permitindo o deslize intelectual graças ao qual se chega a afirmar que “transgride a natureza tudo aquilo que se opõe ao desejo [vontade]. (ROSSÉT, 1989, 19)

Esta rigidez originada da utilização da natureza como categoria principal de definição do feminino e masculino, logo, do normal e do anormal (traduzido, muitas vezes, na noção de patologia) é, de acordo com o juiz em questão, o principal entrave

para a concretização de um direito à saúde de transexuais. Para ele, se o binarismo é adotado, reforça-se a idéia de que as identidades sexuais e de gênero são ditadas por terceiros, restringindo a autonomia dos sujeitos de voz sobre suas próprias vidas – enfraquecendo, assim, “o conteúdo jurídico dos direitos de liberdade, igualdade, de não-discriminação e do respeito à dignidade humana” (RIOS, 2007, 06).

Importante apontar, neste momento, que o argumento de Rios também leva em consideração a seguinte questão: de acordo com ele, os procedimentos cirúrgicos utilizados nas cirurgias de transgenitalização são comuns a tratamentos de outros problemas de saúde e o SUS os remunera, deixando de fora, somente, a comunidade de transexuais do pagamento dos mesmos pela tabela do sistema de saúde. Melhor dizendo, a redesignação sexual não é um procedimento exclusivo para o cuidado de transexuais, ao contrário, as técnicas são utilizadas em uma diversidade de atendimentos, como reparo de genitálias depois de acidentes, reconstrução genital em casos de necessidade de amputação por motivo de doenças (como câncer), definição de genitálias em casos de ambigüidade anatômica das mesmas. Enfim, somente aos transexuais é negado o financiamento pela tabela nacional de pagamentos de procedimentos do SUS, o que implica que os serviços públicos existentes de atendimento à transexuais devem procurar recursos por outras vias (convênios firmados com estados e municípios, financiamento dos próprios centros, entrada no judiciário para autorização do pagamento caso a caso).

Sendo assim, Rios considera que existe uma discriminação por motivo de sexo e gênero, pautada em uma avaliação negativa sobre transexuais, que causa esta exclusão dos mesmos do acesso aos serviços considerados pela própria medicina como essenciais para essas pessoas. A sentença favorável à inserção de neofaloplastias e neocolpovulvoplastias e procedimentos complementares para transexuais tem como

embasamento o princípio da igualdade, proibição de discriminação por motivo de sexo e gênero, direito à liberdade, privacidade, direito à saúde e respeito à dignidade humana.

Os argumentos principais se resumem em:

2. A proibição constitucional de discriminação por motivo de sexo protege heterossexuais, homossexuais, transexuais e travestis, sempre que a sexualidade seja fator decisivo para a imposição de tratamentos desfavoráveis.

3. A proibição de discriminação por motivo de sexo compreende além da proteção contra tratamentos desfavoráveis fundados na distinção biológica entre homens e mulheres, proteção diante de tratamentos desfavoráveis decorrentes do gênero, relativos ao papel social, à imagem e às percepções culturais que se referem à masculinidade e feminilidade. (RIOS, 2007a, 01).

5. O direito fundamental de liberdade, diretamente relacionado com direitos fundamentais ao livre desenvolvimento da personalidade e de privacidade, concebendo os indivíduos como sujeitos de direitos ao invés de objetos de regulação alheia [...] (RIOS, Ementa, 2007a, 01).

A perspectiva do juiz Roger Raupp Rios é de que negar procedimentos e atendimento especializado aos transexuais se configura como discriminação e violação de direitos fundamentais, argumentando, a partir de sua concepção intelectual das diferentes abordagens das transexualidades, que as relações sociais geram desigualdades de acesso aos serviços que devem ser corrigidos pelo judiciário, no caso, pela inserção do pagamento de cirurgias de transgenitalização e procedimentos complementares na tabela de remunerações do SUS para transexuais.

Em contraposição, para a Ministra do Supremo Tribunal Federal, Ellen Gracie Northfleet, ao suspender a decisão de Rios, o papel do judiciário não deve ser decidir sobre alocação de recursos do SUS. Por causa do princípio da separação entre os Poderes, esta definição cabe ao Executivo e, de acordo com as leis 8.080/1990 e 8.142/1990, toda ação em saúde deve ser discutida com a sociedade civil organizada nos conselhos de saúde. Traz, portanto, interessante reflexão sobre o papel do Judiciário que não deve ser o responsável pela decisão orçamentária da saúde. Para a ministra,

enquanto não há posicionamento do Executivo sobre transexualidades, compete ao Judiciário julgar, caso a caso, quando o SUS deve ou não pagar as cirurgias. De acordo com ela, decidir por vias da justiça que o sistema público de saúde arque com todas as cirurgias de transgenitalização sem destinação orçamentária específica onerará os cofres públicos.

A questão que mobiliza a ministra parece ser a de que autorizar a alocação de “considerável quantia para pagamento desses procedimentos cirúrgicos” (BRASIL, STF, Suspensão de Tutela Antecipada 185-2, Ministra Ellen Gracie, 2007, 02) causaria grave lesão à ordem pública, já que concorda com o Advogado Geral da União quando este argumenta que a inclusão destes procedimentos para transexuais na tabela do SUS desfalcaria os recursos públicos destinados a outros programas mantidos pelo governo. Se a discriminação em relação à sexualidade e ao gênero são as questões que mobilizam o juiz Roger Raupp Rios, estas categorias não têm influência, nem sequer são mencionadas, no documento da ministra. Para ela, o objetivo da política de saúde no Brasil é alocar recursos com racionalidade “a fim de atingir o maior número possível de beneficiários”²¹ (idem, 04) enquanto o STF analisa

[...] situações relacionadas ao pagamento de tratamentos, cirurgias e medicamentos a pacientes [...] caso a caso, de forma concreta e não abstrata e genérica, certo, ainda que as decisões proferidas em pedido de suspensão, nesses casos, restringem-se ao caso específico analisado, não se estendendo os seus efeitos e as suas razões a outros casos, por se tratar de medida tópica, pontual” (idem, 03).

Nesta concepção, as idéias de universalidade e particularidade não são

21 Para as contradições deste modelo universal em relação à precariedade dos serviços públicos, ver MACHADO, Lia Zanotta. Entre o Inferno e o Paraíso. Saúde, Direitos e Conflitualidades. Série Antropologia nº 342, Departamento de Antropologia, Universidade de Brasília, 2003. neste artigo a autora aponta como são os setores de pronto-socorro que se configuram como recurso universal dos serviços públicos de saúde, principalmente para aqueles sem comprovante de moradia ou que não podem esperar pelos atendimentos dilatados no tempo. A autora indica a capacidade restrita da saúde pública e qual o local que se mostra de acesso universal.

colocadas em um mesmo plano de importância: as necessidades particulares são confundidas com individual, devendo ser analisado pelo poder judiciário individualmente. O papel do Estado como provedor de saúde é relatado como o de atender ao maior número de indivíduos, e o texto da decisão não traz, em momento algum, um exercício reflexivo sobre os determinantes e condicionantes sociais da saúde, conceitos presentes na Lei Orgânica da Saúde²². Ou seja, mais preocupada com o formalismo da lei e a separação dos entre Executivo e Judiciário, a ministra não parece acreditar ser necessário, no momento, entrar em discussões sobre os impactos das relações sociais marcadas por assimetrias de poder na produção de processos de doença e sofrimento para transexuais. Tal perspectiva parece desconsiderar o caráter relacional destas mesmas particularidades, em que não se reconhece o grupo e sim a patologia – logo, casos pontuais que devem comprovar no judiciário sua trajetória na carreira de doentes.

Seria possível argumentar que esta decisão foi tomada por causa do papel do próprio Superior Tribunal Federal, pois tem como função principal “julgar a ação direta de inconstitucionalidade de lei ou ato normativo federal ou estadual, a ação declaratória de constitucionalidade de lei ou ato normativo federal, a argüição de descumprimento de preceito fundamental decorrente da própria Constituição” (BRASIL, Sobre o STF, <http://www.stf.gov.br>). Nesta abordagem, a organização social poderia ser interpretada como passível de ser excluída da influência na decisão. No entanto, o que Rios demonstra, por exemplo, é que existe a base constitucional necessária para outras interpretações diferentes da demonstrada pela ministra.

22 “Art. 3º. A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.

Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social” (BRASIL, Lei 8.080/1990, Título I – Das Disposições Gerais).

Todavia, como já referi, a Constituição exige que se compreendam os direitos fundamentais emprestando-lhes a maior força normativa possível e evitando interpretação que implique restrição a outros princípios constitucionais e ofensa a direitos fundamentais de outros indivíduos ou grupos. Sendo assim, cumpre concretizar o direito à inclusão dos procedimentos a partir de uma compreensão da Constituição e dos direitos fundamentais que tenha seu ponto de partida nos direitos de liberdade e de igualdade [...] cuja relação com o direito fundamental à saúde reforça e fortalece (RIOS, 2007, 08).

Assim, o que se torna aparente é que os modos interpretativos são influenciados mais pelas concepções e inserções específicas dos sujeitos que interpretam do que pelas funções das instituições em que se inserem. O que é demonstrado na decisão da ministra é um tipo de conhecimento sobre o mundo que está vinculado a uma concepção em que as categorias de gênero e sexualidade não são interpretadas como importantes para o debate sobre reconhecimento das diferenças e direito à saúde. É a formalidade da lei (de como deve ser construída) e como garantir o princípio da universalidade diante da escassez de recursos que levam à interpretação das experiências de transexuais de maneira individualizada: transexuais não são vistos como um grupo socialmente vulnerável, talvez, sequer como grupo “que, possuindo um certo tipo de estrutura, formulam teorias correspondentes a seus interesses tais como os percebem em determinadas situações” (MANNHEIM, 1968, 200). A percepção da ministra sobre como deve o Estado se portar diante de transexuais parece traduzir a tensionalidade entre a criação de princípios gerais de ação e a dificuldade de aplicá-los em determinadas circunstâncias ou contextos (COWAN, DEMBOUR & WILSON, 2004).

Como apontam Jane Cowan, Marie-Bénédicte Dembour e Richard Wilson, na introdução do livro *Culture and Rights: Anthropological Perspectives* (2004), uma das facetas das diversas relações possíveis entre direito e cultura é quando o primeiro é colocado em oposição à cultura, em especial quando se trata de choque de valores de

sociedades diferentes em contextos de globalização e fluxo de pessoas. A idéia é trazer à tona as discussões que mobilizam “teóricos políticos e legisladores, filósofos, antropólogos, advogados, burocratas, organizações não-governamentais e pessoas comuns, e os forçou a entrar em um debate sobre o *status* legal e político que 'cultura' deve ou não deve ter” (idem, 04, tradução minha). Para eles, ao se pensar direito *versus* cultura (ou, aqui, direito universalizável *versus* particularidade) com foco exclusivo no primeiro aspecto leva, geralmente, à negação ou rejeição da cultura, já que reconhecê-la implicaria na não consolidação de direitos individuais universais²³. De acordo com estes autores, é no discurso dos direitos humanos da contemporaneidade que esta tensão se torna mais evidente e acalorada:

[...] por um lado, há desejo de estabelecer direitos universais e, por outro, a consciência das diferenças culturais, as quais parecem negar a possibilidade de encontrar solo comum em que basear tais direitos. (idem, 04)

Assim, pensar em cultura e direito como pólos opostos implica na necessidade de sempre ter que fazer uma escolha entre um ou outro ao invés de vê-los como partes inerentes das negociações sempre modificáveis e inter-relacionadas entre normas globais e locais (idem, 06). Colocá-los em pólos distintos faz com que cultura – ou diferença – seja compreendida como um conjunto de normas e significados fixos e imutáveis incompatíveis com a universalidade dos direitos humanos. Desta forma, tomar estas duas esferas em oposição acaba por criar uma contradição insolúvel, um paradoxo, que impossibilita a consideração da diferença como parte constituinte e relevante, para não dizer essencial, da universalidade. Um caminho contrário a esta

23 Se o foco nos direitos pode gerar arrogância da desconsideração da diferença, por outro lado, Dembour (2004, 59) aponta que dar foco exclusivo à segunda parte do dualismo (cultura), ou seja, utilizam-se somente do que chama “relativismo cultural” pode gerar incapacidade de ação diante de situações intoleráveis. “Eu peço a eles [seus alunos] que resistam a uma posição de relativismo cultural que pode fazer com que os agentes morais sejam indiferentes a situações imorais”.

oposição criticada pelos autores seria compreender que “é mais iluminador pensar a cultura como um campo criativo de trocas e contestação constante sobre certos símbolos, proposições e práticas, e transformação contínua” (idem, 05).

Para que este caminho seja viável, também é necessário entender que, se a cultura não é fixa e a diferença não deve ser um empecilho para se pensar em direitos, é possível retirá-los do par opositor se for compreendido que mesmo os chamados direitos universais não são naturais, mas historicamente construídos e culturalmente significados e apropriados (idem, 27). Só é possível pensar em direito como contrário de cultura, ou universalidade como contrário de diferença, quando concepções estáticas e abstratas dos dois são utilizadas. Ou seja, a valorização exacerbada de um pólo em detrimento do outro ocorre quando os conceitos são essencializados, ao invés de compreendidos como históricos, fluidos, contestáveis e em constante mudança (idem, 28).

A sentença comentada acima, proferida pela ministra do STF, demonstra a valorização do pólo “universalidade” ao compreendê-lo como maior número de beneficiários sendo atendidos pelos serviços públicos de saúde – independente de suas necessidades específicas, dificuldades, entraves ao acesso e ao atendimento de qualidade devido ao posicionamento social dos sujeitos. Aquilo que Fassin (op. cit) argumenta que seja relevante nas análises sobre atenção à saúde, que grupos e/ou indivíduos têm condições diferentes de acesso aos serviços (públicos, mágicos, curandeiros) e que isto tem impacto nos processos de saúde-doença ou sofrimento, é justamente o que não se faz relevante nas construções sobre as condições de saúde de transexuais na decisão da ministra. O pêndulo²⁴ entre universalismo e particularismo

24 A metáfora do pêndulo se refere à necessidade de pensar universalismo e relativismo como partes inerentes do processo de justiça em que princípios universais e particularidades se colocam: “este é o motivo pelo qual eu digo que esta posição 'entre/no meio' que advogo é instável e eu optei pela imagem do pêndulo. Mais que uma teoria que nos convida a escolher entre um dos dois pólos, precisamos reconhecer que nenhum deles é compreensível sem a consciência do outro” (DEMBOUR, 2004, 75).

fica preso no ponto do universal, demonstrando fé na igualdade formal, ou seja, na necessidade de que o Estado garanta a igualdade de oportunidades de acesso à saúde, como se as particularidades, no caso, as desigualdades com origem no gênero e na heteronormatividade, não fossem relevantes para analisar o papel do Estado como provedor de saúde (bem público) para transexuais brasileiros.

Esta dita igualdade formal encara o ser humano como indivíduo genérico, “portanto, desprovido de gênero” (FASSIN, op. cit., 65), em que o que interessa na garantia de direitos é um humano que não é sexualmente socializado. A perversidade desta abordagem é apontada por Drucilla Cornell (2001), quando analisa que, mesmo ao se pensar sobre teorias de justiça como equidade (a referência específica dela é a John Rawls), o sexo é negado – sexo que, para ela, significa como nos damos coerência e como nos projetamos no mundo. Esta autora inicia sua construção teórica a partir da crítica da igualdade pautada na comparação entre homens e mulheres. Para ela, a interpretação legal do sexo como gênero

[...] mantém a exclusão de gays e lésbicas do âmbito da lei de discriminação. As lésbicas são mulheres, claro. Mas, com a vigente lei contra a discriminação, são excluídas das reivindicações de igualdade sexual e liberdade sexual porque, como lésbicas, não se encaixam na escala de comparação entre os gêneros. Para poder insistir em suas reivindicações têm que proceder como mulheres hetero quando as injustiças às quais foram submetidas por um meio totalmente diferente daquelas suportadas pelas mulheres heterossexuais (CORNELL, 2001, 22, tradução minha).

A crítica de Cornell reside em argumentar que quando as leis colam igualdade à categoria gênero, ou seja, igualdade de oportunidades para homens e mulheres, abre-se a brecha para desproteção de orientações sexuais ou de tudo que não for interpretado como uma das duas categorias (homem ou mulher, em oposição e comparação). A autora se indaga ainda como é possível pensar em igualdade formal quando as diferenças entre os próprios homens e mulheres parecem se confundir com a natureza de nossa vida social:

Mas, a igualdade formal, por suas intrínsecas exclusões e porque é limitada demais nas exigências que impõe às instituições mais básicas da sociedade não pode levar justiça às milhares de mulheres de todo o mundo que a reclamam. [...] O que fazer quando não somos iguais aos homens de uma maneira que aparentemente implica em uma diferença ontológica, a dizer, que ficamos grávidas e eles não? Mais, como nos medimos em relação aos homens e depois compensamos desigualdades que se dão no matrimônio, no lugar do trabalho, e com respeito às relações sexuais? [...] posto que a liberdade sexual exige que sejamos capazes de reconhecer o domínio que as formas de gênero têm sobre nós como limitação e exclusão, a questão de que somos seres sexuados há de ser colocada no começo de uma teoria da justiça (idem, 25-26, tradução minha).

A autora reivindica que, para a existência de um direito justo, é necessário que se descole justiça da codificação de homem branco heterossexual de classe média como modelo de ser humano verdadeiro, ou seja, digno de reconhecimento. Para ela, é este tipo ideal o utilizado pelas teorias contratualistas (em que enquadra Rawls), que ao propor hipoteticamente um momento prévio de negociações sobre as normas que regerão as relações sociais ou acordo sobre os princípios da vida pública²⁵, propõem um encontro entre pessoas assexuadas. A posição original²⁶, ou seja, o momento de acordo sobre as regras, supõe um humano racional paradigmático que se confunde com o tipo ideal colocado acima (idem, 28).

Uma vez compreendida essa idéia básica de que somos seres sexuados, a reivindicação de pessoa legítima legal e política se encontra ligada ao reconhecimento de nossa existência como seres corporais. Cornell advoga, portanto, por um direito do concreto, que não se perca na abstração da mente, desconsiderando que só nos colocamos no mundo através de nossos corpos. O direito, para ela, precisa legitimar a pessoa como fonte de narração do que, para ela, é o significado de sua diferença sexual, escapando da condição de “outro degradado” (idem, 32), já que é problemática, para

25 Para um resumo da teoria rawlsiana ver: NEDEL, José. A teoria ético-política de John Rawls: uma tentativa de integração de liberdade e igualdade. EDIPUCRS, Porto Alegre, 2000.

26 “O contrato social de Rawls é concebido, não como histórico, senão como hipotético, celebrado em condições imaginadas como ideais. Trata-se, com efeito, de um contrato englobando certos princípios supostamente aceitos numa situação inicial bem definida. [...] A própria posição original é de natureza hipotética – nela se realiza, não mais que supostamente, o contrato social.” (NEDEL, op. cit., 31).

não dizer ilusória, a referida posição hipotética de simetria. A autora se posiciona por uma construção de direitos e ações políticas que não se limite a tentativas pontuais de redução de desigualdades (reconhecimento das assimetrias), mas pelo reconhecimento de pessoas livres para representar a si mesmas a valoração de seus planos e de suas vidas.

A decisão da ministra do Superior Tribunal Federal não leva em consideração a materialidade do corpo que tem em si condensadas as relações de poder que valoram pessoas – e corpos – transexuais como inferiores. Ellen Gracie não ignora que transexuais sofram – ao contrário, aponta que se solidariza com essa parte da população. Mas, sua solidariedade se constrói a partir da concepção patológica da transexualidades, e não do reconhecimento de um grupo que experimenta a dor, sofrimento e a própria doença que são condicionados por relações sociais específicas.

A decisão do juiz do Tribunal Regional Federal da 4ª região procura aliar igualdade e liberdade, universalidade e particularidade, noções tomadas como dicotômicas, como partes inerentes do processo de garantia de direito à saúde. Mas, é com esta tentativa que passa por cima das normas estabelecidas em diálogo com a sociedade civil organizada que definem como deve ser construída a política de saúde no Brasil. Isto aconteceu, em parte, porque a judicialização das questões de saúde de transexuais é prática constante no país (ÁRAN & LIONÇO, 2008), o que aponta dois lados de uma mesma realidade: a necessidade de recorrer a outras esferas que não a executora da política de saúde, diante dos entraves de acesso aos serviços de saúde e às próprias instâncias formuladoras e, por outro lado, a dificuldade de legitimação política que transexuais – e o movimento GLBTT como um todo – parece enfrentar no próprio diálogo com o Ministério da Saúde.

Ao refletir sobre dinheiro, direito à saúde e transexuais, os discursos

profissionais e técnicos da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa também apresentam que a alocação de recursos parece estar estreitamente vinculada com a valorização moral do tipo de atendimento que deve ser prestado para a população. Não só com referência a qual deve ser o papel do Estado na provisão do bem público ‘saúde’; também relacionado com a interpretação pública do que são transexuais. Os técnicos descrevem preconceito como causador da falta de prioridade ou entrave de ação nas instâncias executoras dos serviços (centros de saúde, hospitais) e no próprio MS.

Coordenador – envolve a questão da sociedade civil, da opinião pública. Eram pessoas daqui de dentro que falam: ah, mas tem tanta gente morrendo de diarreia, de cólera, de dengue, vai gastar dinheiro com isso?

Joaquim – pra fazer essa fuleragem? (entrevista com técnicos, junho/2007)

De acordo com um assistente técnico e o coordenador de Apoio à Educação Popular e Mobilização Social, o CT GLTB é um dos comitês com discussões mais atrasadas e com menores conquistas em pautas de saúde, em comparação com CTs instituídos na mesma época, como o comitê de saúde da população negra – que eles apontam como o mais avançado, em especial no que diz respeito à saúde de pessoas negras na escola (problemas e demandas específicas, impacto do preconceito na saúde). Não tenho condições de comparar factualmente ou estatisticamente essas afirmações e, na verdade, este não é meu interesse: acredito em meus interlocutores, os quais considero mais preparados que eu para fazer este tipo de avaliação. O que se faz relevante é demonstrar os diferentes argumentos ou avaliações dos profissionais para esse relativo atraso do CT GLTB em pautas para saúde, avaliações estas que demonstram posicionamentos e valores dos técnicos sobre o movimento GLBTT e

sobre transexuais.

Quando questionados sobre o motivo pelo qual consideram as ações em saúde voltadas para gays, lésbicas, bissexuais e *trans* menos desenvolvidas, os dois profissionais entrevistados sobre o assunto argumentam que o movimento GLBTT se organiza em cima de demandas específicas, ao contrário de alguns outros movimentos sociais que têm como demanda transformações políticas mais profundas. Consideram como problema a falta de capacidade de articulação entre as várias demandas e um pano de fundo que seja comum a todos os segmentos.

Joaquim - Isso aí eu acho um problema porque, por exemplo, existem disputas internas muito grandes entre esses segmentos. [...] na representação é uma confusão!

[...]

Coordenador - Eu acho que existe pouco trabalho nesse sentido, tanto pouco trabalho por parte das entidades, que ainda não conseguem superar no nível de se organizar só em cima de suas demandas específicas, em acho que para se tornar movimento social, político, teria que dar esse salto, superar essa coisa.

Demonstrando uma visão particular, estes profissionais avaliam que falta uma pauta comum aos segmentos GLBTT, o que demonstra que os dois possuem uma concepção específica sobre o que seria um bom movimento social (= consolidado) e uma boa forma de se fazer política (= sem muitos conflitos internos ao grupo). Estes dois profissionais não enxergam unidade de luta do movimento – perspectiva que não é compartilhada por todos os profissionais, vale lembrar. Técnico e coordenador demonstram dificuldade de lidar com a instabilidade existente quando se fala de sexualidade desvinculada de natureza – e consideram essa mesma desconexão como propiciadora da fraqueza política do movimento GLBTT.

Joaquim - Eles mesmos não compreendem todo o universo que envolve a causa, todo universo de diversidade que envolve a

causa GLBT. [...]

É difícil tu ver qual a identidade de luta, o que aglutina esse movimento, que não seja a questão sexual, cara, que não seja passar a fâca no transexual, que não seja o hormônio ou silicone da travesti, que não seja a luta contra a violência do gay... porque são lutas muito dispersas ideologicamente e pulverizadas em segmentos, então, é o sofrimento cotidiano daquela letrinha!

Estas dificuldades apresentadas pela fala acima descrita parecem aludir muito mais à concepção do que seja o espaço político ou a boa política do que, de fato, o que é ou como se constrói o movimento GLBTT. Ao considerarem a política como aquela que preza por unidades ou identidades fixas com projetos valorados como “maiores”, ou seja, ao interpretarem as questões sexuais como sem matrizes ideológicas facilmente identificáveis e posicionarem-nas abaixo daquelas que seriam mais relevantes, como “a organização para participar politicamente dos destinos do país” (coordenador, junho/2007), estes dois profissionais não visualizam como fazer a passagem entre “essa questão de que a repressão, a homofobia, a discriminação e a própria reivindicação [que] ocorre no corpo individual [para] transformar isso, e o que é sentido individualmente, numa coisa mais coletiva” (coordenador, idem).

A política que seria feita a partir da vocalização da dor e do sofrimento diretamente relacionado ao corpo ou sentido no corpo, deste que é materialidade e interpretação (LAQUEUR, 2001), individualidade e coletividade, não consegue plena legitimidade. O espaço democrático da política de saúde brasileira, que “nem sempre é tão democrático assim [...], já vem contaminado de valores que a gente é educado a vida toda, de repúdio à homossexualidade e tal” (Joaquim, junho/2007), é este feito de diversidades de compreensões, interpretações, experiências e significados atribuídos (KUSCHNIR, 2007) que criam entraves à política feita a partir das corporalidades. É interessante, aqui, lembrar os argumentos de Cornell sobre como se faz política em

sociedades ditas ocidentais – essa que é sem corpo e sem sexo – de modo a compreender que é a forma de conceber a política, a justiça, o direito, o maior empecilho para que seja possível dar respostas à sexualidade e saúde; já que as demandas a partir do corpo e do sofrimento são aquelas que cuja linguagem a “instituição não entende” (Joaquim, junho/2007).

Como apontei anteriormente, esta perspectiva do que é o campo político não é a única existente para os profissionais empregados na SGEP. Tatiana Lionço, técnica membro e coordenadora do CT GLTB é um exemplo de como as compreensões podem ser múltiplas dentro de um mesmo local de trabalho. Ela não pode ser considerada uma simples assistente técnica, que realiza atividades burocráticas; muito além, foi contratada especificamente por seu conhecimento sobre transexualidades e seu engajamento pessoal em pesquisas e análises sobre sexualidade e saúde. Tatiana é doutora em psicologia pela Universidade de Brasília (UnB), com tese sobre a construção da subjetividade transexual a partir da tensão entre corpo-personalidade e, atualmente, é pesquisadora da organização não-governamental ANIS – Instituto de Biótica, Direitos Humanos e Gênero, o que demonstra sua inserção específica no debate. Joaquim, por exemplo, possui inserção diferente no MS, tendo sido contratado para a Coordenação na qual atua por causa de seu envolvimento com movimentos sociais, em especial, estudantil, durante sua graduação em Farmácia na UnB. As trajetórias pessoais e profissionais parecem ser importantes para se compreender o porquê das diferenças de perspectivas sobre um mesmo tema num mesmo lugar profissional.

Tatiana Lionço, junto com Márcia Áran (doutora, professora e pesquisadora do Instituto de Medicina Social/UERJ, membro do CT GLTB), são produtoras de conhecimento engajadas na modificação de situações de assimetrias de poder. Mais do

que militantes, representam o aspecto teórico-reflexivo dos problemas relacionados à saúde, gênero e sexualidades, em especial, transexualidades – foco de pesquisa de ambas. Parece-me que esta condição diferenciada no espaço político é o principal motivo pelo qual Tatiana – minha interlocutora privilegiada – possua considerações diferenciadas sobre o movimento GLBTT e sobre a atuação política deste movimento social. Tatiana, em momento algum, relatou as mesmas dificuldades teórico-políticas apresentadas nas falas dos dois profissionais analisadas anteriormente.

As concepções políticas desta assistente técnica estão estreitamente vinculadas à promoção da equidade – o que ela entende como “negação da negação” (COSTA & LIONÇO, 2006) – das camadas populacionais excluídas do acesso à saúde e outros bens coletivos por causa de identidades de gênero e exercícios da sexualidade consideradas desviantes. As demandas de transexuais (e do movimento GLBTT, no geral), para Tatiana (e Márcia Áran) não estão desarticuladas de um projeto societário. Ao contrário, para esta profissional, o projeto é, além de visível, foco de suas indagações teóricas. Como estudiosa das relações entre gênero, da construção de subjetividades corporalizadas, a crítica à heteronormatividade e às interpretações dualistas que colam sexo-corpo-feminino/masculino é central nas suas análises, e o projeto societário do movimento GLBTT, para ela, se encontra exatamente na possibilidade de implodir essa equação normativa pênis = homem, vagina = mulher, homem + mulher = sexualidade legítima.

Não posso me abster de ressaltar novamente que a preocupação com preconceito é comum aos profissionais da SGEF. Se Tatiana é a única que faz a crítica ao binarismo de sexo/gênero, talvez seja porque é a única interessada academicamente nesta literatura e neste tipo de produção de conhecimento. Entretanto, técnico e coordenador entrevistados também se mobilizam com a redução do preconceito e com a

mudança de valores morais. O que procurei apontar anteriormente não é a falta de preocupação, mas como esta não é interpretada como plenamente legítima diante de concepções específicas do que é ou deve ser política. Os dois profissionais em questão não tomam a sexualidade como o plano epistemológico mais importante para a política; a homofobia é questão relevante e motivadora, mas não encontra, nestas pessoas, campo em que se poderia fazer a semente do incômodo com o preconceito florescer como projeto societário.

Coordenador - Eu acho que a sexualidade é uma questão de opção, que ninguém nasceu taxado, assim, pá: você vai transar a vida inteira com mulher, assim, assim, assim. Sei lá! Como se diz, eu não boto a mão no fogo nem por mim, entendeu? Sei lá, numa noite caliente, uma lua, eu já estou numa idade, já tive várias experiências, que eu não freio mais meu desejo por conta de que tem todo esse preconceito.

As diversas compreensões sobre qual o conteúdo da política, qual o papel do Estado, as importâncias dadas a categorias analíticas diferentes são constituintes do debate sobre política de saúde e transexualidades. As decisões e as ações reais de profissionais ligados ao tema – direta ou indiretamente – são condicionadas por suas respectivas concepções sobre como deve ser o mundo: como devem ser as políticas, como deve agir o judiciário, como devem agir os profissionais, o que é a transexualidade e o que é transexualismo, racionalidade e corpo. Este capítulo, acredito, consegue mapear como um debate profundamente enraizado no corpo gera problemas e como estes geram respostas diferenciadas, a depender da compreensão da vida social que os sujeitos com poder possuem.

Portanto, a compreensão de que todas as demandas são particulares e surgem de grupos específicos com vivências específicas (sempre intersubjetivas), mas que somente algumas se tornam palatáveis politicamente é essencial para que falar de

política seja comentar algo com enraizamento social (e corporal!). Isto é fundamental para que a política de saúde seja compreendida como esta formada por motivações, emoções, valores que lhe fornece significados (diversos, contraditórios, conflitantes e concorrentes).

Capítulo 4

Transexuais e Política de Saúde

(ou como sexo, gênero, saúde e projeto societário se confundem e borram suas fronteiras)

Mais claramente, transexuais são pessoas que sentem intimamente que pertencem ao sexo oposto de seu sexo anatômico. Transexualismo não é perversão. (<http://www.transexual.com.br>)

Conheci as transexuais²⁷ das quais falo (e deixo com que falem) neste capítulo quando participei como ouvinte de um grupo de trabalho sobre saúde e transexuais. Este encontro foi realizado durante o *Seminário Nacional de Saúde da População GLBTT na Construção do SUS* e ocorreu na tarde do dia 15 de agosto de 2007. O seminário teve duração até o dia 17/08/2007, contando com mesas redondas e debates com a população, porém, minhas análises se focam nas discussões realizadas durante o grupo de trabalho e nas atas de reuniões realizadas pelo CT GLTB, comentado anteriormente.

Nos grupos de trabalho realizados, o objetivo era que duas questões fossem discutidas:

1. Quem somos enquanto atores políticos no campo da saúde:

Onde atuamos e onde não estamos?

Como é a relação da minha entidade com a base?

²⁷ Utilizarei o feminino ao longo do capítulo para me referir às transexuais presentes no GT, pois, havia somente um homem transexual, ou seja, mulher para homem, Dedé. Mas, inclusive Dedé se referia a si mesmo, em grande parte das vezes, com pronomes femininos. Sendo a maioria mulheres transexuais, acredito importante o destaque do gênero de quem fala.

Como construímos as agendas e pautas na área da saúde?

2. Demandas dos segmentos no SUS:

- O que já conquistamos no SUS?
- O que precisamos para efetivação do SUS?
- Quais as prioridades do segmento na área da saúde?

Estas questões deveriam ser discutidas no prazo de quatro horas e trinta minutos (4h e 30min), contando com o tempo de encontro dos relatores para últimas definições. Ao final da tarde, um pequeno relatório em cada grupo de trabalho deveria ser consolidado, relatórios tais que seriam utilizados como base para a construção da fala da representante da população GLBTT no Conselho Nacional de Saúde (CNS) na abertura oficial do Seminário. Embora estas questões tenham sido debatidas, é preciso dizer que não foram sem dificuldade: as motivações das falas das pessoas presentes no GT de transexuais não estavam relacionadas a estas perguntas específicas e o espaço serviu como momento de reencontro face-a-face de pessoas do Coletivo Nacional de Transexuais (CNT) que queriam conversar sobre avanços em seus trabalhos, fazer queixas sobre a saúde/sofrimento, aproveitar o momento e o local para conversar sobre suas vidas e experiências com pessoas que não necessariamente acompanhavam-nas. Além de mim, um gestor do departamento de pesquisa do Ministério da Saúde (que se ausentou depois do intervalo), Alessandra (do Rio de Janeiro) e Dedé (de São Paulo) não eram conhecidos do CNT. Tatiana Lionço (coordenadora do grupo), Bete (de Goiânia), Valkíria (de Belo Horizonte) e Andréa (de Brasília) já haviam se cruzado em muitos outros encontros. Inclusive, para que as questões propostas como pauta de reunião fossem discutidas, algumas vezes tive que fazer pequenas intervenções para ajudar Tatiana na coordenação do grupo, especialmente ao final do dia, quando havia necessidade de fechar o relatório de discussões realizadas naquela tarde.

As experiências de vida destas transexuais, em especial de Bete, foram colocadas como exemplos de como as políticas sociais devem ser, em contraste com o que são e com o que causa(ram) à vida delas. Medicina, disciplinas *psí*, saúde, doença, sofrimento, sociedade, invisibilidade, vulnerabilidade, identidade de gênero em oposição à sexualidade, sexo, biologia, natureza, cura, patologização, são conceitos que aparecem, de uma maneira ou outra, nas falas motivadas e mobilizadas por uma situação específica: dizer o que é saúde, qual deve ser o papel do Estado, o que deve ser o SUS, como compreendem os princípios de universalidade, equidade e integralidade do SUS, como querem que a vida de transexuais seja e quais rumos querem que esta sociedade tome. Neste sentido, foi mostrado com clareza que existe um projeto societário que é diferente e entra em choque com o que alguns profissionais considerariam como projeto societário. E é a partir das falas e das dificuldades discursivas, dos entraves presentes nos relatos das transexuais que procuro demonstrar qual é este projeto para a sociedade, algumas possibilidades e alguns limites do mesmo.

No capítulo anterior, explorei perspectivas de profissionais envolvidos no debate, apontando para o impacto das concepções ou valores morais sobre o que deve ser saúde, o que é política e qual deve ser o papel do Estado na construção de ações nos processos saúde/doença de transexuais. Demonstrei que diferentes concepções se colocam no jogo político e concorrem para que uma delas seja a norteadora dos rumos da política de saúde no país. Principalmente quando existe um dilema entre falta de orçamento público e o debate sobre como deve ser a alocação destes recursos escassos, tensões se fazem presentes e se tornam evidentes, envolvendo significados da universalidade e das particularidades (ou diferença), significados que são (re)produzidos a partir da inserção social e crenças morais dos sujeitos que falam (técnicos do MS e representantes do judiciário). O presente capítulo tem como objetivo descrever as

perspectivas de transexuais sobre essa mesma política de saúde, sobre Estado, sobre o Sistema Único de Saúde e seu financiamento – problemas igualmente presentes na análise dos discursos de profissionais. Para isto, é necessário que as percepções das transexuais presentes no GT, sobre suas vidas e suas trajetórias políticas e em saúde, sejam apresentadas. É sobre estes olhares que escrevo, tendo em mente que não esgotam outros modos transexuais de vida – sobre os quais cabem mais e mais pesquisas.

O momento das discussões referentes às ações de promoção de saúde da população GLBTT, em especial de transexuais brasileiros, pode ser caracterizado como momento de negociação de realidades. Primeiramente, a demanda pela possibilidade de construção de subjetividades transexuais de maneira mais livre de amarras de gênero se coloca como foco, já que questionam a polarização sexual consolidada na lógica genitália-gênero-sexualidade-reprodução. Segundo, a tentativa de abrir espaços políticos de diálogo implica em falar “a língua da instituição”, como já apontado no capítulo passado, o que é dificultado pela estratégia que transexuais têm em mãos para expressar suas situações de vida: a experiência subjetiva, individualizada e corporal do sofrimento. E, em terceiro lugar, existe um conflito entre o que as transexuais demandam e o que o poder biomédico define, por meio das resoluções do Conselho Federal de Medicina e catalogações internacionais: que transexuais se enquadram em patologia específica. Assim, as disciplinas biomédicas detêm o poder de decisão sobre o que é saúde e o que é necessário para estas pessoas, em oposição à compreensão das transexuais sobre suas condições de sofrimento e saúde.

As discussões e os discursos presentes nas atas do CT GLTB e do GT em questão buscam saídas para o dilema entre transexuais *versus* poder biomédico, a partir da tentativa de reconhecimento²⁸ de transexuais como sujeitos importantes na definição

28 Acredito que uma boa definição deste conceito seja a dada por Brian Milstein, quando aponta para o caráter dialógico do mesmo: “O conceito de reconhecimento, desta perspectiva, tem em si a norma

dos caminhos que a política de saúde deve seguir. Este é o foco principal das negociações, já que se refere a quem (e o que) vai conseguir adquirir importância para guiar a atenção à saúde de transexuais. E diferentes valores, sentimentos e categorias são acionadas por transexuais (assim como por profissionais) preocupados com a legitimação de suas falas e ações. Um dos aspectos do problema saúde e transexualidades pode ser considerado articulador de outros componentes do tema: se o orçamento é questão importante para profissionais, gestores ou não, a escolha entre prioridades, seja na alocação de recursos ou na opção por atender determinadas pessoas no contexto do serviço de saúde, também é pauta para as transexuais presentes no GT de agosto do ano passado. Ou seja, a opção por quem será atendido pelos serviços de saúde brasileiros é alvo de discussões, por um viés (alocação de recursos escassos) ou outro (escolha de prioridade de atendimento no executor de serviços).

Andréa – Ai, Tatiana, eu só queria colocar [...] que o SUS é muito recente, do ponto de vista histórico. E o SUS tem prioridades que não são as nossas prioridades! Por exemplo, quando alguém da rede pública decide entre uma coisa e outra, a gente vê que ele [SUS] é muito precário nisso, porque ele não deveria decidir entre nada! A possibilidade de eu não adoecer ou a minha saúde psíquica é tão importante quanto, por exemplo, uma cirurgia de coração! É tão importante quanto! (agosto/2007)

Muito mais importante do que o financiamento em si (de onde vem, para onde vai) é expressar o descontentamento com os atendimentos em instâncias executoras de serviços, em que elas, as transexuais, reconhecem a existência da

processual de um diálogo aberto e igual, e quando esta abertura e igualdade são deixadas de lado podemos dizer que o não reconhecimento tem lugar, e demanda por um novo endereço.” MILSTEIN, B. *On Charles Taylor's Politics of Recognition!* Unpublished Paper, New School for Social Research, New York, 2003.

Ainda, se dispor a conversar como iguais com um outro significa aceitá-lo como par, no consenso ou no conflito. E, talvez, isto seja o mais importante ao se falar de reconhecimento: reconhecer é compreender o outro como digno de interação.

oscilação entre as idéias de igualdade e da diferença. Isto quer dizer que percebem que há desigualdade no acesso ao serviço por causa de suas particularidades identitário-corporais. Para tentar contornar esta situação, procuram manejar a categoria de “usuário”²⁹ do SUS, apoiando-se na legislação do SUS e na *Carta de Direitos dos Usuários do SUS*³⁰ de 2006, assim como outros artifícios de proteção à saúde não condizentes com suas demandas identitárias, como as resoluções do CFM ou catalogações internacionais de doenças. O desrespeito que citam como um fator condicionante do mau acolhimento e atendimento à saúde é interpretado ora como fundado na invisibilidade e desconhecimento do que é a condição transexual, ora como fruto do desprezo aos princípios do SUS. A referência específica é aos profissionais chamados “de ponta” - médicos, enfermeiras, assistentes sociais, recepcionistas, seguranças – ou seja, aqueles que recebem diretamente as pessoas nos serviços de saúde diariamente, porém, quando a pauta é o desconhecimento, a sociedade como um todo é referida como palco deste não saber e não (querer) enxergar.

Valkíria – são contrapontos.. a nossa maior vulnerabilidade é o desconhecimento por parte da saúde, dos médicos, dos juízes, da sociedade. Enfim, todos os atores da

29 Para implicações, limites e paradoxos do modelo de *clientela* no qual se inspira a categoria de usuário, ver GOFFMAN, Erving. O Modelo Médico e a Hospitalização Psiquiátrica. Algumas notas sobre as vicissitudes das tarefas de reparação. In: *Manicômios, Prisões e Conventos*. São Paulo, Editora Perspectiva, 2007.

Sobre este tema, gostaria de apontar rapidamente que a categoria usuário parece ser um resgate do papel ativo do paciente. Entretanto, não aglutina discussões sobre uma dificuldade encontrada pelos *usuários* dos serviços de saúde: a especialização do conhecimento médico cria uma lacuna entre pacientes e profissionais que impossibilita que a relação médico-paciente se dê em condições de igualdade como pretende a nomenclatura em questão. Nesta estrutura relacional inexistente a situação de clientela, em que um servidor (profissional de saúde) é prestador de serviço e o paciente o “dono” de um bem (corpo) “deixado para o conserto”. Nestes moldes, profissionais de saúde deveriam “obedecer” vontades e desejos de seus clientes; e isto não é objetivado.

30 O principal suporte que esta carta dá às transexuais se encontra no trecho:

“Terceiro Princípio:

É direito do cidadão atendimento acolhedor na rede de serviços de saúde de forma humanizada, livre de qualquer discriminação, restrição ou negação em função de idade, raça, cor, etnia, orientação sexual, identidade de gênero, características genéticas, condições econômicas ou sociais, estado de saúde, ser portador de patologia ou pessoa vivendo com deficiência, garantindo-lhes: I – Identificação pelo nome e sobrenome, devendo existir em todo documento de identificação do usuário um campo para se registrar o nome pelo qual prefere ser chamado, independente do registro civil [...].” (BRASIL, Carta de Direitos dos Usuários do SUS, Portaria nº 675/GM/2006).

nossa sociedade desconhecem a transexualidade. Confundem com transformismo, travestilidade, etc. E a nossa mais fragilidade é a invisibilidade.

[...]

Dedé – é uma demanda que não deixa de ser tão importante quanto, que é a demanda pelos profissionais da rede, eu estou falando da equipe multiprofissional, psicólogo, médico, de toda a rede... mas, o trabalhador da saúde não sabe o que faz, ele não está preparado...

Andréa – ele não quer, ele já faz julgamento de valor:

Dedé – na hora de atender ele tem a fragilidade de fazer um mal atendimento. Já começa na porta da triagem e isso é um desrespeito ao usuário, que não quer saber quem ele é, pode ser até bandido, mas não pode ser tratado assim!

[...]

Valkíria - ... ele tem que atender o presidiário, né, a transexual, o travesti, o negro, da mesma forma, não é? (agosto/2007).

A constatação de Dedé e Andréa, de que os serviços de saúde estão imbuídos de valores morais com os quais se julgam as pessoas a serem atendidas pela instituição, criando melhores ou piores condições de atendimento a determinados grupos sociais revela a existência de signos de distinção, isto é, a aplicação de localizadores de quem é a pessoa que busca o serviço e qual o lugar social que esta ocupa ou deve ocupar. Se como cidadãs, Dedé e Andréa, são iguais a todas as outras pessoas perante a Constituição Federal e a Lei Orgânica da Saúde, que deveriam garantir a isonomia e a universalidade de atendimento, as diferenças corporais e identitárias tiram-nas da possibilidade de existência digna. A desigualdade fundada no gênero – e aqui, não as entre homens e mulheres, mas criada através do rompimento de nosso imperativo do que deve ser feminino e o masculino – desestabiliza a noção de pêndulo utilizada no capítulo anterior. O pêndulo (DEMBOUR, op. cit.) entre igualdade de direitos e reconhecimento da diferença não se enquadra em um momento em que não existe entrada igual no sistema de atendimento à saúde porque há desprezo desta diferença! A diferença não consegue se colocar ou ser negociada como legítima.

O caminho existente para a inserção deste segmento populacional nos

serviços de atenção à saúde é, então, desviado da particularidade, ou seja, da visibilidade e do reconhecimento identitário. Apela-se a um outro direito: a garantia constitucional de universalidade do acesso à saúde no Brasil. Por este princípio, independente da condição ou do grupo social, e independente de crenças ou valores morais dos executores, profissionais de ponta são obrigados a prestar atendimento às pessoas que procuram os serviços. Isto significa que estas transexuais parecem saber que ainda não possuem força tal para garantir que a estratégia que querem confirmada para o um bom atendimento em seus processos de adoecimento e/ou sofrimento seja implementada. Outros recursos dialógicos, discursivos e legislativos são colocados como importantes para a negociação de suas construções como sujeitos de direitos.

Entretanto, a ideologia dos direitos humanos “baseada no ideal de padrões universais que todos os países devem alcançar, e de certos direitos inalienáveis que se aplicam a todos por sua humanidade” (MONTGOMERY, 2004, tradução minha), sob a qual se constrói o diálogo sobre acesso universal à saúde, não consegue ser implementada ou não ganha força quando o modelo ou a política de saúde está colocada em uma sociedade profundamente hierarquizada, em que as relações de poder estão imbricadas com a violência e a desumanização. A presença de transexuais demandando acesso aos serviços de saúde, de acordo com os relatos apresentados acima, parece gerar um tipo de aborrecimento aos profissionais que não tem sua origem na tensão universal *versus* particular, na dificuldade de inserir a diferença no universal, mas na descaracterização destas pessoas como sujeitos. Trata-se de compreender que existem entraves institucionais e operacionais de ações inclusivas a alguns grupos sociais “justamente por essas ações esbarrarem em resistências de ordem moral e preconceituosa” (LIONÇO, GRANER, STÉFANIE, 2007).

Dedé, ao comentar uma provocação feita em âmbito familiar traz

elucidações sobre as dificuldades de elencar prioridades no SUS e a falta de sensibilidade de profissionais aos sofrimentos de transexuais, dizendo que

Porque dentro de um contexto do SUS e dentro dos problemas que aí se levantam, de doenças, de vigilância sanitária, epidemiologia, o que se levanta são os dados que são naturais. Por exemplo, uma vez eu fiz até fiz essa provocação... entre fazer uma cirurgia de [...] uma retirada de mama, por uma necessidade não de estética, mas porque ali pode ter um carcinoma, um pequeno carcinoma, um CA, entre fazer uma plástica de recuperação por conta da situação física do indivíduo que passou por um acidente e pegar este segmento [transexuais] e ter um olhar de sensibilidade e de humanização, não! Eu tenho um sobrinho que fala 'tía, eu te adoro, sou cirurgião plástico, mas não me venha com esse segmento'. Então, existe preconceito da classe médica em desenvolver determinadas noções (agosto/2007).

Se para Charles Taylor (1994), ao analisar o sentido das obrigações morais e a naturalização das intuições “morais e espirituais”, existem exigências morais urgentes referentes ao respeito à vida, à integridade, ao bem-estar e à prosperidade dos outros que seriam impostas pela humanidade, ou pela necessidade de reconhecimento da raça humana como digna de respeito (aquele que também sou eu), quando há violência ou negação de um direito que deveria ser universal a uma parcela da população, como transexuais, é possível dizer que este segmento não consegue se encaixar ou ser interpretado como um “outro relevante”.

Portanto, nossas reações morais nesse domínio [respeito à vida] têm, por assim dizer, duas facetas. De um lado, são quase como instintos, comparáveis ao nosso amor por doces, nossa aversão a substâncias nauseantes ou nosso medo de cair; do outro, parecem envolver afirmações, implícitas ou explícitas, sobre a natureza e condição dos seres humanos. Nesta segunda perspectiva, uma reação moral configura-se como uma aceitação, uma afirmação de dada ontologia do humano (TAYLOR, 1994, 18)

Neste sentido, a desaprovação moral de transexuais parece deixar com que sejam relegados a uma espécie de limbo social, já que não devem pertencer a lugar

algum – logo, não podem ter direitos. Se a liberdade moral se confunde com a capacidade racional de resistir ao impulso de fazer algo moralmente errado (SKORUPSKI, 2007, 218-220) - no caso, transexuais viverem como pessoas do gênero oposto –, atribui-se aos próprios transexuais as causas e responsabilidades por seus desajustes e sofrimentos, o que permite censurar esta forma específica de vida. Como em qualquer desaprovação de caráter moral, não são somente os produtos da ação ou a ação julgadas errôneas, mas o agente é desaprovado. Assim, os marcos identificadores produzidos por transexuais em interação entre si e com os outros, desconsiderados, ridicularizados ou passíveis de censura, precisam ser relegados a um segundo plano quando há impossibilidade de se tornarem dignos da categoria humana por meio deles.

Os valores morais, padronizadores da convivência e da conduta, quando utilizados contra certos segmentos populacionais, não garantem a integralidade e a conservação de grupos sociais. Marilena Chauí (1995) ao falar sobre as relações entre filosofia moral e violência, argumenta que, para a moralidade dos brasileiros, é considerado violência tudo aquilo que viole o que se compreende por dignidade. Sendo violação desta tudo aquilo que desvincule a idéia de que somos sujeitos para nos alocar no espaço das coisas³¹.

A questão-problema é que esta noção de dignidade não abrange a todas as pessoas e somente alguns sujeitos são considerados importantes o suficiente para que a alocação objetificada seja vista como violência (crime ou vício). Isto porque, do lado oposto ao vício, valores positivos, de virtude e bem, são construídos, definindo quais as barreiras e fronteiras de ações violentas (CHAUÍ, 1995). Sendo assim, algumas

31 Para uma discussão aprofundada sobre violência e moral, direito legal, reparação e insulto moral, ver diferentes reflexões de Luís Roberto Cardoso de Oliveira, em especial o livro *Direito Legal e Insulto Moral: Dilemas da cidadania no Brasil, Quebec e EUA*, Relume Dumará, Rio de Janeiro, 2002. Neste livro, Cardoso de Oliveira analisa como legalidade e eticidade, ou seja, caráter ético-moral das decisões legais, se relacionam. Aponta para a necessidade de uma compreensão alargada sobre alguns conflitos que chegam ao judiciário, já que somente a punição de acordo lei ou as reparações materiais impostas pela mesma não são capazes de solucionar todos os conflitos, principalmente aqueles que demandam “solidariedade para com o interlocutor” (idem, 08).

categorias sociais podem ser relegadas ao sofrimento e ao adoecimento, à falta de cuidado médico e à desproteção social, quando suas falas de “eu sou” e “eu quero” não conseguem criar bases para que suas subjetividades sejam reconhecidas como dignas. O suicídio e a mutilação³² acabam se tornando parte de um cotidiano marcado pela desvalorização moral de transexuais como pessoas, agressão esta com impacto na esfera dos sentimentos e da dignidade. Existe um preço por modificar o corpo na contra-mão da simbologia da diferença sexual entre masculino e feminino, e a vulnerabilidade ao adoecimento, ao sofrimento, à auto-aniquilação traduzem este pagamento.

Bete - [...] por exemplo, eu parar no Conselho de Assistência Social, é porque as pessoas, esses gestores, não acreditam que a gente come, sabe, a gente não precisa de comida, a gente só precisa ficar bonita!

...
Dedé – é um processo que vitimiza as pessoas. Você encontra suicida [Andréa – exatamente!], tem um grau de estresse muito grande. Quer dizer, isso vai levando, desencadeando outras patologias que, na verdade, se tivesse ali a sensibilidade daquele profissional em trabalhar com a questão... (agosto/2007)

Seguindo o fio argumentativo de Luís Roberto Cardoso de Oliveira (2002), o desrespeito a direitos básicos dos cidadãos brasileiros tem como característica a seletividade da consideração pelo outro em suas particularidades. O não “identificar a substância moral de pessoas dignas” (idem, 12) atua como viabilizador da discriminação e da não consolidação de uma esfera pública³³ caracterizada pela justiça,

32 Lembro que as referências ao suicídio não são só das transexuais presentes no grupo, ou de transexuais em outras pesquisas. Este relato é comum, também, nos textos acadêmicos tanto ciências sociais/humanas, quanto biomédicas: “O transexualismo como um fenômeno, claramente contrasta nossos entendimentos comuns sobre sexualidade (1,2), mas não é uma depravação sexual (3) e sim a forma mais extrema de distúrbio da identidade sexual (4). Também chamado de disforia de gênero (5), é uma incompatibilidade entre o sexo anatômico de um indivíduo e a sua identidade de gênero (6). [...] Conseqüentemente seu sofrimento é tanto e tão urgente que podem chegar ao extremo de auto-mutilação e suicídio”. ATHAYDE, Amanda. Transexualismo Masculino. In: *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia*. São Paulo, 2001, v. 45, pg 407.

33 O autor compreende esfera pública como “o universo discursivo onde normas, projetos e concepções de mundo são publicizadas e estão sujeitas ao exame e ao debate público” (CARDOSO DE

pela garantia de segurança social e respeito aos direitos constitucionais. Para este autor, é característica dos brasileiros valorizar muito mais expressões de consideração à pessoa do que direitos universalizáveis, em que as relações pessoais e familiares teriam precedência às garantias legislativas ou normativas. Entretanto, mesmo que L. Cardoso de Oliveira indique que, no Brasil, acredita-se na importância da cidadania e da igualdade, “uma coisa é acreditar na igualdade, e outra é deixar de fazer um favor a um amigo” (idem, 105-106).

Bárbara - [...] Esta é uma questão debatida [patologização] com o movimento social de transexuais, pois muitas pensam que precisam se fazer de coitadas para ganharem o favor de serem atendidas.

[...]

Alba - O fator patogênico é a discriminação, sendo a própria falta de reconhecimento e respeito pela diversidade humana o que causa o sofrimento. (Reunião Processo Transexualizador no SUS, 08/02/2006)

A compreensão do tipo de lógica com o qual os direitos são operacionalizados ou manipulados por brasileiros parece ajudar a clarificar a dificuldade de construção de alguns grupos socialmente estigmatizados como sujeitos efetivos de direitos. O caráter dialógico, apontado pelo autor como essencial para a relação de reconhecimento, não se concretiza quando, em suas interações sociais, as pessoas desvalorizam participantes destes grupos como seres humanos respeitáveis, merecedores de atenção e consideração (idem, 107). E, apesar de L. Cardoso de Oliveira (2004) apontar para a não possibilidade de tradução direta do insulto moral em evidências materiais – conclusão a qual chega por causa de seu trabalho de campo com a justiça e a mediação de conflitos, no sentido de dificuldade de ressarcimento material quando o que está em questão é o respeito –, gostaria de apontar que o não reconhecimento de transexuais como parte da categoria de pessoas dignas tem se

traduzido em exclusão dos processos educacionais formais, da inserção no mercado de trabalho, no agravamento de doenças e em situações de violência física, incluindo abuso sexual. Todos estes são indicadores de como a desconsideração à pessoa geram ou aprofundam desigualdades.

Bete - Se escondem, negam ser violentadas [as transexuais]. Eu mesma fui violentada, fui expulsa de casa – e nem sabia o que era transexual. Só fiquei sabendo o que eu era depois que a Roberta Close apareceu na tevê [década de 1980] (agosto/2007).

Por outro lado, seria falso afirmar que não há qualquer forma de proteção normativa ou atenção à saúde de transexuais no país. Como descrevi no segundo capítulo, sobre a política de saúde no Brasil, ações endereçadas aos transexuais têm sido desenvolvidas, em especial as vinculadas às ciências biomédicas. Ou seja, o protagonismo dos discursos biomédicos para a compreensão do fenômeno de pessoas que vivem o gênero desconectado da diferença sexual (BENTO, 2008) revela a forma com que sociedades com profunda confiança nas ciências encontraram, neste momento histórico específico, para lidar com a desestabilização dos limites de suas categorias humanizadoras. É a partir da constatação de hegemonia das ciências naturais que Berenice Bento (2008, 15) pode afirmar que “os trânsitos entre os gêneros nas sociedades ocidentais passaram a ser interpretados como doença”.

Ao contrário de uma perspectiva identitária – que é a pleiteada pelas transexuais participantes do GT do seminário nacional –, alocar transexualidades no plano da patologia significa fixar que pessoas transexuais, para assim serem consideradas, precisam comprovar uma carreira de doentes. E mais, precisam comprovar, dentro desta carreira, que são verdadeiros e verdadeiras transexuais: devem portar laudos médicos e psicossociais demonstrando que não são pessoas que se

confundem com a perversão ou comportamentos moralmente corruptos. Por serem classificadas dentro de um catálogo de doenças, pessoas portadoras de uma disforia de gênero³⁴ ou de transtorno de identidade de gênero, patologia grave e permanente, é possível a criação de respostas políticas positivas de proteção. Digo que as perspectivas identitária e a biomédica podem ser consideradas idéias em oposição porque, sob a primeira, transexuais desejam ser reconhecidos como parte do gênero que sentem serem o seu, independente de uma anatomia ou genitália com a qual tenham nascido, isto é, identidade surgiria a partir da auto-declaração e auto-identificação de gênero.

Andréa - Eu sou Andréa, Eu sou mulher, eu quero! Eu tenho autonomia diante do meu corpo e eu quero! O que eu tenho que assinar aqui? Eu quero a readequação genital! Ou, eu quero outros caracteres que me identifiquem como mulher! Eu quero participar do processo transexualizador como um todo! Ou não: eu não quero a cirurgia de readequação genital, eu não acho que é isso que me fará ser reconhecida como mulher! Mulher a despeito de outra coisa, mulher a despeito da biologia, mulher a despeito do jargão jurídico, sexo feminino! (Agosto/2008)

A possibilidade de se remeter transexualidades à esfera da patologia é criada a partir da concepção da existência de dois sexos biológicos, naturais, aos quais são correspondentes comportamentos, valores e sentimentos específicos. Define-se cientificamente que “biologicamente a espécie humana se define em dois grupos: o do sexo feminino e o do sexo masculino” em que, segundo uma “determinação genética, quem porta os cromossomos XX é biologicamente mulher e quem porta os cromossomos XY é biologicamente homem” (OLIVEIRA, 2004 apud FACCHINI & BARBOSA, 2006). E, como parceiros obrigatórios das genitálias criadas pelos cromossomos sexuais (vaginas femininas e pênis masculinos) têm-se a oposição e

34 “Em 1969, realizou-se em Londres o primeiro congresso da Associação Harry Benjamin que passaria a se chamar Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association (HBIGDA) em 1977. A transexualidade passou a ser considerada como 'disforia de gênero', termo cunhado por John Money” (BENTO, 2008, 76).

complementariedade de personalidades-corpos (mulheres e homens).

Deve-se a Thomas Laqueur ([1987] 2001) a análise da modificação histórica de uma realidade em que sexo e gênero não eram coincidentes, para uma outra forma de ser, viver e agir, em que o sexo biológico, o corpo sexuado binariamente, passa a ser ancoragem obrigatória do gênero. Ao analisar grandes tratados renascentistas de anatomia, como o *Tabulae Sex*, de Andreas Versalius de Bruxelas, Laqueur argumenta que até o século XVII e meados do século XVIII, existia um saber anatômico que conhecia e descrevia o sexo como um único, mais desenvolvido em homens e menos desenvolvido em mulheres. Enquanto o gênero poderia ter pelo menos duas expressões. No modelo antigo, homens e mulheres eram vistos como dotados dos mesmos órgãos genitais, no caso, masculinos - pênis e testículos – e a diferença entre corpos de homens e corpos de mulheres é de que estes não teriam externalizado a genitália. A distinção sexual seria de grau (maior ou menor perfeição, mais ou menos calor) e não de tipo, como a ciência contemporânea define a diferença sexual. Nesta nova compreensão sobre os corpos, a natureza provê a distinção e cabe à sociedade respeitá-la.

[...] a visão dominante desde o século XVIII, embora de forma alguma universal, era que há dois sexos estáveis, incomensuráveis e opostos, e que a vida política, econômica e cultural dos homens e das mulheres, seus papéis no gênero, são de certa forma baseados nesses 'fatos'. A biologia – o corpo estável, não histórico e sexuado – é compreendida como o fundamento epistêmico das afirmações consagradas sobre a ordem social (LAQUEUR, 2001:18).

Esta diferenciação emergente no Renascimento, binária, de sexos antagônicos, de tipo e não mais de grau, é tomada como fundante do masculino e do feminino, o que marca a fronteira dos gêneros, mesmo quando momentos desestabilizadores desta diferenciação sexual emergem. A diferenciação se torna hegemônica na construção dos sujeitos, mesmo que isto não seja aparente ou explícito nas noções Iluministas sobre direitos. Pode-se argumentar que o surgimento das

transexualidades se configura como uma destas situações de crise; outras existem, como o fim da família nuclear burguesa, a separação do sexo e da reprodução e políticas de visibilidade da homossexualidade (ARÁN, 2003). Transexuais trazem a instabilidade intrínseca às suas existências, pois reivindicam uma identidade oposta àquela informada por seus corpos naturalmente dados. Ser homem ou ser mulher torna-se confuso: já não basta nascer com uma vagina para que se comprem bonecas, vestidos e artefatos cor-de-rosa (ou o contrário, objetos azuis). As transexualidades podem ser definidas pela desestabilização que geram às fronteiras em que sexo e gênero deveriam ser contínuos, como em uma fila indiana.

Berenice Bento (2003), ao escrever sobre esta suposta continuidade sexo-gênero, utiliza como metáfora a cirurgia de readequação genital para argumentar que todos nós que vivemos em sociedades em que o gênero é pensado de modo binário e ancorado em uma construção de sexo biológico, “já nascemos operados”. Isto porque, em momento anterior ao nascimento de nossos bebês, agimos, a partir de nossas expectativas e emoções criadas intersubjetivamente, de forma a moldar corpos sexuados. Ou seja, previamente ao nascer de bebês, já lhes damos um gênero (comportamentos, sentimentos, valores, modos de se colocar no mundo) colado no que interpretamos como um dado do natural, um sexo. Sexo, identidades de gênero e, logo, sexualidades são utilizados como se fossem contínuos em uma mesma sentença. Porém, esta linha sexo-gênero já é, em si, a demonstração de como o corpo é simbólico³⁵ antes

35 Compreendo este conceito para além da metáfora. Gosto, particularmente, da conceituação de Marshall Sahlins ao “simbólico”, dando a este qualidade distinta da idéia de representação de algo que seria real. Sahlins descreve constantes ataques maori a um mastro levantado por ingleses, em que esta “construção estava claramente semelhante a um *tuāhu* maori: um altar cercado dentro do qual se erguiam um ou mais mastros; era assim que eram constituídos os recintos sagrados dos maori e esses substanciavam suas antigas reivindicações às terras tribais”. A derrubada do mastro e bandeira ingleses poderia ser interpretado como simbólico, ou seja, signo daquilo que seria considerado real: nós, maori, não queremos a dominação de nossa terra. Mas, Sahlins argumenta que a luta se referia a mais do que uma metáfora: “Se a resposta nos parece simbólica, não devemos esquecer que a questão decisiva [...] era igualmente abstrata: Heke sofria de dores inevitáveis de alguém que vê, ou sente, o eclipse de seu modo de vida por um outro” (2003, 87-93). Assim, o símbolo é também realidade.

de ser natural. Ao falar-se de transexualidades, demanda-se por uma compreensão alargada sobre as corporalidades:

a experiência do corpo não pode ser redutível à sua condição somática, mas tampouco à sua também condição simbólico-representacional alcançada pelo trabalho psíquico. A pulsionalidade do corpo erógeno implicaria em uma relação de disjunção e de articulação entre estes dois registros, o que propusemos a partir da expressão ‘tensionalidade somato-psíquica’ (LIONÇO, 2006, 03).

Este corpo simbólico, que não deixa de ser real, demonstra a falha da cirurgia para criar corpos lineares em sexo-gênero em pessoas transexuais. Esta operação cultural, ao não ser tão bem sucedida, mostra seus próprios limites. E é exatamente nesta ocasião, a partir deste risco, que a “idéia de que o gênero reflete, espelha o sexo” (BENTO, 2003) é colocada à prova e tem dificuldade de se reerguer com as próprias pernas. Exige-se, para a continuidade do binarismo de gênero, ações positivas que reavaliem e cultivem a oposição-complementariedade dos sexos como norma. E é aqui que as ciências biológicas ou da natureza se colocam como atores principais, proferindo discursos e criando tecnologias capazes de manter a significação do sistema sexo/gênero razoavelmente estabilizado.

Quando as ciências biomédicas constroem e são construídas sobre o alicerce da divisão binária-complementar entre corpos/gêneros, o desacordo com a normatização genitália = gênero tem duas importantes interpretações como possibilidade. A primeira, o trânsito para um gênero não ancorado anatomicamente pode ser entendido como subversão, perversão, ou seja, falha moral. E a segunda, este trânsito pode ser remetido para a esfera da natureza, causado por anomalias no desenvolvimento embrionário, psicológico, etc., e, portanto, passível de conserto e alvo de solidariedade. Sob esta perspectiva, a patologização se torna fonte de legitimação da possibilidade de proteção de transexuais como população vulnerável a partir do argumento de que estas pessoas

são vítimas da loteria da natureza, não havendo escolha em ser transexual.

Aqui, parece interessante trazer o comentário do historiador Pierre-Henri Castel (2001), sobre a descoberta dos hormônios e o impacto disto na construção do que ele chama de “fenômeno transexual”. O desenvolvimento da endocrinologia, especialmente após a Segunda Guerra Mundial, dá base científica ao dimorfismo sexual, consolida a diferenciação total entre homens e mulheres e afina as relações entre sexualidade e hormônios, garantindo uma visão naturalista biologizante sem a necessidade de recorrer à subjetividade, às ciências sociais, à psicologia ou à psicanálise.

Graças aos hormônios a anormalidade das condutas e dos sentimentos torna-se uma questão de dosagem sanguínea. Retificar essas dosagens é econômico, causalmente eficaz, e deixa fora do campo consciência moral e vida privada. A evidência segundo a qual os comportamentos sexuais ou sociais (sobretudo a violência) dependem dos hormônios não espera senão uma teoria que reduza a identidade pessoal à soma das interações comportamentais para acabar numa construção exclusiva da noção de conflito psíquico indispensável à psicanálise (CASTEL, 2001, 84)

Como argumentei há algumas páginas acima, a característica da censura moral está no poder de reprovar a pessoa que age, sob o princípio de que o “deve implica pode – que o que eu tenho de fazer eu posso fazer” (SKORUPSKI, 2007). Quando a liberdade moral, ou seja, de escolha entre normas ou entre certo e errado/bem e vício, é pensada em relação direta e explícita com a responsabilidade moral, a imoralidade só existe quando é possível julgar que o agente poderia ter resistido ao impulso de agir errado. A qualquer um que se atribui a qualidade de agente moral, pressupõe-se a capacidade de abster-se de determinados comportamentos contrários às normas e/ou valores morais.

A patologização das transexualidades, ou o remetê-las à natureza, ao incontrolável e ao imponderável ao humano, significa tentar retirá-las do campo das

moralidades (ou da desvirtuação de valores). Quando algo é considerado doença para as ciências norteadoras de boa parte de nossas compreensões sobre a realidade biológica, não há razões suficientes para censurar o agente, no caso, o doente-transexual. Se só é possível desaprovar ações e pessoas quando a liberdade e a responsabilidade moral lhes são atribuídas, o desvio do que seria considerado moralmente obrigatório (mulheres devem ter vaginas e úteros, complementares e em oposição ao masculino, pênis e esperma) não é interpretado como um código moral violado. A ação (querer/viver como mulher/homem em oposição à genitália) só poderia ser referida como imoral se fosse igualmente interpretada a capacidade de controle da pessoa transexual sobre si mesma e seu desejo.

Ao contrário de outros grupos sociais humanos ou outras culturas³⁶, o fio condutor filosófico ocidental concebe natureza em oposição a um suposto mundo humano; é na relação com a natureza (animais não-humanos e meio ambiente) que o *homem* se define. Nesta forma articuladora, o corpo aparece como aquele descolado do que é propriamente humano, aquilo com o qual o *homem* deve manter relação (mas não é o que o constitui). E a natureza é pensada como matéria-prima para a vida, sempre exterior ao humano, que se torna “corpo” somente na noção de que se precisa dela para a sobrevivência, para o suprimento de necessidades biológicas vitais. Karl Marx, em *Manuscritos Econômico-Filosóficos*, parece apresentar uma boa síntese desta forma de entender a natureza:

[...] natureza como seu corpo inorgânico: 1) como imediato meio de vida; e igualmente 2) como objeto material e instrumento de sua atividade vital. [...] o homem vive da natureza, ou também, a natureza é o seu corpo, com o qual tem de manter-se em permanente intercâmbio para não morrer. [...] enquanto o homem produz quando se encontra livre da necessidade [...], o animal apenas se produz a si, ao passo que o homem reproduz toda a natureza; o seu produto pertence imediatamente ao seu corpo físico, enquanto

36 Ver Eduardo Viveiros de Castro, em Esboço de uma cosmologia yawalapíti. In: *A inconstância da Alma Selvagem*. COSAC NAIFY, São Paulo, 2002.

o homem é livre diante de seu produto. (MARX, 2004[1844], 116-117)

Embora historicamente circunscrito, esta dualização da realidade em humano *x* natureza, *homem x* biológico, é ainda presente e tem força nas definições sobre sexo, gênero, sexualidade. Bronislaw Malinowski, em um livro esquecido (e, em muito, repudiado por antropólogos), afirma que a natureza humana seria a biologia, que o corpo e as necessidades fisiológicas são a base para as formas culturais. Ou seja, em *Uma Teoria Científica da Cultura*, Malinowski, em meados do século XX, não acreditava na possibilidade de construções culturais que desconsiderem os chamados da biologia: respirar, dormir, repousar, nutrir-se, excretar, reproduzir (1975, 76).

A preocupação do autor, à época, era projetar uma teoria que relacionasse determinismo biológico, fisiológico e cultura em uma mesma equação (idem, 164), uma teoria antropológica em que a totalidade da vida humana (corpo + cultura) fosse analisada. Embora seja considerada ultrapassada pela Antropologia, a formulação teórica de Malinowski ainda é representante do pensamento hegemônico ocidental: a natureza pode ser modificada, porém, nunca artificialmente construída e, ao mesmo tempo em que é base, é incontrolável e imprevisível (aqui, pode-se pensar simplesmente nos ditos “fenômenos da natureza”). A separação corpo (natureza, biologia) e cultura (artifício, representação, simbologia) ainda faz sentido na nossa vida social. Malinowski é um retrô-atual.

Compreender a desordem de nossas categorias classificatórias como fruto da loteria da natureza (esta além de nós) significa poder domesticar o sofrimento que pode(ria) ser causado pela desestabilização do que dá sentido aos corpos-simbólicos. E esta natureza-base, natureza-matéria-prima, se torna muito bem-vinda para desempenhar tal papel ordenador. Expressar a tragédia moral³⁷ no idioma da patologia é um atalho

37 Para melhor compreensão da tragédia moral como condição humana, ver DINIZ, Debora. *Conflitos*

para o caminho tortuoso da dúvida e do sofrimento moral que instauram disputas morais sobre o que é ser homem e o que é ser mulher; quando é flagrante um conflito entre as normas e ficções de gênero, entre corpos e subjetividades que se impõem e vão além das normas.

O modelo natureza-biologia, ou que tenho chamado científico, biomédico, tem sido hegemônico no estabelecimento de significados para os processos de saúde-adoecimento-cura, ações preventivas e interventoras nestes processos, além de tentar estabelecer os parâmetros com os quais as pessoas devem compreender e lidar com seus sofrimentos corporais e mentais. Tal hegemonia não se deve, obviamente, a alguma característica intrínseca superior das ciências, mas ao discurso disciplinar com que foi capaz de ordenar o universo político-econômico e de saúde a partir de século XVIII (FOUCAULT, 1992).

Michel Foucault, interessado em compreender a forma concreta de exercício do poder, suas técnicas e suas táticas, argumenta que, especialmente após a Segunda Guerra Mundial, a ciência (principalmente a física e da biologia) tornou-se privilegiada na estrutura econômica e política de sociedades ocidentais. Ao contrário do que Foucault chama de “intelectual universal”, o cientista é o exemplo do “intelectual específico”, este que se torna central porque “podem favorecer ou matar a vida. Não mais cantor da eternidade, mas estrategista da vida e da morte” (idem, 11). E é este domínio do saber sobre a vida e a morte e o controle pelas possibilidades de deixar morrer ou fazer viver, o principal desencadeador de uma hegemonia de poder na distinção do falso e do verdadeiro. Este domínio do conhecimento não pode ser compreendido fora do poder para criar instâncias que ditam o que deve ser considerado verdade. E, em nossas sociedades, “a verdade é centrada na forma do discurso científico

e nas instituições que o produzem” (idem, 13).

O conceito de poder de Foucault se difere, mas não exclui, o utilizado anteriormente, elaborado por Didier Fassin. Aponte que Fassin possui uma noção de poder vinculada à possibilidade de ação na esfera pública, em que a mobilização de atores para a efetivação de ações com vistas em um bem coletivo seria central. Poder, para Foucault, não parece se opor a esta noção, já que ambas as concepções são da positividade do poder. Porém, é importante ressaltar que a idéia de bens coletivos é ausente na conceituação de poder de Foucault; esta é caracterizada não pela proibição ou pela possibilidade de dizer não, mas pela criação de ações, comportamentos. O poder foucaultiano tem de fazer algo mais do que dizer não. Deve incitar e organizar engrenagens de um discurso verdadeiro sobre a realidade: não é necessariamente negar algo, já que para que algo seja negado, outra coisa (comportamento, pensamento) deve ser construída como patamar. Foucault trabalha com as malhas finas do poder e com sujeitos na trama da história (FOUCAULT, 1992, 08, 80, 105 & FOUCAULT, 2006, 14, 41- 43).

Fassin está mais preocupado com outro foco: o poder face às desigualdades incorporadas, em especial na diferenciação diante da morte. As distinções sociais assimétricas criam, nas sociedades ocidentais, maiores perigos diante da doença e da morte e caberia ao poder público gerir o adoecimento e o sofrimento (não necessariamente reduzindo desigualdades, mas muitas vezes criando-as ou mantendo-as). O conceito de Fassin não é comparável a uma guerra ou a um poder eu está sempre em movimento, e em todos os lugares, embora, como compreendo, este poder público de gestão da doença e da morte possa criar normatizações e docilizações que podem se capilarizar da forma em que propõe Foucault.

Do encontro entre uma “anatomopolítica” que pretende disciplinar indivíduos e uma “biopolítica” concebida para administrar populações, novas e velhas estratégias discursivas são rearticuladas, na tentativa de manutenção de um saber-poder sobre as sexualidades, as quais acabam por estabelecer fronteiras e hierarquias entre práticas sexuais (ÁRAN & CORRÊA, 2004).

O poder biomédico que se exerce sobre os processos de doença, sofrimento e saúde de transexuais, estabelecendo os limites para a própria transexualidade, dificulta (para não dizer exclui) a desnaturalização da diferença sexual interpretada com vínculo estreito com a biologia ou com a natureza. Ao mesmo tempo, tem sido este poder e este discurso o grande possibilitador da (pequena, mas existente) proteção em saúde de transexuais brasileiros. E, ainda, é preciso dizer que sendo a patologia remetida a problemas na conexão entre o natural e o corpo, e as disciplinas biomédicas as responsáveis pelo cuidado à patologia, outro entrave se coloca: como construir como aceitável uma concepção de saúde desvinculada da doença?

As novas noções de saúde como bem-estar ou direito ao não sofrimento convivem bem com a percepção hegemônica de que as doenças são derivadas do fisiológico, do genético, de um impacto negativo sobre o corpo, de falhas em um desenvolvimento que seria considerado normal. O que não se enquadra nesta categorização de doença é remetido para a loucura, ou melhor, para o âmbito da saúde mental (e a idéia de desarmonia é alocada no desequilíbrio da mente). Os problemas de saúde, nesta lógica, independem do social e do cultural. Estas duas esferas seriam somente influências no processo saúde-doença, não causadores do processo.

Tatiana - [...] mas, essa questão da saúde mental, da psiquiatria da condição transexual... agora, vocês levantaram muitas demandas em saúde que são demandas específicas de outras categorias médicas [que não a psiquiatria]: a questão endocrinológica, a questão das alterações plásticas que estão em outra dimensão, e a atenção recai, onde existe, onde os programas existem, nos programas de saúde mental! Como assim, gente? Como assim? Se as demandas são tão mais amplas, por que essa associação com a

saúde mental? É só pelo diagnóstico que vocês têm acesso aos serviços de saúde?

Para se falar de saúde na língua das transexuais é preciso distinguir, pelo menos, três esferas de pensamento sobre a saúde: uma, já comentada, que é referir processos de adoecimento como sofrimento causado pela discriminação, pela desestabilização de significados sobre masculino e feminino. Outra, o problema que as transexuais presentes no GT apontam como discussão essencial em saúde e direitos humanos, que é a diferença de vontades entre transexuais militantes e não-militantes: a invisibilidade que as militantes combatem ou questionam, e a invisibilidade que elas afirmam que as transexuais não-militantes desejam. Esta vontade de invisibilidade dos transexuais não-militantes é apontada por Zambrano (2003) quando se refere ao fato de que as pessoas com as quais pesquisou não formavam um grupo de pesquisa. Zambrano diz ter percebido a tentativa dos transexuais em não serem identificados como tal, “muitas vezes evitando contato com outros na mesma situação” (idem, 30).

A segunda questão é a referência aos problemas de saúde que, na linguagem médica, devem ser considerados como agravados pela condição da transexualidade: trombose, aneurismas, câncer de mama, doenças sexualmente transmissíveis, HIV/AIDS; problemas do corpo-natureza são interpretados como agravados pela necessidade de comprovação da carreira de doentes-transexuais para o atendimento médico-assistencial seja realizado. Gostaria de me deter um momento neste ponto, já que constitui ponto-chave das discussões realizadas durante o GT do Seminário Nacional, intimamente relacionada às questões propostas e citadas no início do capítulo. A fala de Valkíria sobre vulnerabilidade e invisibilidade, citada há algumas páginas atrás, é um dos momentos em que os temas do desconhecimento e da invisibilidade de transexuais vêm à tona. Quais as diferenças entre travestis e transexuais, quais as

demandas específicas, enfim, o que são e saber onde estão são problemas identificados pelas transexuais militantes como fragilidade destas pessoas para organização como sujeitos coletivos. Porém, apontam que esta invisibilidade é desejada, “já que nosso segmento procura também a invisibilidade... pós-cirúrgico, então, é completo!” (Bete, agosto/2007).

A *vulnerabilidade*, ou seja, os problemas gerados no seio das relações sociais, por causa da discriminação e incompreensão por parte da totalidade da sociedade (como elas se referem), é pensada como fruto deste desconhecimento do que é ser transexual, desta possibilidade de auto-identificação de gênero. Logo, o contato ou a articulação com que seria considerado a *base* do Coletivo se restringe àqueles que estão dispostos a se afirmar como mulheres e homens transexuais, e não simplesmente como mulheres e homens (e ponto final). A organização como grupo que pleiteia voz política só pode ocorrer quando não existe negação do corpo anterior à modificação cirúrgica (nos casos de pessoas já operadas). Ao mesmo tempo, as pessoas presentes no GT reconhecem (e demandam isto) a diversidade de modos de experiências transexuais. Exemplo disto foi quando propus que, no relatório, usássemos transexualidades ao invés de transexualidade. Todas presentes adoraram a idéia e confirmaram que sim, existem muitas maneiras de ser transexual.

“É, porque existem várias formas de transexualidades. Só duas verdadeiras transexuais [no caso, eu e Tatiana] para entender assim, né, Bete?” (Andréa, agosto/2007)

Diante disto, é possível comentar que pessoas que querem a resolução de seus problemas imediatos, no caso, deixarem de ser localizadas como transexuais, para serem identificadas como mulheres ou homens (sem o adjetivo transexual), ao terem sua

principal demanda resolvida, fazerem a cirurgia e mudarem seus registros civis, escolhem ser invisíveis. A procura pelos serviços de saúde não é devidamente vinculada às relações de gênero ou à compreensões/questionamentos sobre identidades masculinas e femininas. A clínica médica, seja ambulatorial ou cirúrgica, pode ser interpretada como o espaço para resolver um problema íntimo: o que querem pode ser uma vida não adjetivada. Desaparecer parece ser uma estratégia para viver uma vida não fragmentada.

Dedé – Isso é importante, a invisibilidade, faz a cirurgia e desaparece...

[...]

Bete – Minha pergunta, olha só, coloca assim, ser mulher, é como nascer de novo. Minha pergunta... eu opero, eu operei, olha agora eu sou mulher, bonita. Aí, eu mudo de nome. Aí, opera, eu afasto de você, não afasto? Mudo de nome... [Tatiana – você tem o nome mudado?] Não, estou só dando um exemplo... Aí, eu sou operada, e eu mudo de nome, eu me afasto mais. Aí, eu caso e adoto dois filhos, loirinhos, não pode ser neguinho, não [em tom irônico]. Loirinho, meu bem, dos olhos azuis. Para os olhos dos outros, eu sou normal, meu bem, eu sou normal! Tá vendo o distanciamento?

A dicotomização sexual como padrão de normalidade ou de parâmetro para aceitação social das pessoas como sujeitos dignos de respeito à integridade física e moral é demonstrada de forma explícita nos discursos das transexuais aos discutirem o que necessitam para que o SUS seja efetivo para o segmento. O sarcasmo com o qual Bete se deixa falar para explicitar seu ponto de vista é um indicador do conhecimento da existência de uma forma específica de transexualidade e, simultaneamente, demonstração de seu descontentamento e crítica à mesma. Enxerga a diferença entre falar de identidade de gênero transexual e a vontade de desaparecer, e profere uma crítica que parece sempre fundamentada em um único ponto: a falta de adesão à continuidade dos tratamentos/acompanhamentos que este desejo de sumir gera. Entretanto, a marca profunda que esta crítica deixa é de que o grupo dá maior valor

àqueles e àquelas transexuais que assumem a categoria ao invés de se *esconderem* na binarização sexo-gênero.

Estas considerações criam uma ponte para falar sobre a terceira esfera outrora apontada, sobre os problemas considerados alvos da medicina que são agravados pela situação social enfrentada por transexuais. É necessário comentar que a trajetória destas pessoas nos serviços de saúde parece tão dificultada que se abster do cuidado biomédico institucionalizado é considerado caminho mais tranquilo. Assim, auto-hormonização e auto-medicação, recorrer às bombadeiras (mulheres e travestis que realizam procedimentos interventivos estéticos na ilegalidade) para implantação de próteses estéticas de silicone industrial, são práticas comuns de transexuais na busca por um corpo condizente com suas subjetividades. Esta clandestinidade é um problema ou se constitui como problema principalmente porque, diante da ineficácia do atendimento pelas instituições executoras de serviços de saúde, estas pessoas são relegadas ao agravamento de suas condições de sofrimento e/ou morte. Transexuais têm atenção em saúde definida por um aparato legal (as resoluções do CFM, por exemplo), mas os entraves ao acesso à saúde, causados muitas vezes, pelas próprias concepções biomédicas sobre o que são as transexualidades²⁴, dificultam o cuidado e o tratamento destas pessoas em situações extremas de possibilidade de morte.

Márcia Arán – Temos que considerar até que ponto se pode avançar na perspectiva do SUS, já que o processo transexualizador é submetido aos parâmetros do CFM. A classe médica não aceitaria a entrada do processo transexualizador no SUS senão pelo enfoque patologizante. Temos que considerar com cuidado ao introduzir o enfoque despatologizante, alcançando e considerando outros referenciais além do médico-psiquiátrico. Há avanços no conhecimento acadêmico sobre transexualidade, mas, infelizmente, a realidade dos serviços é

2 4 Ver o relato de Andrea Stéfanie sobre sua tentativa de diagnóstico como transexual na Promotoria de Defesa dos Direitos dos Usuários do SUS - Pró-Vida, no Ministério Público do Distrito Federal e Territórios, no livro *O que é transexualidade?* de Berenice Bento, 2008.

resistente ao tema, por fatores de discriminação. (Reunião Processo Transexualizador no SUS, 08/02/2006).

Alessandra – nem os próprios endocrinólogos! Não tem [informação], porque é diferente, né, o processo de tratamento das mulheres biológicas, das mulheres transexuais, o tratamento vai ser esse ou outro... então tem que ser estudado. Por exemplo, no Rio de Janeiro, as pessoas não têm a mínima noção de como vão receitar um hormônio.

Andréa – Então, não receita.

Alessandra – não receita, o que é pior!

*Andréa – Se virar as costas, você vai fazer sozinha em casa, você vai fazer sozinho em casa!
[...]*

Tatiana – Então, pode fazer tudo isso [implante de silicone, intervenções de feminilização] na clandestinidade, né? Apesar de que existem alguns cirurgiões, inclusive da rede pública, que implantam prótese. Mas, no geral, o que é mais problemático, não só para travestis, mas para muitos transexuais também, é que essas atividades têm que ser feitas na clandestinidade, no seguinte sentido: não está formalizado na atenção do sistema de saúde. Ou seja, está vulnerável às conseqüências, aos outros problemas de saúde. (agosto/2007)

Duas perspectivas de saúde estão colocadas em pauta, a de que o atendimento deve se seguir à existência de uma doença, e a idéia de que a condição de sofrimento deve justificar por si só a necessidade de intervenção pública na promoção do bem-estar. O momento político demanda que a saúde se construa a partir da segunda perspectiva, em que o respeito e o asseguramento de direitos se dê por meio do reconhecimento das diferenças, inclusive entre transexuais. A pauta é que a autonomia, compreendida pela “possibilidade de assumir a responsabilidade por escolhas e definições sobre o próprio corpo e sobre si” (Márcia Arán, Reunião Processo Transexualizador, 2006), seja o princípio guia das ações em saúde.

Contudo, como procurei demonstrar acima, a idéia de autonomia pode cruzar com a de responsabilidade moral. E quando a liberdade de escolha é interpretada

em um sentido de mão única, ou melhor, interpretada como liberdade da escolha **certa**, a autonomia pessoal como estratégia de resolução de conflitos morais em saúde se torna inócua. Arán, durante a reunião do processo transexualizador, afirma a necessidade de reflexão sobre as fronteiras da ação em saúde nas perspectivas patologizante e despatologizante, apontando o respeito à autonomia como saída para o conflito entre saber biomédico e a diversidade de experiências transexuais.

O projeto societário presente nas falas das transexuais presentes no grupo de trabalho, nas reuniões do Comitê Técnico e nas conversas informais que travei com algumas, se refere à ruptura de uma trajetória em que o gênero seja construído a partir e através da diferenciação sexual binária. A idéia é de que “a sociedade”, esta sem rosto, remetida como alheia aos problemas de transexuais porque não vê, não quer ver/entender e discrimina, deve ser transformada para que se amplie as possibilidades de se falar de gênero, descolado de sexo, de biologia e de exercício da sexualidade. O que transparece no discurso das transexuais é que só é possível fazer política nos termos que desejam e demandam se os significados da diferença sexual se transformarem, já que o sofrimento não é interpretado como intrínseco à subjetivação transexual, mas decorrente das condições sociais. E estas limitações geradas pelo binarismo sexo-gênero como complementariedade e oposição criam barreiras ao acesso aos direitos sociais considerados básicos: educação, saúde, lazer, trabalho.

Porém, este projeto societário, mesmo que algum dia seja possível de implementação, não contorna os problemas do presente no acesso e atendimento ao direito à saúde. A diversidade interna das instituições burocráticas e a complexidade das instâncias executoras de serviço não permitem, ainda, a homogeneidade da interpretação de como transexuais devem ser atendidos (e se devem ser atendidos). A recusa deste projeto é, para as transexuais presentes no GT, a causa da não construção

das transexualidades como situação digna de vida e solidariedade. A possibilidade da existência do projeto como elas querem só será possível quando as discussões sobre “auto-determinação da mulher que eu sou... a despeito do conhecimento jurídico que diz que eu sou homem” (Andréa) e sobre universalização dos direitos através do reconhecimento das diferenças, forem preponderantes.

Até lá, os trajetos pensados para a consolidação da cidadania de transexuais serão caminhos íngremes, de difícil percurso, e que as estratégias de caminhada poderão encontrar limites nos próprios instrumentos usados, e um exemplo disso é apostar na idéia de autonomia, quando esta supõe responsabilidade moral. Para que as transexualidades sejam compreendidas nos termos que estas transexuais querem, é necessário que as identidades de gênero sejam de escolha pessoal, o que eliminaria as amarras cirúrgico-culturais e a necessidade de categorizar pessoas em sexos específicos (inclusive antes do nascimento).

Considerações Finais

No dia 03 de junho de 2008, a Organização dos Estados Americanos (OEA) aprovou, em assembléia geral, a resolução “Direitos Humanos, Orientação Sexual e Identidade de Gênero”, apresentada pela delegação brasileira. É a primeira vez que os termos identidade de gênero e orientação sexual constam em um documento consensuado pelos 34 países americanos (Equipe Anis, 06/06/2008). Este consenso inclui os países do Caribe de língua inglesa que possuem legislações criminalizantes de relações sexuais entre pessoas do mesmo sexo.

O norte argumentativo desta resolução é que todas as violações de direitos fundamentais de segmentos de lésbicas, gays, bissexuais, transexuais e travestis “são causadas por preconceitos sociais, culturais, religiosos que anulam a dignidade [destas pessoas] como cidadãos e cidadãs” (Assembléia da OEA, Colômbia, 2008) e recomenda que os Estados membros aprovelem legislações criminalizadoras da homofobia e promovam mudanças sociais, culturais e institucionais de modo a prevenir e punir a discriminação sofrida por estes segmentos. Demanda também que reconheçam a existência de diversas orientações sexuais, identidades e expressões de gênero, incluindo o direito à mudança de nome e sexo em registro civil sem que se exija “**mutilações** genitais” (idem, grifo meu).

Neste mesmo mês, no dia 05, o ministro José Gomes Temporão, anunciou que, até o início de julho, o Ministério da Saúde lançará uma portaria regulamentadora

dos procedimentos do processo transexualizador. A idéia é de que a portaria, ainda em elaboração, estabeleça critérios para a prestação deste tipo de serviço, ou seja, da realização do acompanhamento multidisciplinar às pessoas transexuais, incluindo a cirurgia de redesignação sexual. Com a portaria, a cirurgia será remunerada pelo SUS aos hospitais ou centros de referência cadastrados que, de acordo com o ministro, provavelmente serão hospitais universitários (o que, de fato, já ocorre).

A formalização do atendimento aos transexuais pelo sistema público de saúde é reflexo das discussões travadas dentro do próprio Ministério sobre a inclusão de parâmetros diferenciados de atenção às populações *vulneráveis* que, até recentemente, eram excluídas da possibilidade de fala sobre suas condições. As formalizações ocorridas sobre ações em saúde para transexuais se devem, principalmente, à criação do Comitê Técnico GLTB. Temporão fez menção à portaria durante a abertura da I Conferência Nacional de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais, organizada pela Secretaria Especial de Direitos Humanos do Governo Federal a fim de cumprir os compromissos estabelecidos (inclusive em Plano Plurianual 2004-07) de promover a consolidação dos direitos humanos dos segmentos GLBTT. De acordo com a declaração do ministro, o tema é pauta de debate no Ministério há vinte anos, mas vale ressaltar que somente em 2004 houve a incorporação de representantes de transexuais dentro da instituição para a vocalização de demandas.

Estes dois anúncios consonantes, proferidos coincidentemente no mesmo mês, representam avanços históricos na definição de papéis estatais claros em relação às questões de diversidades de expressões de gênero e sexualidades. Entretanto, nem a resolução da OEA, nem o indicativo de promulgação de uma portaria ainda em construção, são indícios que os desafios à consolidação de ações que garantam os direitos de transexuais serão superados. Em saúde, o caminho da eliminação de

preconceitos e a construção de uma política que preze pela igualdade, justiça social e liberdade para desenvolvimento de personalidades passa pela sensibilização dos profissionais e de outros usuários do SUS “sobre o respeito às diferenças e dignidade humana” (Assessoria de Imprensa do Ministério da Saúde, 06/06/2008).

E, como explorado ao longo de meus capítulos, embora regulamentações formais do direito à saúde de populações socialmente vulneráveis sejam importantes, já que instrumentos de coerção às práticas pautadas em valores homofóbicos ou discriminatórios (LIONÇO, 2008), não conseguem, por si só, garantir que as compreensões e os significados dos modelos sejam unívocos. Assim, não estabelecem uma só maneira de pensar e agir em situações ou processos de saúde, sofrimento e adoecimento. Um Estado constituído em um país tão diverso se depara com a impossibilidade de garantir a unidade acerca da importância e da interpretação das normas (já que atualizadas através de pensamentos, sentimentos, desejos e valores diferentes).

Como afirmou Tatiana Lionço, durante o Seminário Nacional que acompanhei, transexuais (ao contrário de travestis, por exemplo) possuem uma gama de medidas de proteção formalizadas no Brasil, como as resoluções do Conselho Federal de Medicina e a Carta de Direitos dos Usuários da Saúde. O problema, nas palavras da própria Tatiana, é que mesmo com “a faca e o queijo na mão [é] precisa de alguém que abra a porta e diga olá!”. Para ela, a regulamentação existente não é suficiente, e o Ministério da Saúde aponta que dará novos direcionamentos ao tema, o que não assegura que os problemas sejam dissolvidos.

Diante disto, é possível dizer que o acesso ao sistema de saúde tem entraves que não se encontram na inexistência de aparatos jurídicos, mas em outro domínio. Algumas das perguntas levantadas pelo grupo, como “por que a porta de entrada é a

patologização?” e “onde podemos efetivamente bater?” foram discutidas ao longo dos capítulos desta dissertação. E uma das conclusões que gostaria de indicar é que o estar com a faca e o queijo na mão, o já saber o que querem, onde recorrer ou fazer discussões questionando a interpretação de que as transexualidades são categorizadas como patologia, não transpõem o desafio de encontrar pessoas dispostas a construir estas formas de feminidade e masculinidade como possibilidades de realidade.

“A gente conquistou, no SUS, a gente discutiu transexualidade questionando a patologização naquela reunião sobre processo transexualizador! Isto foi um grande avanço, porque antes disso a discussão estava restrita a condição psicológica patologizante. Eu acho isso é um grande avanço, apesar de isto não ter tido efetivação concreta nos serviços, ainda [...]” (Tatiana Lionço, agosto/2007)

Meu trabalho e texto surgiram de uma inquietação inicial para compreender quais os impactos das tecnologias aplicadas à saúde humana, em especial as de intervenção médica direta, como as técnicas cirúrgicas, sendo que em um momento anterior eu havia constatado a importância das biotecnologias na construção de novos corpos e novos significados para dar sentido a eles. Desta curiosidade intelectual unida às minhas leituras prévias sobre gênero, sexualidades e estudos feministas no geral, parti para uma aproximação com o campo das transexualidades. À este conhecimento prévio uni a vontade de um olhar sobre o campo político, e foquei minha pesquisa em compreender como diversas versões da verdade, ou discursos-verdade, se entrecruzam na proposição de ações e produção de realidades para populações específicas, marcadas em seus corpos por profundas desigualdades de poder.

Deixo clara minha opção por fazer uma Antropologia engajada na compreensão destas mesmas desigualdades com objetivo de trazer luz à criação de

estratégias para contorná-las, deteriorá-las ou destruí-las, se isto for possível. Se o próprio poder consegue ser criativo para controlar quais as vozes serão permitidas a falar, num sentido foucaultiano, o esforço aqui foi trazer algumas das muitas falas que se inserem no processo político: umas com mais possibilidade de serem ouvidas e criarem modificações profundas no tecido social, outras com timbre mais suave ou com volume mais baixo que tentam, a duras penas, se sobressair para mostrar quais caminhos gostariam que a política de saúde (e a vida social) brasileira seguisse.

Como discorri no segundo capítulo, a inserção de transexuais na esfera pública (e outros grupos considerados em situação de vulnerabilidade) se deve principalmente a uma mudança na maneira de gerir, formular e executar políticas, ações e serviços públicos de saúde no Brasil a partir de fins da década de 1980, quando o país saía de um período ditatorial para encarar os desafios da democratização. Estes envolvem a criação de instituições democráticas, a consolidação das mesmas e de uma nova forma de negociar como as ações estatais serão realizadas. A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 é fundamental neste processo de modificação, já que valores anti-ditadura e anti-autoritarismo povoam a Carta de princípios para o país. E são estes mesmos princípios a demonstração da valorização das relações sociais como essenciais para a compreensão dos processos de saúde, sofrimento e doença e, diante disto, da necessidade de construir um Estado que seja responsável por intervir politicamente nas desigualdades, atuando com o ideário dos direitos humanos e do respeito à diversidade cultural.

A legislação estruturante do SUS (Título VIII da Constituição Federal, lei 8.080/1990 e lei 8.142/1990) é um dos exemplos da tentativa de se construir modelos, ou seja, guias ideais para ações, em que a democracia, traduzida no conceito de participação social da sociedade civil (heterogênea e conflituosa) no direcionamento

político, se faz eixo central. Outros podem ser elencados, como o direito à saúde como fundamental ao ser humano, o dever do Estado na provisão de serviços, a idéia de que as condições de saúde são condicionadas e determinadas pelo acesso aos bens coletivos (renda, trabalho, educação, lazer, moradia, saneamento básico, meio ambiente) e ao bem-estar físico, mental e social. Sendo assim, estas leis são um marco na construção de ações em saúde em que a organização social e a economia sejam partes essenciais do território político. É o início (ou a tentativa de) não criar políticas supostamente neutras, já que a redução das desigualdades sócio-econômicas e regionais e o respeito à diversidade moral e cultural do país são expressas como alvos da política de saúde brasileira.

Nestas palavras finais, gostaria de apontar o protagonismo do Estado Brasileiro (e, talvez, dos Estados americanos, como parece demonstrar a aprovação da resolução durante a assembléia da OEA) na construção e organização de ações que modifiquem “a vivência caracterizada pela violação do direito à vida, da submissão à tortura, mutilações genitais e intervenções médicas compulsórias e à violência sexual” (OEA, 2008), que combatam a estigmatização e a exclusão familiar e social e é pivô para discussões em que a identidade de gênero na esfera pública se faça presente. Ainda, é protagonista na organização do próprio grupo de transexuais, o Coletivo Nacional de Transexuais, criado durante um evento relacionado ao Estado. Porém, a mobilização do espaço público, ou o papel deste, não pode ser compreendida somente nestes exemplos. É reconhecida pelas transexuais a importância de pesquisadores das Ciências Humanas e Sociais de grandes universidades, interessados nos temas de identidades de gêneros, exercícios da sexualidade e, em especial, nas transexualidades, na construção de um conhecimento sobre e para transexuais. O papel destes pesquisadores é apontado como de falar, em um outro *idioma*, sobre a luta pela auto-definição e contra a arbitrariedade

de uma padronização ideal do que é ser transexual, que acaba fadada ao fracasso diante da quantidade e qualidades da existência humana.

Logo, o Estado, direta ou indiretamente, tem sido peça-chave na proposição de guias do que é e do que não deve ser aceitável na sociedade brasileira. O desafio é compreender e contornar o fato de que nem todos os direitos são protegidos igualmente (e tentei discutir alguns motivos para que isto aconteça no caso de ações em saúde para transexuais). Alguns direitos têm precedência e, normalmente, são os direitos daqueles hierarquicamente melhor posicionados socialmente, reconhecidos como sujeitos dignos de respeito. O que espero que se torne claro com esta dissertação é que, embora louváveis os avanços legais ou jurídicos de proteção aos homossexuais e aos *trans*, a universalidade do direito à saúde, quando se fala de transexualidades, depende do reconhecimento identitário proposto pelas mulheres – e homem – que tive o privilégio de acompanhar alguns minutos de minha vida. E as tensões presentes no debate sobre a universalidade e as particularidades (ou diferença) refletem significados múltiplos (re)produzidos a partir da inserção social e crenças morais dos sujeitos que falam (técnicos do MS, representantes do judiciário, transexuais).

Algumas questões ficaram sem análise ou resposta, por hora, e outras eu não tinha dados o suficiente para tecer maiores comentários. Para próximos trabalhos, acredito que seja interessante aprofundar na compreensão da invisibilidade apontada pelas transexuais presentes no grupo, inclusive a diferença que fazem entre homens e mulheres transexuais, já que, de acordo com elas, homens são os que menos retornam para o acompanhamento pós-cirúrgico. Para isto, talvez seja possível acompanhar uma ou algumas pessoas em pesquisa de profundidade ao longo do “tratamento” (inserção nos serviços, cirurgia, registro civil e retornos, caso ocorram), além de buscar meios para compreender qual o significado da realização das cirurgias para alguns transexuais.

Desta forma, poder-se-ia conhecer a existência de projetos de vida (e societários) distintos. As transexuais envolvidas com o mundo da política parecem perceber que o tornar algo conhecido se configura como uma afronta à violência simbólica gerada pela invisibilidade. Porém, se a política tem o poder de mobilizar estratégias para visibilizar as transexualidades no formato demandado pelo movimento social, é necessário, igualmente, pensar qual é o sentido do ser invisível para outras pessoas que compartilham experiências transexuais.

Mais, um desafio teórico interessante merece ser apontado: as falas das transexuais, como explorei no último capítulo, levam à idéia de que é necessário pensar em gênero em outros termos que não sexo, biologia ou exercícios da sexualidade. Vislumbro, então, que estas transexuais propõem que gênero seja compreendido como algo auto-determinado. Porém, vivemos em um agrupamento humano no qual o feminino e o masculino possuem significados objetivos compartilhados e que não são criados pelas pessoas em suas individualidades. Digo isto porque, em uma pesquisa anterior, discursos de jovens universitárias, ao serem questionadas sobre o que sentiriam diante da infertilidade, apontaram a capacidade reprodutiva como fundamental para a definição (e sentimento de pertencimento) delas como mulheres.

Aparentemente, o questionamento da lógica feminino-biologia-reprodução é a condição para a afirmação de transexuais no mundo de mulheres. Mas, uma fala proferida por uma das transexuais presentes, durante um intervalo do Seminário Nacional, me intrigou. Tatiana Lionço aproveitou a pausa para amamentar seu bebê recém-nascido e pessoas presentes começaram a tirar fotos do bebê e da amamentação. Neste momento, uma das transexuais comenta [olhando para Tatiana e sua criança amamentando]: *“Isto é que é ser mulher de verdade!”*. Esta contradição entre o questionamento da biologia como única possibilidade de afirmação das transexualidades

e o apreço pela esfera da maternidade biológica é meu alicerce para propor a necessidade de conhecer quais são os marcos que fazem com que homens transexuais se insiram na categoria *homem* e mulheres transexuais na categoria *mulher*.

Outro ponto emergente se refere aos vários itinerários terapêuticos apontados: caseiros, em instituições estatais de saúde, legalizados, ilegais, eficazes e prejudiciais, eficazes e sem risco. A quem recorrem transexuais para conseguir transformar seus corpos, suas imagens e suas subjetividades? Seria interessante conseguir acompanhar uma pessoa aos centros de atendimento em saúde ao longo de um tempo para conhecer os diferentes modos de lidar com as corporalidades-subjetividades que podem surgir com as transexualidades no processo. Ainda, para conhecer quais os olhares dos profissionais executores em postos ou hospitais não diretamente vinculados para o atendimento de transexuais, em comparação com a perspectiva dos profissionais dos centros de referência, de modo a compreender quais as continuidades, consonâncias e discrepâncias entre os modelos e os significados dados às transexualidades pelos profissionais (assim como suas possíveis formas de agir).

No mais, afirmo que a minha vontade era compreender a política para além das dimensões legislativas e de caráter normativo, independente da instituição responsável pela normatização. As (re)produções cotidianas e significados atualizados no processo de discussões foram mais importantes. As indagações entrelaçadas seguiram o fio: o que se cria como modelo, o que se pensa sobre ele, o que se sente, como transexuais querem viver, como vivem e como se interpretam como parte do mundo.

Eu diria que, diante disto, esta dissertação pode ser sintetizada como a busca pela compreensão de como as políticas públicas constroem subjetividades que se mostram ou se colocam através de duas dobradiças: por um lado, corporalidades

específicas e por outro, valores, emoções, auto-percepção e modos de vida de um grupo que articula demandas pela visibilidade de sua condição desvinculada de idéias patologizantes. O trajeto inverso também acontece: um grupo que organiza demandas pela visibilidade, que possui valores, emoções, auto-percepção e formas corporais (e de vivenciá-las) específicas e constrói subjetividades, influencia as ações da esfera estatal. Política de saúde para transexuais é caracterizada por este trânsito em via de mão-dupla que permite vários cruzamentos e acidentes para que o gênero se (des)construa a partir de outras referências visíveis e viáveis.

Referências Bibliográficas

1. ANDERSON, Mette. The Situated Politics of Recognition: Ethnic minority youth and identity work. In: **Critical Urban Studies**, GoldSmiths Publications of London University, 2000.
2. ARÁN, Márcia. Os Destinos da Diferença Sexual na Cultura Contemporânea. In: **Revista Estudos Feministas**. Florianópolis, (11)2, 2003.
3. ARÁN, Márcia & CORRÊA, Marilena. Saúde e Sexualidade na Cultura Contemporânea: o reconhecimento social e jurídico do casal homossexual. In: **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 2004.
4. ÁRAN, Márcia & LIONÇO, Tatiana. Mudança de Sexo: uma questão de Justiça para a saúde. In: **SérieAnis** 53, Brasília, LetrasLivres, 1-3, janeiro, 2008.
5. ATHAYDE, Amanda. Transexualismo Masculino. In: **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**. São Paulo, 2001, v. 45, pg 407.
6. BARBOSA, Rosana. Novas Tecnologias Reprodutivas Conceptivas: produzindo classes distintas de mulheres? In: GROSSI, Mirian; TAMANINI, Marlene & PORTO, Rosely (Org.). **Novas Tecnologias Reprodutivas Conceptivas: questões e desafios**. Florianópolis, LetrasLivres, 2003.
7. BENTO, Berenice. Transexuais, Corpos e Próteses. In: **Labrys Estudos Feministas**, nº 4, Departamento de História, Universidade de Brasília, 2003.
8. _____. **O que é Transexualidade?** São Paulo, Editora Brasiliense - Coleção Primeiros Passos, 2008.
9. BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Título VIII – Da Ordem Social, Seção II – Da Saúde.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei Federal nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Brasília, DF, 1990.
11. BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei Federal nº 8.142**, de 28 de dezembro de 1990. Brasília, DF, 1990.
12. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 675/GM**, que aprova a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, D.O.U. 31/03/2006.
13. BRASIL, Câmara dos Deputados. Projeto de Lei nº **70-B/1995**. Dispõe sobre intervenções cirúrgicas que visem alteração de sexo e dá outras providências. Autoria do Deputado José Coimbra.

14. BRASIL, Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei nº 3.727/1997**. Acrescenta parágrafo ao art. 57 da Lei nº 6015/1973 – Lei de Registros Públicos, dispondo sobre mudança de nome em caso de alteração de sexo originário. Autoria Deputado Wigberto Taturce - PPB/DF.
15. BRASIL, Câmara dos Deputados. **PL 1.736/2003**. Proíbe realização de cirurgia de troca de sexo em hospitais públicos. Severino Cavalcanti – PP/PE.
16. BRASIL, Câmara dos Deputados. **PL 5.872/2005**. Proíbe a mudança de prenome em casos de transexualismo. Deputado Elimar Máximo Damasceno.
17. BRASIL, Câmara dos Deputados. **PL 6.655/2006**. Altera o art. 58 da Lei 6015/1973, que dispõe de registros públicos e dá outras providências. Deputado Luciano Zica – PT/SP.
18. BRAVO, Maria. Política de Saúde no Brasil. In: **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo, Cortez Editora, 2005.
19. CANADÁ, HEALTH SYSTEM AND POLICY DIVISION, O Sistema de Cuidados de Saúde do Canadá. In: **Depository Services Program**, 1999.
20. CARDOSO de OLIVEIRA, Luís Roberto. Honra, Dignidade e Reciprocidade. In: **Série Antropologia**, nº 344, Departamento de Antropologia, Brasília, 2004.
21. CARDOSO de OLIVEIRA, Luís Roberto. **Direito Legal e Insulto Moral: Dilemas da cidadania no Brasil, Quebec e EUA**, Relume Dumará, Rio de Janeiro, 2002
22. CASTEL, Pierre-Henri. Algumas reflexões para estabelecer a cronologia do “fenômeno transexual” (1910-1995). In: **Revista Brasileira de História**. São Paulo, v. 21, nº 41, 2001.
23. CHAÚÍ, Marilena. **Convite à Filosofia**. São Paulo, Editora Ática, 1995.
24. CONSELHO FEDERAL de MEDICINA. **Resolução nº 1652/2002** que dispõe sobre a cirurgia de transgenitalização e revoga a Resolução nº 1482/1997.
25. CONSELHO FEDERAL de MEDICINA. **Resolução nº 1482/1997** que dispõe sobre a cirurgia de transgenitalização.
26. CONSELHO Nacional de Combate à Discriminação. **Brasil Sem Homofobia: Programa de combate à violência e à discriminação contra GLTB e promoção da cidadania homossexual**. Brasília : Ministério da Saúde, 2004.
27. CORRÊA, Marilena. **Novas Tecnologias Reprodutivas: limites da biologia ou biologia sem limites?** Rio de Janeiro, UERJ, 2001.
28. _____. Medicina Reprodutiva e Desejo de Filhos. In: GROSSI, Mirian; TAMANINI, Marlene & PORTO, Rosely (Org.). **Novas Tecnologias**

- Reprodutivas Conceptivas: questões e desafios.** Florianópolis, LetrasLivres, 2003.
29. CORREIA, Maria Valéria Costa. Controle Social na Saúde. In: **Serviço Social e Saúde**: formação e trabalho profissional. São Paulo, Cortez Editora, 2005.
30. COSTA, Ana & LIONÇO, Tatiana. Democracia e Gestão Participativa: uma estratégia para a equidade em saúde? In: **Saúde e Sociedade** v.15, n.2, p.47-55, maio-ago, 2006.
31. COSTA, Sérgio. Movimentos Sociais, Democratização e a Construção de Esferas Públicas Locais. In: **Revista Brasileira de Ciências Sociais**. 161.12, n.35, São Paulo, 1997.
32. COWAN, Jane, DEMBOUR, Marie-Benedict & WILSON, Richard. Introduction. In: _____ (eds). **Culture and Rights: Anthropological Perspectives**, Cambridge University Press, 2004.
33. DEMBOUR, Marie-Benedict. In: Following the movement of a pendulum: between universalism and relativism. In: COWAN, DEMBOUR & WILSON (eds.). **Culture and Rights: Anthropological Perspectives**, Cambridge University Press, 2004
34. DE SWAAN, Abraam. **In Care of the State**. New York, Oxford University Press, 1988.
35. DIAS, Eurípedes da Cunha. Arqueologia dos Movimentos Sociais. In: **Série Antropologia**, nº 310, Departamento de Antropologia, Universidade de Brasília, 2001.
36. DINIZ, Debora & COSTA, Rosely Gomes. Infertilidade e Infecundidade: Acesso às Novas Tecnologias Conceptivas. In: **SérieAnis**, nº 37, Brasília, LetrasLivres, 2005.
37. CORNELL, Drucilla. Introducción: feminismo, justicia y libertad sexual – Capítulo Primeiro. In: **En el Corazón de la Libertad**: feminismo, sexo e igualdad. Madrid, Ediciones Cátedra, 2001.
38. EVANS-PRITCHARD, E. E. **Bruçaria, Oráculos e Magia entre os Azande**. São Paulo, Jorge Zahar Editor, 2004.
39. FASSIN, Didier. **L'Espace Politique de la Santé**: essai de généalogie. Paris, Presses Universitaires de France, 1996.
40. FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro, Edições Graal, 1992.
41. _____. **História da Sexualidade 1**: a vontade de saber. Rio de Janeiro, Edições Graal, 2006

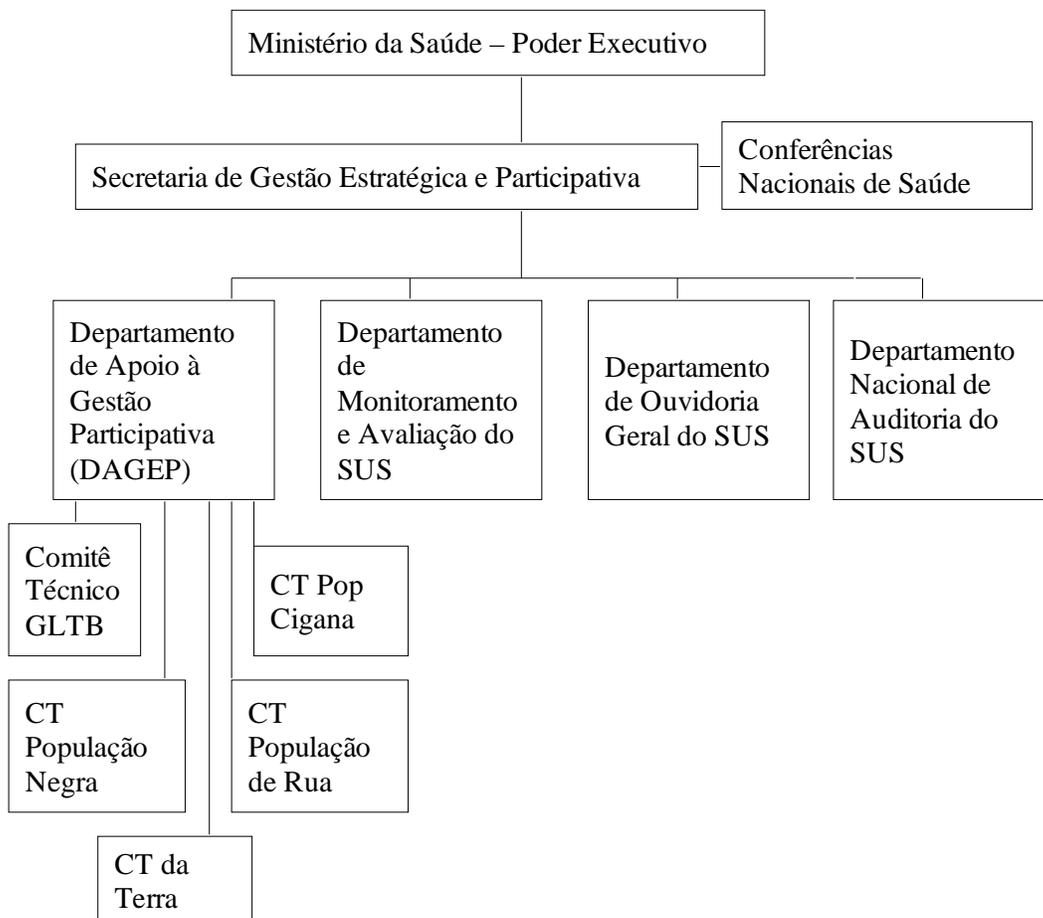
42. GOFFMAN, Erving. O Modelo Médico e a Hospitalização Psiquiátrica. Algumas notas sobre as vicissitudes das tarefas de reparação. In: **Manicômios, Prisões e Conventos**. São Paulo, Editora Perspectiva, 2007..
43. GOOD, Byron. **Medicine, Rationality and Experience: An Anthropological Perspective** (Lewis Henry Morgan Lectures). Cambridge Press, Inglaterra, 1994.
44. HOCHMAN, Gilberto. **A Era do Saneamento**: as bases da política da saúde pública no Brasil. São Paulo: Hucitec/Anpocs; 1998.
45. KUSCHNIR, Karina. **Antropologia da Política**. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor, 2007.
46. LAQUEUR, Thomas. **Inventando o Sexo**: Corpo e Gênero dos Gregos a Freud. Rio de Janeiro, Relume-Dumará, 2001.
47. LIMA, Nísia et al (org). **Saúde e Democracia: História e Perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2005.
48. LIONÇO, Tatiana. Bioética e Sexualidade: o desafio para superar práticas correcionais na atenção à saúde de travestis e transexuais. In: **SérieAnis**. Nº 54, Brasília, 2008.
49. _____. **Um olhar sobre a transexualidade a partir da perspectiva da tensionalidade somato-psíquica**. Tese de Doutorado, Brasília: Instituto de Psicologia/Universidade de Brasília, 2006.
50. LIONÇO, Tatiana; STEFANIE, Andrea; GRANER, Barbara. Movimento GLTB e Transexualidades nas Políticas Públicas de Saúde no Brasil: idiosincrasias e sincronismos. Florianópolis, **Seminário Internacional Fazendo Gênero**, 2006.
51. MACHADO et al, 2006. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. In: **Ciência & Saúde Coletiva**, 12(2), 2007
52. MACHADO, Katia. R\$ 5,7 bilhões a menos. In: **RADIS Comunicação em Saúde**. FIOCRUZ, 2007.
53. MACHADO, Lia Zanotta. Mulheres e Política: o lugar da tradição na modernidade latinoamericana. In: **Série Antropologia**, nº 105, Departamento de Antropologia, Unb, Brasília, 1990.
54. _____. Entre o Inferno e o Paraíso. Saúde, Direitos e Conflitualidades. In: **Série Antropologia** nº 342, Departamento de Antropologia, Brasília, 2003.
55. MALINOWSKI, Bronislaw. **Uma Teoria Científica da Cultura**. Rio de Janeiro, Zahar, 1975.

56. MANNHEIM, Karl. **Ideologia e Utopia**. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor, 1968.
57. MARX, Karl. **Manuscritos Econômico-Filosóficos**. São Paulo, Boitempo Editorial, 2004.
58. MILSTEIN, Brian. On Charles Taylor's Politics of Recognition. **Field Seminar in Political Theory**, New School of Social Research, Nova York, 2003.
59. MONTGOMERY, Heather. Imposing Rights? A case study of child prostitution in Thailand. In: COWAN, DEMBOUR & WILSON (eds.). **Culture and Rights: Anthropological Perspectives**, Cambridge University Press, 2004.
60. MOTA, Ana Elisabeth et al, **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo, Cortez Editora, 2005.
61. MAUSS, Mauss. As Técnicas do Corpo. In: **Sociologia e Antropologia**. São Paulo, Cosac Naify, 2003.
62. NEDEL, José. **A teoria ético-política de John Rawls: uma tentativa de integração de liberdade e igualdade**. EDIPUCRS, Porto Alegre, 2000
63. OLIVEIRA, Fernando. Cultura Política e Construção de Identidades Coletivas de Sujeitos Sociais. In: **Anais do XIII Congresso Brasileiro de Sociologia**. GT Emancipação, Cidadania e Reconhecimento, UFPE, Pernambuco, 2007.
64. OLIVEIRA, Fátima, 2004 apud FACCHINI & BARBOSA. **DOSSIÊ: Saúde das Mulheres Lésbicas**. Belo Horizonte, Rede Feminista de Saúde, 2006.
65. ONU/SIDA. **Derechos humanos, salud y VIH**. Guía de acciones estratégicas para prevenir y combatir la discriminación por orientación sexual e identidad de género. Rio de Janeiro, 2006.
66. ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS. **Declaracion de Medellin de la Coalicion de Lesbianas, Gays, Bisexuales, Travestis, Transexuales, Transgenero e Intersex de las Americas**. Colômbia, junho de 2008. Disponível em: http://www.anis.org.br/informe/visualizar_informes.cfm?IdInformes=97
67. PEREIRA, Potyara A. P. **Concepções e Propostas de Políticas Sociais em Curso: tendências, perspectivas e conseqüências**. NEPPoS, CEAM, UnB, 1994.
68. POLIGNANO, Marcus Vinícius. **História das Políticas de Saúde no Brasil: uma pequena revisão**. Brasília, Ministério da Saúde, s/d.
69. ROSSET, Clément: **A antinatureza: elementos para uma filosofia trágica**. Rio de Janeiro, Ed. Espaço e Tempo, 1989.

70. SAADEH, Alexandre. **Transtorno de Identidade Sexual: um estudo psicopatológico de transexualismo masculino e feminino**. Tese de Doutorado, USP, 2004.
71. SAHLINS, Marshall. **Ilhas de História**. Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 2003.
72. SERRA, José. As Duas Reformas da Saúde. In: **SUS: o que você precisa saber sobre o Sistema Único de Saúde**. São Paulo, Associação Paulista de Medicina, 2001.
73. SKORUPSKI, John. Ética. In: **Compêndio de Filosofia**. São Paulo, Edições Loyola, 2007.
74. STRATHERN, Marilyn. **O Gênero da Dádiva: problemas com as mulheres e problemas com a sociedade na Melanésia**. Campinas, Editora Unicamp, 2006.
75. SUPERIOR TRIBUNAL FEDERAL. SUSPENSÃO DE TUTELA ANTECIPADA 185-2 DISTRITO FEDERAL, Relatora: ministra Ellen Gracie Northfleet, dezembro 2007. Disponível em: <http://www.stf.gov.br/arquivo/cms/noticiaNoticiaStf/anexo/STA185.pdf>
76. TAYLOR, Charles. **As Fontes do Self**. São Paulo, Edições Loyola, 1994.
77. TEIXEIRA, Carla Costa. **A Honra da Política**. Rio de Janeiro, Relume Dumará, 1998.
78. TRIBUNAL REGIONAL FEDERAL 4ª REGIÃO. APELAÇÃO CÍVEL Nº 2001.71.00.026279-9/RS. Ementa, Voto e Relatório. Juiz Relator Roger Raupp Rios, agosto 2007. Disponível em: <http://www.prsp.mpf.gov.br/cidadania/dsexuaisreprod/Ac%F3rd%E3o%20-%20transgenitaliza%E7%E3o%20transexuais%20TRF4.pdf>
79. UGÁ, Maria & MARQUES, Rosa. O Financiamento do SUS: trajetória, contexto e constrangimentos. In: **Saúde e Democracia: História e Perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2005.
80. VALENTE e VALENTE FILHO, Direito e Antropologia: os direitos humanos como espaço de diálogo. In: **Jus Navigandi**. Teresina, v. 1, p. 07/2005, 2005.
81. VIVEIROS DE CASTRO, Eduardo. **Esboço de uma cosmologia yawalapíti**. In: *A inconstância da Alma Selvagem*. Cosac Naify, São Paulo, 2002.
82. ZAMBRANO, Elisabeth. **Trocando os Documentos: Um estudo antropológico sobre a cirurgia de troca de sexo**. Dissertação de Mestrado em Antropologia. UFRGS, Porto Alegre – RS, 2003

ANEXOS

Organograma SGE



COMITÊ TÉCNICO SAÚDE DA POPULAÇÃO GLTB

Reunião Ordinária

Data: 13 e 14 de Novembro de 2006.

Local: Auditório Lair Guerra/Ouvidoria

AUSÊNCIAS JUSTIFICADAS: Kátia Guimarães (PN DST/AIDS); Maria Gorete Selau (ANVISA); Leonardo Berzoini (SE); Segmento de travestis

PRESENTES:

- Governo: Tatiana Lionço (SGEP), Jacinta Senna (SGEP), Lidiane Gonçalves (SAS/Saúde da Mulher), Renata Weber (SAS/Saúde Mental), Alfredo Schetchtman (SCTIE/DECIT), Alessandra de Paula (SEGETS), José Liporage (Fiocruz), Maria da Paz Cintra (SGEP), Leila Durso (ANS), Leda Rebello (ANS), Andréa Domanico (SVS/Hepatites Virais), Marcos Benedetti (SVS/PN DST-AIDS), Alba Figueroa (SAS/PNH)
- Sociedade Civil: Carmen Lucia Luiz (CNS), Melissa Navarro (segmento lésbicas), Regina Facchini (segmento bissexuais), Bárbara Graner (segmento transexuais), Andréa Stefanie (segmento transexuais), Marcelo Cerqueira (segmento gays), Alexandre Toledo (Estruturação/DF)

OBJETIVO DA REUNIÃO:

(1) avaliação dos avanços e entraves das ações do Ministério da Saúde em benefício da população GLBTT, face ao previsto pelo Programa Brasil sem Homofobia, bem como (2) a discussão de encaminhamentos necessários e prioritários diante das exposições dos representantes dos segmentos GLBTT no comitê, com expectativa de (3) agenda de trabalho.

Informou-se a recente incorporação de novas representações no CT GLTB: Programa Nacional de Hepatites Virais, Programa Nacional de Humanização e Saúde Mental, bem como do representante da população GLBTT no Conselho Nacional de Saúde.

1. PANORAMA DOS AVANÇOS E ENTRAVES DAS AÇÕES NO SETOR SAÚDE FRENTE AO BRASIL SEM HOMOFOBIA

SVS (Andréa Domanico – PN Hepatites Virais; Marcos Benedetti – PN DST/AIDS).

O Programa Nacional de Hepatites Virais realizou, em 2005, capacitação voltada para travestis, transexuais e transgêneros. Foi também pautado o tema das hepatites no Seminário do Projeto SOMOS, específico para HSH, bem como em outros momentos das agendas do movimento social.

Em relação à gestão iniciaram a capacitação dos coordenadores de hepatites estaduais.

Quanto ao Programa Nacional de Imunização, há questões conceituais que resultam em entraves no processo de atenção: o uso da categoria HSH deve ser problematizado, no sentido de diferenciar travestis e transexuais de gays, bem como superar a não consideração das lésbicas como grupo de risco no caso de hepatites.

Ainda, cabe implementar e aprimorar as fichas de notificações do SUS, na perspectiva de refletirmos como iniciar a sistematização de dados referentes à população GLBTT.

Em relação ao PN DST/AIDS, há incentivo e apoio a projetos de formação de redes, primando pelo fortalecimento das lideranças do movimento social. Há dois projetos em redes em andamento: o SOMOS (voltado para HSH) e o TULIPA (para travestis e transexuais). Em relação às lésbicas, o PN DST/AIDS está em parceria com a Coordenação de Saúde da Mulher/SAS e PN Hepatites Virais, na implementação das capacitações relativas ao projeto “Chegou a Hora de Cuidar da Saúde”, voltado para a qualificação dos serviços. Ainda, vem sendo elaborado material gráfico de prevenção a DST/AIDS e promoção da cidadania, especificamente voltado a transexuais. Para 2007, o PN DST/AIDS prevê dois editais de pesquisa, um deles voltado para a região norte e nordeste, e o outro nacional, a tematizar a homofobia nos serviços de saúde.

SGEP (Tatiana Lionço)

Houve a preocupação em transversalizar a temática de saúde da população GLBTT em outros contextos de discussão (Seminário Nacional de Controle Social nas Políticas para Mulheres, e II Seminário de Saúde da População Negra)

A SEGEP apóia projeto de fortalecimento do controle social em relação ao direito à saúde de GLBTT especificamente no estado de Goiás, coordenado pela entidade ‘Transas do Corpo’.

Foi divulgado o Comitê Técnico Saúde da População GLTB em eventos acadêmicos relativos à Saúde e Gênero (ABRASCO, Fazendo Gênero VII), bem como através de entrevista sobre promoção da equidade no SUS para o Canal Saúde - radiodifusão.

Foram acompanhados vários encontros e seminários promovidos pelo movimento GLBTT, em que foi pautada a integralidade na saúde destes segmentos, bem como a necessidade de fortalecimento do movimento em relação à luta pela garantia do Direito à Saúde e em Defesa do SUS. Divulgou-se a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde junto ao movimento social, que em seu terceiro princípio diretamente alude à população GLTB.

Um dos maiores desafios é promover não apenas a consciência das pessoas em relação ao direito à saúde e à atenção humanizada, mas também de que elas podem e devem reclamar e denunciar. A Ouvidoria deveria ser otimizada para o recebimento destas queixas, servindo como um dos mecanismos de levantamento da situação de discriminação e homofobia nos serviços do SUS.

SAS (Lidiane Gonçalves– Saúde da Mulher; Renata Weber – Saúde Mental; Alba Figueroa – PNH).

Na Coordenação de Saúde da Mulher, foi proposto o projeto “Chegou a Hora de Cuidar da Saúde”, através de lançamento da cartilha sobre saúde integral, voltada para mulheres lésbicas e bissexuais, que é acompanhada pela intenção de capacitação de profissionais de saúde, através de projetos-piloto que contemplassem as cinco macro-regiões, priorizando as capitais dos estados. Em São Paulo, estado por onde se iniciaram as discussões sobre a implementação do projeto, foi proposto ao MS que o mesmo se desdobrasse em 4 municípios (São Paulo, Campinas, Diadema e São José do Rio Preto). As capacitações têm a previsão de serem iniciadas em 2007.

Foi inserido o campo ‘orientação sexual’ na caderneta da mulher, bem como o campo ‘prática sexual’ no Boletim de Notificação de Violência contra a mulher, criança e adolescente. Uma das questões é como cruzar os dados de orientação sexual e violência sem gerar equívocos, já que nem sempre a violência contra a mulher lésbica diz respeito à sua orientação sexual, e o documento dá margem a este tipo de interpretação pré-concebida.

Na Coordenação de Saúde Mental, a principal contribuição concerne ao acompanhamento das reuniões junto à Alta Complexidade-SAS sobre transgenitalização. Ainda, a preocupação desta área técnica é referente à despatologização da condição GLBTT, através da humanização das diferenças subjetivas.

Para o PNH, o fundamento da humanização é o reconhecimento da subjetividade nas condições de vida das pessoas. A Carta de Direitos dos Usuários do SUS é fundamental e precisa ser divulgada. A questão é a da definição de estratégias, seja via governo, seja via movimento.

Em relação ao GT coordenado pela Alta Complexidade, avançou-se na criação de um uníssono do MS, envolvendo SEGEP, Saúde da Mulher, Saúde Mental e DECIT, devido às discussões do CT GLTB. Não se está mais restringindo a discussão para a inclusão da cirurgia na tabela do SUS, e sim no reconhecimento, dentre os serviços já existentes de atenção a transexuais no SUS, de Centros de Referência para o processo Transsexualizador, a serem credenciados junto ao MS para apoio técnico e financeiro, primando pela humanização e pela integralidade da atenção, não centralizando o tratamento às medidas médico-cirúrgicas, mas tendo como principal meta a incidência sobre os laços sociais, primando pelo combate à discriminação e à exclusão social.

SEGETS (Alessandra de Paula)

Foi proposta a inclusão de questões relativas à orientação sexual e identidade de gênero no Pró-saúde, que prevê mudanças curriculares para os cursos de graduação em odontologia, enfermagem e medicina, sem, no entanto, obter resposta afirmativa. Um dos maiores entraves encontrados foi a resistência à designação de populações específicas, diante do caráter universal da atenção no SUS.

Foi esboçado projeto para trabalhar na formação de profissionais da saúde e gestores de serviços quanto à temática relativa a GLBTT, a ser apresentado para a SEGETS, após sua apreciação e aprimoramento através de um grupo de trabalho a ser constituído pelo CT GLTB.

Foi sugerido que mais pertinente do que incluir uma temática referente a GLBTT nos cursos seria a ampliação da grade da formação humanística nos currículos, incluindo a

noção de vulnerabilidade social de certos grupos, cabendo, dentre outras, a população GLBTT.

SCTIE

Foi aprovado projeto, através do Edital de Determinantes Sociais em Saúde (parceria do DECIT/MS e CNPq), de autoria de Márcia Arán, que prevê levantamento de serviços na rede pública de saúde voltado a transexuais, que deverá servir para a definição dos Centros de Referência para o Processo Transexualizador no SUS, em discussão junto à Coordenação de Alta Complexidade/SAS.

Fiocruz

Há a possibilidade de divulgação da existência do CT GLTB via entrevista na Radis. Os meios de Comunicação da Fiocruz podem ajudar na sensibilização de profissionais de saúde e da sociedade em geral (Radis, Súmula, Canal Saúde, Rádio Manguinhos, Página da Fiocruz, Cursos a Distância), bem como divulgando as ações em simpósios e congressos. Pelo IPEC, é possível propor cursos de educação aos profissionais de saúde em relação a GLBTT, primando pela humanização. Pela ENSP, fomentar a temática em cursos de educação à distância.

ANS

A qualificação da saúde suplementar é discussão recente, sendo que antes, primava a questão da regulação dos serviços. A discussão atual é a transformação das operadoras de saúde em geradoras de saúde, sendo um grande desafio na mudança da mentalidade dos prestadores de serviços. Romper com a lógica de que o beneficiário é apenas fonte de lucro é um desafio, e a consideração de questões de saúde de grupos específicos, tais como população negra e GLBTT ainda é muito difícil, devido ao momento institucional. Apesar deste entrave, a ANS politicamente é muito solidária ao movimento GLBTT, e na medida do possível incluirá a discussão nos espaços pertinentes.

Considerações sobre o Brasil sem Homofobia.

O Programa Brasil sem Homofobia é uma espécie de “Carta de Desejos”, apresentando já Diretrizes Gerais definidas através da participação do movimento organizado de GLBTT, para que os diversos setores governamentais passem a executar efetivamente políticas de atenção a esta população.

Cabe aos setores, inclusive saúde, a proposição de políticas específicas, pois a contribuição do CNCD, através das diretrizes apresentadas pelo Brasil sem Homofobia, se esgota aí.

Um Programa de Governo é atividade transitória, enquanto a Política é proposta permanente. Cada Ministério deve fazer seu próprio processo de internalização da questão, tendo em vista a formulação de uma política. O CT GLTB nasce desta intenção, e é esta sua atribuição fundamental.

Devemos avançar, no entanto, em pontos que estão frágeis no Brasil sem Homofobia. Por exemplo, o Brasil sem Homofobia apresenta discurso bifóbico, refletindo preconceitos inerentes ao próprio movimento social. O CT GLTB do Ministério da Saúde é a primeira instância a reconhecer este segmento e atentar às suas demandas. Precisamos avançar nas discussões sobre sexualidade e gênero, questionando representações preconceituosas.

A resistência a políticas específicas, inclusive no SUS, deve ser sanada pelo eixo ordenador de uma política para GLBTT: não se trata de viabilizar atenção diferenciada a um grupo social, mas de promover a equidade no sistema. A política deve ser em defesa da equidade e do próprio SUS.

O Movimento GLBTT tem uma luta histórica por cidadania, e devemos reconhecer e fortalecer os primeiros passos dados no setor saúde. Agora, é preciso avançar na consolidação de uma política de saúde.

Cabe um maior diálogo com a SEDH, talvez propor conjuntamente campanha por combate à discriminação contra GLBTT com o *note* **discriminação faz mal à saúde**.

2. DEMANDAS DOS SEGMENTOS

GLBTT no Conselho Nacional de Saúde (Carmen Lucia Luiz)

Resgata que a SEGEP sinaliza dois pontos importantes: gestão participativa na formulação, implantação e avaliação das políticas de saúde e a educação permanente para o Controle Social, através da formação de conselheiros e lideranças sociais. É necessário instrumentalizar o movimento GLBTT para o controle social, estendendo a educação permanente para além dos conselheiros, para dentro do movimento. Faz-se necessário esclarecer ao movimento quais são, na saúde, os lugares de participação, de deliberação, etc. Chamar um Seminário Nacional, ampliando a participação. Podemos também aproveitar os encontros de educação permanente para conselheiros de saúde para fazermos uma sensibilização junto a estes atores do Controle Social no SUS.

As próprias lésbicas não têm clareza quanto às medidas necessárias à melhoria de sua qualidade de vida, há um silenciamento entre a paciente e o médico que a atende. Faz-se necessário desnaturalizar a heterossexualidade, não há como manter a pressuposição como dado orientador da atenção na saúde. A capacitação dos profissionais é fundamental, já que a atenção é precária devido a pré-concepções sobre as práticas destas mulheres.

O Pacto pela Saúde 2006 em sua dimensão de Pacto em Defesa do SUS, sobretudo, endossa a pertinência do apoio a ações de fortalecimento do movimento social em sua luta pelo Direito à Saúde. Cabe, a partir de 2007, desencadear ação específica junto a conselheiros de saúde e sobre Controle Social junto ao movimento GLBTT. A proposta de um seminário ou oficina pode fortalecer em grande parte as ações do comitê GLTB, endossando as demandas do movimento.

Com o assento conquistado no CNS, este Comitê Técnico, que não tem poder deliberativo, tem a possibilidade de estar articulado ao conselho, que tem poder deliberativo. É importante ressaltar que o CT não é espaço de controle social, mas fundamentalmente de gestão, garantindo o princípio da participação social em seu processo de formulação e implementação.

LÉSBICAS (Melissa Navarro)

Em grande parte as demandas das lésbicas estão sendo contempladas pelo projeto “Chegou a Hora de Cuidar da Saúde”. Cabe salientar que o material informativo em forma de cartilha que acompanha o projeto não é pensado para ser distribuído em eventos da militância, mas para dentro do próprio SUS, primando pela sensibilização e qualificação dos serviços.

Caberia pensar em material informativo para distribuição em eventos de mobilização do movimento. Em relação à prevenção, tema recentemente bastante discutido no movimento de mulheres lésbicas, cabe desmistificar o uso da camisinha por lésbicas em suas relações sexuais.

BISSEXUAIS (Regina Facchini)

O segmento bissexuais conquistou assento no CT recentemente, e não alcança grande visibilidade dentro do próprio movimento GLBTT. O texto do Brasil sem Homofobia é preconceituoso em relação a bissexuais, que são tidos como não tendo alcançado ainda uma condição ‘resolvida’ em relação à sexualidade e suas práticas. Material da AIDS também deve ser revisto. Materiais com conteúdo bifóbico, assim como homofóbico, transfóbico e lesbofóbico, não devem sair com apoio do governo.

Em relação à idéia de um seminário ou oficina nacional, é extremamente importante por criar um fato político, mas devemos reconhecer que nem todos acessam um evento político nacional. Estados e Municípios fazem atividades de fortalecimento do controle social, e representantes do movimento GLBTT devem ser incluídos nos eventos locais. Um dos critérios de aprovação de projetos deveria ser pautar controle social.

Cabe a inclusão dos quesitos orientação sexual e identidade de gênero nas fichas médicas. Indicações aos municípios sobre como construir as fichas, as estratégias devem ser refletidas, sendo a demanda que apresenta justamente a captação desses dados. A pergunta não deve ser pela identidade (quesitos do tipo gay ou lésbica), mas sobre as práticas sexuais e da trajetória de vida do indivíduo. O SUS tem o princípio da descentralização, o MS podendo fazer apenas recomendações. O Estado é autônomo em sua responsabilidade, a instância federal apenas recomenda diretrizes. A questão da mudança nas fichas de notificação é extremamente complexa. Os quesitos orientação sexual e identidade de gênero são complicados, podem gerar confusões, devendo ser melhor pensado como fazer isso, iniciando talvez por solicitar à Febrasgo ou CFM, etc, espaço para esclarecimentos das diretrizes do MS junto aos profissionais de saúde.

Pensando em categorias mais amplas e que refletem melhor a heterogeneidade das experiências dos indivíduos, temos os termos MSM e HSH, sendo que a política tem que dar conta não apenas de gays e lésbicas, mas da complexidade das práticas sexuais que podem ser alcançadas pelas categorias MSM e HSH.

Projetos que se propõem a trabalhar com HSH, não devem estar restritos a gays.

Temos que ter maior clareza dos espaços de controle social relevantes para a saúde. No XII EBGLT/2005 houve deliberação de que todos os segmentos deveriam estar representados nestes espaços. Verificar como têm representação dos segmentos nestes espaços, realizando um efetivo diagnóstico dos espaços de controle social no SUS em relação a GLBTT.

TRANSEXUAIS (Bárbara Graner e Andréa Stefanie)

A particularidade clínica na transexualidade deve encontrar espaço de consideração. Primar pela intersectorialidade, considerando a mudança de registro civil como estratégia de promoção do bem-viver.

Reivindicamos a atuação conjunta com MEC, objetivando a desconstrução de estereótipos estigmatizantes. Queremos criar observatório de transexuais em relação às políticas públicas, em estreita relação com Ministério Público.

Não queremos que a atenção se restrinja ao processo transexualizador, mas à saúde integral.

As ações multiprofissionais devem ser consonantes às necessidades do usuário, sem imposição de terapêuticas através de uma padronização na atenção. Dificuldade de acesso a medicamentos específicos, próteses mamárias, remoção de pêlos. Garantir o fornecimento de laudos nos serviços. Consideramos pertinente adequar a maioria legal para realização de cirurgias de transgenitalização, bem como o cuidado e acolhimento em relação à parentalidade pregressa e/ou desejada.

Sugerimos uma rede integrada de hospitais qualificados para a atenção a transexuais. Queremos também garantir reconhecimento de laudo e histórico de uma unidade hospitalar a outra.

Várias das questões levantadas já estão em processo de esclarecimento e reflexão junto a gestores. Reverter caráter da discussão para além da inclusão da cirurgia na tabela do SUS já foi avanço, não centrando na questão médica, mas primando pelo social. A pesquisa de Márcia Arán contribuirá com o esclarecimento de como está a atenção na rede pública.

Em relação à maioria legal, trata-se de decisão arbitrária? Se é questão legal, a mudança com o código civil deveria acarretar a mudança automática da resolução.

GAYS (Marcelo Cerqueira)

Apresentação do Projeto SOMOS (em parceria com o PN DST/AIDS).

Preocupação com insumos relativos à prevenção, sobretudo a não disponibilização de preservativos mais largos e de gel lubrificante, indispensáveis à prevenção. Retomar a necessidade de considerar a vulnerabilidade de HSH, apesar da feminilização e heterossexualização da epidemia. O PN DST/AIDS deve repensar os entraves no processo de descentralização, já que nos planos estaduais não necessariamente estão contempladas campanhas e ações específicas a gays e HSH. O PN DST/AIDS pode estimular, mas a sociedade civil tem que fazer controle social, já que os planos são aprovados pelos conselhos estaduais e municipais.

Pensar no apoio às paradas, que este ano ficou muito prejudicada devido ao não apoio do MinC.

Campanha de combate ao preconceito é pauta no comitê desde 2004, quando da primeira reunião.

3. ENCAMINHAMENTOS E AGENDA DE TRABALHO

Objetivo	Estratégia e responsáveis	Prazo estimado
<p>Consolidação da rearticulação do CT</p> <p>(atualização das portarias de composição e regimento)</p>	<p>GT com representantes do MS e posterior apreciação pelo CT completo, incluindo representantes da sociedade civil.</p> <p>(Tatiana, Kátia Guimarães, Lidiane, Andréa, etc)</p>	<p>Reunião para finalização da proposta de texto reformulado (22 a 26 de Janeiro).</p> <p>Encaminhamento para assinatura: 15 de fevereiro</p>
<p>Consolidação da rearticulação do CT</p> <p>(Cumprimento da periodicidade das reuniões ordinárias)</p>	<p>Assegurar agenda e organização (coordenação do CT)</p>	<p>1 e 2 de março a ser confirmado/ junho/setembro/dezembro</p> <p>1ª quinta e sexta de mês</p>
<p>Educação Permanente para o profissional de saúde</p>	<p>1. GT Educação para o trabalho em saúde (Alessandra de Paula, Andréa Domanico, Alba Figueroa + Regina, Marcelo Cerqueira, Andréa Stefanie.</p>	<p>Consultar Alessandra de Paula (SEGETS)</p>
	<p>2. Estreitamento de contato com Conselhos Profissionais para definição de estratégia</p> <p>(Tatiana)</p>	<p>Imediato.</p> <p>Já encaminhada demanda ao CFP e CFSS.</p>
	<p>3. Divulgar ações e diretrizes do CT GLBTT na Radis, Canal Saúde e outros canais de Comunicação.</p> <p>(Liporage, Tatiana)</p>	<p>Início quando da atualização das portarias.</p>
<p>Produção de material informativo e educativo</p>	<p>GT Materiais e Campanha de Humanização “Homofobia faz mal para a saúde”</p> <p>(Tatiana, Lidiane, Alba + Carmen, Regina, Melissa, Andréa Stefanie)</p>	<p>Agendar reunião do GT para Fevereiro/2007</p>

Educação Permanente para o Controle Social/ fortalecimento de lideranças GLBTT	Oficina de Imersão na temática “Saúde da População GLTB e o Controle Social no SUS”	A ser discutido na 1ª Reunião Ordinária do CT. Proposta: Abril/2007
Construção da Política	1. GT técnico para elaboração de proposta.	Todo 2007, com reuniões periódicas mensais a iniciar em Março
	2. Seminário Nacional de Saúde da População GLBTT (GT para esboço de proposta - Tatiana, Lidiane, Andréa, Kátia)	Agendar reunião do GT para Março/2007
Estreitar relações com SEDH	Propor parceria para o Seminário Nacional	
Otimizar GT Transgenitalização	Encaminhar as demandas do segmento transexuais à Coordenação de Alta Complexidade e provocar retomada da Reunião do GT (incluindo sociedade civil)	Até 31 de Janeiro/2007 encaminhar demanda.
Fichas e Formulários do SUS	Constituir GT para definição de estratégia	

RELATÓRIO E ENCAMINHAMENTOS

da Reunião sobre Processo Transexualizador no SUS

(Comitê Técnico Saúde da População GLTB/DAGEP/SGEP)

Data: 06 de fevereiro de 2006

Local: Sala do Pregão, Anexo do Ministério da Saúde, Brasília.

Período: 10:00 às 18:00H

Presentes:

GOVERNO:

- SGEP: Antonio Alves, Ana Maria Costa, Jacinta, Tatiana Lionço (CT GLTB), Simione Silva (CT GLTB), Osvaldo Bonetti, Esdras Pereira, Maria da Paz, Gilmara Santos.
- SAS: Lidiane Gonçalves (Saúde da Mulher), Giani Cezimbra (Saúde da Mulher), Renata Weber (Saúde Mental), Denise Doneda (Saúde Mental), Alba Figueroa (PN Humanização)
- SE: Leonardo Pimentel (CT GLTB)
- SGTES: Alessandra (CT GLTB)
- SCTIE: Kátia Abreu (CT GLTB); Herbênio Pereira (DAF), Nelson Silva (DAF)
- SVS: Kátia Guimarães (PN DST/AIDS, CT GLTB)
- ANVISA: Maria Gorete Selau (CT GLTB)
- ANS: Leila Durso (CT GLTB); Leda Rebello (CT GLTB)
- Fiocruz: José Liporage (CT GLTB)
-

SOCIEDADE CIVIL:

- Coletivo Nacional de Transexuais: Bárbara Graner (CT GLTB), Andréa Stefanie (CT GLTB), Alexandre Santo
- Profissionais atuantes na rede pública de saúde e em pesquisa: Márcia Arán (IMS/UERJ), Paulo Canella (IG/UFRJ)

Ausências Justificadas:

- SEDH: Ivair Santos (CT GLTB), Sidnei Costa
- DENASUS: Maria Sandra Del´Aguila (CT GLTB)

ABERTURA:

Ana Costa (Diretora do Departamento de Apoio à Gestão Participativa): A SGEP passou a coordenar os Comitês Técnicos para a Promoção da Equidade na Saúde, na perspectiva inclusiva e na luta pela garantia dos princípios fundamentais do SUS:

integralidade, universalidade e equidade. A gestão participativa é a estratégia de conquista destes princípios fundamentais, através do reconhecimento, acolhimento e fortalecimento da participação social de grupos socialmente vulneráveis na tomada de decisões sobre as políticas públicas de saúde para seus segmentos populacionais.

Antonio Alves (Secretário da SGEp): Salienta a importância da Defesa do SUS, que é uma proposta de democratização da sociedade brasileira na saúde. Temos que lutar para que sejam efetivamente implementadas ações condizentes com os princípios do SUS, tal como idealizados na legislação em saúde. O Ministério da Saúde tem responsabilidade em relação a grupos vulneráveis, e temos que ter clareza de que todo cidadão brasileiro é igual em direito, mas desigual em condições de vida e em suas necessidades.

Tatiana Lionço (CT GLTB): A metodologia de trabalho seguirá o seguinte eixo: de início, cabe a palavra à sociedade civil organizada, ao Coletivo Nacional e Transexuais e aos profissionais e pesquisadores atuantes na rede pública de saúde em programas de transgenitalização operantes. Em seguida, pela tarde, os representantes governamentais se pronunciam, indicando perspectivas e limitações nos encaminhamentos, de acordo com o momento político e com o planejamento das ações de 2006. O exercício da gestão participativa é fundamental no trabalho com populações vulneráveis, já que cabe ao Governo escutar a especificidade das condições de saúde de grupos excluídos em parte do SUS, para que se possa reconhecer sua situação e reverter ações em benefício a estes grupos.

Denise Doneda: Interpela os gestores a assumirem o compromisso de pactuar encaminhamentos efetivos.

Ana Costa: O objetivo de um encontro como este é elaborar um conjunto de diretrizes para a política de atenção a esta população, a ser apresentada para a apreciação e aprovação do CNS. Cabe salientar a importância da perspectiva da integralidade da atenção à saúde de transexuais.

COLETIVO NACIONAL DE TRANSEXUAIS

Bárbara Graner: Reconhece avanços para o segmento de transexuais não apenas no âmbito do MS, com a inclusão de assento ao segmento no CT GLTB, mas também no próprio movimento social de transexuais, que está buscando e efetivando sua emancipação. O I Encontro Nacional de Transexuais, apoiado pelo PN DST/AIDS, denuncia o momento atual de protagonismo político do segmento. É necessário refletir sobre a transexualidade para além da questão pré e pós-operatória, sendo a questão mais complexa e danosa a própria representação social sobre a transexualidade. É preciso idealizar a médio prazo sanar a incompreensão sobre a transexualidade, sobre a identidade transexual, já que a má compreensão sobre a condição transexual torna nebulosa a própria compreensão sobre as reais demandas dos transexuais. A cirurgia é vista como central na demanda, como se a adequação genital fosse a resposta para a transexualidade, mas a cirurgia sequer é um consenso entre os diferentes transexuais. Existem realidades distintas, e necessidades distintas quanto à característica das intervenções somáticas que seriam satisfatórias.

Paulo Canella: A dificuldade na mudança do registro civil é a principal dificuldade e fonte de sofrimento do transexual.

Tatiana Lionço: Há necessidade de articular a discussão entre Ministério da Saúde e Ministério Público e da Justiça, já que a mudança de nome vem sendo tributária à cirurgia de transgenitalização. A cirurgia em si não tem o efeito simbólico necessário aos transexuais, que demandam fundamentalmente o reconhecimento social no gênero com o qual se identificam.

Bárbara Graner: O MS pode ajudar na articulação do diálogo com outros órgãos públicos.

Denise Doneda: Temos que refletir sobre as condições impostas para a mudança no registro civil, tais como mudanças fenotípicas.

Alexandre: Vem representando os transexuais FTM (female-to-male), que ainda carecem de visibilidade. Levanta a questão problemática do uso indiscriminado de hormônios, sem acompanhamento médico, por falta de adesão de profissionais ao acompanhamento responsável da hormonioterapia para transexuais. Os transexuais FTM não fazem questão da cirurgia de transgenitalização, já que a construção do neofalo não tem resultados de qualidade. A necessidade é pela mastectomia e pela histerectomia.

Bárbara Graner: Temos que problematizar o enfoque patologizador atribuído à transexualidade pelo olhar médico. Precisa haver patologia para obter a atenção do Estado? Esta é uma questão discutida no movimento social de transexuais, pois muitas pensam que precisam se fazer de coitadas para ganharem o favor em serem atendidas.

Tatiana: Resgata a integralidade como princípio do SUS, o que quer dizer que pensar na saúde não se reduz à ausência de patologia. O SUS luta pela promoção da saúde, e não apenas pelo combate à doença, e a condição de sofrimento já justifica a necessidade de intervenção pública, na direção da promoção do bem-estar.

Márcia Arán: Temos que considerar até que ponto se pode avançar na perspectiva do SUS, já que o processo transexualizador é submetido aos parâmetros do CFM. A classe médica não aceitaria a entrada do processo transexualizador no SUS se não pelo enfoque do transexualismo como patologia. Temos que considerar com cuidado como introduzir a perspectiva despatologizante, alcançando e considerando outros referenciais além do médico-psiquiátrico. Há avanços no conhecimento acadêmico sobre transexualidade, mas infelizmente a realidade dos serviços é resistente ao tema, por fatores de discriminação.

Alba Figueroa: O fator patogênico é a discriminação, sendo a própria falta de reconhecimento e respeito pela diversidade humana o que causa sofrimento.

Paulo Canella: Os transexuais buscam apagar sua diferença e se diluir na regra, querem o anonimato.

Kátia Guimarães: O momento político exige visibilidade para o segmento de transexuais, pautada na reivindicação por respeito e asseguramento de direitos. As diferenças devem ser reconhecidas e respeitadas.

Lidiane: Além da iniciativa do MS de assegurar o uso do nome social nos prontuários, é responsabilidade do MS travar diálogo com o Ministério da Justiça. Passamos por uma

ampla mudança no Código Civil, mas as transformações já saem desatualizadas, havendo temas de difícil negociação.

Márcia Arán: A autonomia é um importante tema do Direito, sobretudo na Bioética. A possibilidade de assumir a responsabilidade por escolhas e definições sobre o próprio corpo, sobre si. A autonomia tem um estatuto moral e ético, o da liberdade de decisão. É importante resgatar a diversidade entre os transexuais, sendo o processo pelo qual passam relativo à autonomia pessoal, o que é prejudicado por critérios rígidos de encaminhamento do processo transexualizador.

PROFISSIONAIS E PESQUISADORES ATUANTES NA REDE PÚBLICA DE SAÚDE.

Márcia Arán: Organizou a I Jornada Nacional sobre Transexualidade e Saúde Pública, realizada no Rio de Janeiro em 2005, envolvendo profissionais de vários serviços da rede pública de saúde, vinculados a instituições de ensino superior. Os serviços públicos de saúde voltados a transexuais iniciaram os atendimentos desde 1997, desde a regulamentação da cirurgia de transgenitalização pela Resolução do CFM 1.482/97. Os serviços foram implementados a partir da procura de transexuais nos hospitais, esclarecendo aos próprios profissionais a existência da resolução. Os serviços se constituíram a partir desta demanda social. Como não há inclusão do procedimento na tabela do SUS, o maior problema sempre foi o financiamento. Levanta alguns dados sobre os serviços: Na URGS, o trabalho é realizado desde 1998, tendo atendido 147 usuários, estando atualmente 80 em atendimento e 47 cirurgias realizadas até então. O próprio estado do Rio Grande do Sul financia as cirurgias (2 por mês) e é o único serviço que realiza uma avaliação do pós-operatório, estando para ser publicado um artigo sobre a questão. Outra facilidade é a aproximação do serviço de saúde com a Defensoria Pública, que facilita a mudança no registro civil. O maior desafio apontado é a inclusão social dos transexuais. No Hospital das Clínicas da USP, o trabalho é feito desde 1997, tendo acolhido 180 usuários, 47 deles estão na fase de avaliação psicológica e psiquiátrica, 60 na fase da hormonioterapia, e 64 na fila de espera para a cirurgia. São 140 transexuais MTF (male-to-female) e 40 FTM, tendo havido 13 cirurgias realizadas, pela dificuldade no financiamento. No Hospital Pedro Ernesto da UERJ, o serviço foi implementado em 2003, havendo 100 usuários no momento, e 12 cirurgias realizadas. Foi iniciado um contato com a Defensoria Pública. Um dos problemas apontados é a falta de recursos humanos qualificados. O IEDE/RJ faz acompanhamento endocrinológico e psicológico/psiquiátrico, mas encaminha os pacientes para o Pedro Ernesto, havendo 32 transexuais em fila de espera para a cirurgia. A maior dificuldade apontada é referente ao fornecimento de medicamentos. Na UFRJ o trabalho é feito desde 1997, tendo atendido 20 pessoas, 12 em atendimento e 4 cirurgias realizadas. As maiores dificuldades são a aceitação do serviço pelos demais profissionais do hospital, a carência de assitência jurídica e a inserção no mercado de trabalho dos transexuais.

O IMS/UERJ realizou uma pesquisa qualitativa com 16 pacientes, sendo os resultados a seguir: a transexualidade se caracteriza por intenso sofrimento psíquico, não apenas pela discordância sexo/gênero, mas sobretudo pela precariedade e vulnerabilidade social. O sofrimento não é uma condição intrínseca à subjetivação transexual, mas decorrente das condições sociais. A adolescência surge como momento limite, e a inserção dos transexuais em serviços de saúde tem importante papel na promoção da cidadania. Costuma-se dizer que a transexualidade não é uma questão sexual, mas uma questão de

identidade. Isso não pode se tornar uma característica da transexualidade, com indicações rígidas de ausência de atividade sexual como critério diagnóstico. A questão da sexualidade é articulada à da identidade, sendo que muitos transexuais se definem identitariamente pelo argumento da heterossexualidade (amo somente homens, logo sou uma mulher). Este é um critério diagnóstico questionável, podendo o transexual ter uma orientação tanto homo quanto heterossexual. As dificuldades de inserção no mercado de trabalho são decorrentes sobretudo da dificuldade de alteração do registro civil. É necessário articular os serviços de saúde às defensorias públicas, e começar a fazer um levantamento da jurisprudência. É necessário desassociar a cirurgia da questão da documentação. A cirurgia não é central na transexualidade, mas se atribui a esta intervenção o papel de mudar a condição da pessoa. A cirurgia é uma etapa do processo, mas não é isso que define o gênero do transexual.

Tatiana Lionço: Diante da exclusão social como fator principal para o sofrimento transexual, os serviços devem levar em consideração o fortalecimento dos laços sociais. Não apenas estar vinculado a um serviço auxilia o transexual na sua inserção social, mas a própria família deve ser trabalhada. Qualquer espaço relacional é potencialmente inclusivo, e deve ser fortalecido.

Márcia Arán: Em relação ao pós-operatório, há carência de estudos para avaliação dos efeitos da cirurgia, apesar de o índice de arrependimento ser muito baixo. Há de se levar em consideração que a cirurgia não é feita de uma só vez, havendo em alguns casos a necessidade de retoques, o que deve ser considerado na reflexão sobre o financiamento pelo SUS. Cabe atentar também para o processo de psiquiatrização da transexualidade. Há outros referenciais teóricos para compreender a transexualidade. Os serviços públicos devem ser interdisciplinares. O atendimento psicológico e psiquiátrico para avaliação psicodiagnóstica é paradoxal: ao mesmo tempo que estigmatiza com o diagnóstico de transexualismo como transtorno, é o meio a partir do qual se viabiliza o cuidado específico e a atenção terapêutica ampla (cirúrgica, hormonal, psicológica). O diagnóstico a ser feito é o diferencial em relação à psicose. O que se busca é concluir que o indivíduo transexual tem condições subjetivas de tomar uma decisão sobre si mesmo. O SUS deveria incorporar a cirurgia na tabela de procedimentos, e ainda financiar os serviços capacitados para atender a clientela. Se isso não acontecer, a iniciativa privada vai tomar a frente do processo e fará convênios com a rede pública para sanar a demanda represada.

Paulo Canella: Em algumas situações clínicas (como o aborto, a cesária, e a cirurgia de transgenitalização) o paciente não denuncia o mau serviço. É importante salientar que transexuais têm resposta sexual adequada, desmitificando a idéia de ausência de libido, bem como após a cirurgia há resultados bons quanto ao exercício e satisfação da vida sexual. Uma das dificuldades do trabalho com transexuais é que eles prezam o sigilo, a família dificilmente acompanha o processo pré-cirúrgico, e a grande resistência dos profissionais de saúde de lidar com o tema da transexualidade. É necessário enfatizar que a terapia hormonal tem custos e benefícios, sendo fundamental flexibilizar a administração medicamentosa em um controle constante das dosagens. Uma das polêmicas atuais é considerar, no caso de transexuais FTM, se irá ser retirado tudo (útero, trompas, ovários) ou se são mantidos órgãos para sustentar a produção hormonal pelo organismo. Em relação aos serviços, há o problema de acesso aos remédios e de financiamento dos serviços e insumos.

ENCAMINHAMENTOS

Maria Gorete: Enquanto não há regulamentação do processo transexualizador no SUS, com inclusão do procedimento cirúrgico, há de se criar ao menos estratégias de regulação dos serviços já existentes. Há de se qualificar os serviços já instituídos, o que pode ser feito através de normas apresentadas através de portaria pela ANVISA.

Márcia Aran: Todo critério pelo SUS deve se referendar aos critérios do CFM. É importante assegurar o diagnóstico diferencial em relação à psicose, mas sem alimentar características muito rígidas para o diagnóstico de transexualidade, assegurando a possibilidade das diferenças individuais entre transexuais. O mais importante no diagnóstico é confirmar que o indivíduo transexual está munido de suas plenas faculdades cognitivas, podendo assumir a responsabilidade de assinar termo de consentimento informado sobre o procedimento cirúrgico irreversível.

Lidiane: No manual de Saúde da Mulher é possível incluir considerações sobre transexualidade, mas há uma confusão conceitual. Como se referir à transexualidade? Não cabe na categoria orientação sexual, então é necessário criar categorias de referência.

Maria Gorete: É necessário criar estas categorias, além de sexo, gênero, orientação sexual, conceitos que permitam explorar a diversidade humana. Em relação aos serviços já existentes, seria interessante apostar em centros de referência, investir na qualificação de equipes, que pudessem servir como modelo para outros serviços existentes ou que vierem a ser implementados. Primar pela promoção da qualidade dos serviços, dos grupos técnico-científicos.

Denise Doneda: Vários pontos precisam ser considerados: (1) Atribuir à ANVISA a regulação do processo pré e pós-operatório, a fim de avançar e não permanecer na estagnação da não inclusão do procedimento cirúrgico, porque os serviços já estão em andamento, as equipes já conduzem os processos; (2) considerar com urgência a questão do silicone, oferecer biosegurança para as bombadeiras, considerar a realidade social fora do ambiente sanitário, que é uma situação muito grave e precisa de intervenção imediata; (3) eleger 2 ou 3 locais no Brasil, realizar convênios com o MS e instituir centros de referência para o tratamento da transexualidade, pragmatizando as discussões; (4) realizar publicação do MS em linguagem acessível sobre a construção da identidade de gênero, para esclarecimento de trabalhadores de saúde; (5) incentivar cursos de especialização; (6) preparar o movimento social para participar dos conselhos de saúde.

Renata Weber: Realizar convênios ou outra forma de observar os serviços que já existem, através de projetos-piloto. É necessário avaliar a qualidade dos serviços e propor diretrizes. Não há como formular uma política com clareza sem observar a realidade, há de ser um processo dinâmico. Através do DECIT é possível financiar projetos de pesquisa-ação.

Giani: O centro da discussão é a cirurgia, mas temos de considerar a integralidade. Acompanhar o risco de doenças decorrentes do uso continuado de hormônios, câncer de mama, a neomama é vulnerável, já que a transexual faz um uso continuado e muito maior do que as mulheres biológicas no climatério. Incentivar pesquisas loco-regionais, porque não há consenso na comunidade médico-científica. É necessário também

incentivar o diálogo entre ANVISA e ANS, já que os serviços já vem sendo realizados na rede privada.

Kátia Abreu: Pelo DECIT, há duas linhas de financiamento para pesquisa: os editais universais, e o Programa de Pesquisa para o SUS, em que os estados definem na agenda nacional as linhas de pesquisa prioritárias.

Alba Figueroa: É preciso criar uma maior visibilidade no SUS quanto a qual é a problemática. Preconizar a humanização no SUS, criar um grupo de trabalho para realizar um folheto esclarecendo sobre diversidade sexual e humana.

Andréa Stefanie: no ENTLAIDS e ENONG já se levantaram as questões das próteses mamárias e de nádegas. Isso é feito largamente de forma clandestina, e é mais barato custear essas intervenções do que reparar os danos da atividade clandestina das bombadeiras. É preciso avançar também no projeto de lei (atualmente apoiado por Luciano Zica) que identifica transexualidade a um problema de saúde pública, sendo as alterações no registro civil parte de todo o processo de promoção da saúde para transexuais, na perspectiva da integralidade.

Ana Costa: É necessário pautar uma política para a população GLTB, diretrizes que sustentem a realização de todas as ações necessárias. Para a política, é necessário definir grandes problemas, grandes linhas de necessidades, indicando o que é necessário implementar enquanto ação prática.

Simione: É preciso provocar os gestores para implementarem políticas. O CT GLTB pode oferecer diretrizes, apresentar problemas e possíveis encaminhamentos. A política construída deveria ser apresentada na tripartite.

Tatiana: Marcaremos uma reunião interna com os técnicos presentes nesta reunião, a fim de encaminhar algumas ações. Foi mencionada a possibilidade de realizar projetos-piloto, mas sem indicação de fontes de financiamento. Temos que sentar novamente e tratar disto com responsabilidade, efetivando as ações que se fizerem possíveis para o atual momento, e indicando perspectivas também a médio-prazo.

Imagens Anatômicas de
Andreas Versalius de Bruxelas

De Humani Corporis Fabrica

Tabulae Sex

Fonte: **De Humanis Corporis Fabrica. Epítome. Tabulae Sex.** Ilustrações e Comentários de trabalhos anatômicos. Esboço de uma Biografia de Versalius. Tradução para o português de LEMOS, Pedro & CARNEVALE, Maria Cristina. São Paulo, Ateliê Editorial, Imprensa Oficial do Estado, Campinas, Editora Unicamp, 2002.