

## **Estar entre a universalidade e diferença: entraves para a consolidação do direito à saúde de transexuais**

*Izís Moraes Lopes dos Reis*

### **Introdução**

Os debates sobre gênero, sexualidades, direitos sexuais, assim como sobre a intervenção médico-tecnológica na saúde têm gerado desafios para as ciências humanas e sociais no sentido de compreender as nuances, os limites e os problemas do controle da sexualidade e do corpo, da constituição das identidades através da experiência corporal, das relações de poder e da normatização das pessoas por meio das disciplinas ditas biomédicas.

Desde a década de 1970, afloram análises sobre a medicalização e o controle dos corpos, e mais recentemente, surgem discussões sobre o rápido desenvolvimento tecnológico e implementação dessas mesmas tecnologias sobre o corpo – focando-se especialmente no controle da sexualidade e do processo reprodutivo. Dentre as áreas mais controversas da saúde, atualmente, estão as ligadas aos processos tecnológicos. Se, por um lado, há a constante legitimação das tecnologias, seja por causa do espaço que as ciências conquistaram nas sociedades ocidentais, seja por meio da reprodução midiática das “benesses” tecnológicas, existe também a falta de pesquisas, estudos e informações suficientes sobre a aplicação das mesmas.

O fenômeno “transexual” é contado como existente ao longo da história humana. Porém, a possibilidade de trazer as discussões deste “transtorno de identidade de gênero”<sup>i</sup> para as relações de saúde-doença ocorre somente com os avanços científico e tecnológico, ancorados principalmente nos estudos sobre genética, endocrinologia e a influência de ambos na criação e desenvolvimento de “personalidades sexualizadas”. Se na história é possível encontrar casos de homens que viveram como mulheres ou mulheres que viveram como homens, atualmente existe a possibilidade de se pensar em maneiras de criar formas anatômicas que sejam parecidas, ao máximo, com um órgão genital “original”, incluindo a possibilidade de prazer sexual e orgasmo. Então, embora a existência do que chamamos de transexuais hoje tenha uma construção historicizada, só é possível falar desse tipo de transexuais, dessas formas corporais e dessas intervenções cirúrgicas na construção de novos corpos (e novas identidades) se, ao mesmo tempo, o desenvolvimento biomédico do último século for analisado.

O amadurecimento da democracia brasileira e o crescimento da militância de lésbicas, gays, travestis e transexuais, forçou o Ministério da Saúde (MS) a instaurar, em 2004, após o lançamento do *Brasil Sem Homofobia - Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra GLTB e de Promoção da Cidadania Homossexual*, o Comitê Técnico GLTB. À época da pesquisa, este CT fazia 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.

Este artigo tem como objetivo analisar algumas das diversas perspectivas de cunho profissional presentes nas discussões sobre transexualidades e saúde dentro da esfera estatal brasileira 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 LGBT, falas de pesquisadores durante as reuniões do CT e dois documentos de representantes do judiciário que, de agosto a dezembro de 2007, 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).

Diferentes aspectos da ação política em saúde para transexuais são iluminados a partir da conexão das percepções 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 de gestão orçamentária: a garantia da universalidade do acesso à saúde frente à necessidade de alocação racional dos recursos públicos. De uma forma ou de outra, todos trazem esta questão como pertinente para o campo político. A preocupação passa pelos impactos aos cofres públicos da defesa de direitos considerados particulares até compreender qual a opinião pública sobre investimentos para disponibilização de serviços específicos para transexuais. O dilema 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, há uma realidade de escassez de recursos públicos<sup>ii</sup>.

O financiamento é um bom ponto de partida para demonstrar como, no campo político, diversas perspectivas lançadas como argumentos 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, este autor aponta que a ideia de que uma única verdade ou modo de enxergar o mundo teria sido abalada após a quebra do monopólio eclesiástico sobre o conhecimento. Arrisca-se 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 aqui entendida 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 – e o conteúdo desta é definido no próprio embate político. Fica clara a

interdependência entre conteúdos da saúde e conteúdos da política, em que os dois campos aparecem como constituídos por relações de poder que não podem ser ignoradas ao se falar de produção e consumo da saúde como bem público.

**Afinal, qual deve ser o papel do Estado Brasileiro no que se refere à saúde? O Juiz e as Discussões sobre natureza, gênero e direitos fundamentais.**

O juiz Roger Raupp Rios, do Tribunal Regional Federal da 4ª Região (Rio Grande do Sul), ao votar 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, 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 a 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, 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 demandas de saúde de pessoas transexuais (para não dizer a existência das transexualidades em si). Para Rios, o financiamento de tais cirurgias pelo sistema público de saúde é de natureza coletiva, se refere à proteção de sujeitos que são identificados 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 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 Rios<sup>iii</sup> sobre as relações sociais é que a divisão sexual 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 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).

O juiz analisa as 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 mutuamente. E as transexualidades têm como potencial criar disputas morais sobre o que é ser homem e o que é ser mulher. Diante do fato de recusarem seus corpos naturalmente dados, as transexualidades 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 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 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).

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 concepção 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 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 reordenação de um mundo que se vê constantemente rompido, dilacerado. A incoerência que a falta de “naturalidade” traz à simbologia de sociedades profundamente ancoradas em ideias 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, 1974), pode ser pensado como aquilo que não obedece ao natural, aos princípios, à origem esperada. O patológico 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 ideia 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)

A rigidez originada na 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 Roger Raupp Rios, o principal entrave para a concretização do direito à saúde de transexuais. Para ele, se o binarismo é adotado, reforça-se a ideia 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 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 ambiguidade anatômica. 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 do acesso aos serviços considerados pela própria medicina como essenciais para essas pessoas. 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.

### **Afinal, qual deve ser o papel do Estado Brasileiro no que se refere à saúde? - 2ª parte: a resposta do Supremo Tribunal Federal ao voto de Roger Raupp Rios**

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. Devido ao princípio da separação entre os Poderes, tal definição caberia 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.

A ministra traz interessante reflexão sobre o papel do Judiciário que não deve ser responsável pela decisão orçamentária da saúde. Para Ellen Gracie, enquanto não há posicionamento do Executivo sobre transexualidades, somente 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 oneraria 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” (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 ideias de universalidade e particularidade não são colocadas em um mesmo plano de importância: as necessidades particulares de um grupo são confundidas com necessidades individuais, devendo ser analisadas 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 da ministra não traz um exercício reflexivo sobre os determinantes e condicionantes sociais da saúde, conceitos presentes na Lei Orgânica da Saúde<sup>iv</sup>.

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 arguição 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.

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 de Ellen Gracie Northfleet é um tipo de conhecimento sobre o mundo em que as categorias de gênero e sexualidade não são pensadas como relevantes o suficiente 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 (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. 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 universais<sup>v</sup>. 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, 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 criando 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 oposição 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 antagônico da 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 igualdade formal entre os indivíduos é suficiente para garantir saúde?**

A sentença proferida pela ministra do STF demonstra a valorização da “universalidade” ao compreendê-la como maior número de beneficiários sendo atendidos pelos serviços públicos de saúde – independente de suas necessidades específicas, entraves ao acesso e ao atendimento de qualidade devido ao posicionamento social dos sujeitos. Aquilo que se 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 pêndulo<sup>vi</sup> entre universalismo e particularismo 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.

A 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.

Cornell critica a igualdade pautada na comparação entre homens e mulheres e argumenta que, quando as leis colam igualdade a 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 indaga 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 livre).

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 parcela da população. Mas, sua solidariedade se constrói a partir da concepção patológica das transexualidades, e não do reconhecimento de um grupo que experimenta a dor, sofrimento e a própria doença que são condicionados por relações sociais específicas.

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. Uma vez compreendida essa perspectiva básica de que somos seres sexuados, a reivindicação de pessoa legítima, legal e politicamente, se encontrará ligada ao reconhecimento de nossa existência como seres corporais. Advoga-se, portanto, por um direito do concreto, que não se perca na abstração da mente, já que que só nos colocamos no mundo através de nossos corpos. O direito precisa legitimar a pessoa como fonte de narração do que é o significado de sua diferença sexual, escapando da condição de “outro degradado” (idem: 32), já que é problemática, para não dizer ilusória, a referida posição hipotética de simetria. É necessária a construção de direitos e ações políticas que não sejam limitadas a tentativas pontuais de redução de desigualdades, mas pelo reconhecimento de pessoas livres para representar a si mesmas a valoração de seus planos e de suas vidas.

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. Porém, 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, à dificuldade de legitimação política que transexuais – e o movimento LGBT como um todo – parecem enfrentar no próprio diálogo com o Ministério da Saúde.

### **Além do Judiciário: a voz dos profissionais do Ministério da Saúde: projetos políticos e projetos societários**

Ao pensar 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 fazem referência somente a qual deve ser o papel do Estado na provisão do bem público ‘saúde’; mas também fazem ponderações sobre interpretação pública do que são transexuais. Os técnicos descrevem o preconceito como maior causa da falta de prioridade das ações nas instâncias executoras dos serviços (centros de saúde, hospitais) e no próprio Ministério da Saúde.

*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 com 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 outros 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 é possível comparar factualmente ou estatisticamente essas afirmações e, na verdade, este não é interesse aqui: os interlocutores devem ser considerados mais preparados que a pesquisadora 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 LGBT 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 argumentam que o movimento LGBT se organiza em cima de demandas específicas, ao contrário de alguns outros movimentos sociais, que teriam como demanda transformações políticas mais profundas.

*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.*

Estes profissionais avaliam que falta uma pauta comum aos segmentos LGBT, 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 LGBT.

*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 faca 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 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 LGBT. 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 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 feito de diversidades de compreensões, interpretações, experiências e significados atribuídos (KUSCHNIR, 2007) que criam entraves à política que se realiza a partir das corporalidades. É interessante, aqui, lembrar 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 cuja linguagem a “instituição não entende” (Joaquim, junho/2007).

Esta perspectiva do que é o campo político não é a única existente para os profissionais da 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 Ministério da Saúde, 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 (falecida em 2011, era doutora, 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 das pesquisas de ambas. Parece que esta condição diferenciada no espaço político é o principal motivo pelo qual Tatiana Lionço possua considerações diferenciadas sobre o movimento LGBT e sobre a atuação política

deste movimento social. Ela, em nenhum momento, 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 LGBT, 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 os gêneros, 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 LGBT, para ela, se encontra exatamente na possibilidade de implodir essa equação normativa pênis = homem, vagina = mulher, homem + mulher = sexualidade legítima.

*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.*

Ressalta-se novamente que a preocupação com preconceito é comum aos profissionais da SGEP. Se Tatiana Lionço é a única que faz a crítica ao binarismo de sexo/gênero, talvez seja porque é a única interessada academicamente nesta literatura e nesta produção de conhecimento. Entretanto, técnico e coordenador entrevistados também se mobilizam para a redução do preconceito e com a mudança de valores morais. Aponta-se que não é a falta de preocupação com a categoria populacional, mas como esta não é interpretada como plenamente legítima diante de concepções específicas do que é ou deve ser política. Os dois profissionais não tomam a sexualidade como o plano epistemológico mais importante para a política; a homofobia é questão relevante e motivadora, mas não encontra, para estas pessoas, campo em que se poderia fazer a semente do incômodo com o preconceito florescer como projeto societário.

### Considerações finais

A proposta teórica é de uma antropologia política da saúde que tem como objetivo 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).

Diante disto, é demandado ao Estado que, em seu papel, sejam incluídas respostas que levem 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).

Para finalizar, aponta-se que as diversas compreensões sobre qual o conteúdo da política, qual o papel do Estado e 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 artigo buscou mapear como um debate profundamente enraizado no corpo naturalizado gera problemas e como estes podem criar 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 parecer ser fundamental para que a política de saúde seja compreendida como esta formada por motivações, emoções, valores que lhe fornecem significados (diversos, contraditórios, conflitantes e concorrentes).

### Referências

1. ÁRAN, Márcia & LIONÇO, Tatiana. (2008) Mudança de Sexo: uma questão de Justiça para a saúde. In: *Série Anis* 53, Brasília, LetrasLivres, 1-3, janeiro.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. (1990) Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Brasília, DF,.
3. COSTA, Ana & LIONÇO, Tatiana. (2006) Democracia e Gestão Participativa: uma estratégia para a equidade em saúde? In: **Saúde e Sociedade** v.15, n.2, p.47-55, maio-ago.
4. COWAN, Jane, DEMBOUR, Marie-Benedict & WILSON, Richard. ( 2004) Introduction. In: \_\_\_\_\_ (eds). *Culture and Rights: Anthropological Perspectives*, Cambridge University Press.
5. CORNELL, Drucilla. (2001) Introducción: feminismo, justicia y libertad sexual – Capítulo Primeiro. In: *En el Corazón de la Libertad: feminismo, sexo e igualdad*. Madrid, Ediciones Cátedra.
6. FASSIN, Didier. (1996) *L'Espace Politique de la Santé: essai de généalogie*. Paris, Presses Universitaires de France.
7. GOFFMAN, Erving. (1974) **Manicômios, Prisões e Conventos**. São Paulo, Perspectiva.
8. KUSCHNIR, Karina. (2007) *Antropologia da Política*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor.
9. LAQUEUR, Thomas. (2001) *Inventando o Sexo: Corpo e Gênero dos Gregos a Freud*. Rio de Janeiro, Relume-Dumará.

10. MACHADO, Katia. (2007) R\$ 5,7 bilhões a menos. In: *RADIS Comunicação em Saúde*. FIOCRUZ.
11. MANNHEIM, Karl. (1968) *Ideologia e utopia*. Rio de Janeiro: Zahar.
12. NEDEL, José. (2000) *A teoria ético-política de John Rawls: uma tentativa de integração de liberdade e igualdade*. EDIPUCRS, Porto Alegre.
13. ROSSÉT, Clément. (1989) **A Anti-Natureza. Elementos para uma filosofia trágica**. Rio de Janeiro, Espaço e Tempo.
14. 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>
15. 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>

<sup>i</sup> Catalogado com o código F.64, na Classificação Internacional de Doenças, da Organização Mundial de Saúde, décima edição (CID 10).

<sup>ii</sup> O orçamento previsto para ser destinado à saúde brasileira no início do ano de 2007 era de R\$ 40,7 bilhões (MACHADO, 2007), enquanto no Canadá, país no qual se inspira o modelo do Brasil, tem recursos públicos liberados para a saúde 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 levado em conta: 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).

<sup>iii</sup> 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>

<sup>iv</sup> “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).

<sup>v</sup> 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”.

<sup>vi</sup> 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).