

Uma arena de negociações e conflitos: análise das instituições estatais sobre a política de saúde para pessoas trans* no Brasil

Izis Morais Lopes dos Reis*

Resumo

O Ministério da Saúde tem procurado inserir lésbicas, gays, transexuais, travestis e transgêneros no diálogo político. Alguns marcos podem ser elencados, como: criação do Comitê Técnico de Saúde LGBT em 2004 (redefinido em 2011); criação da Secretaria de Gestão Participativa; inserção desses grupos nas instâncias de controle social em saúde. Em 2008, foram promulgadas portarias que instituem e que regulamentam, no âmbito do SUS, o Processo Transexualizador. Em 2012, houve avaliação da portaria 457/2008, no *Seminário: Processo transexualizador no SUS*. Este artigo objetiva analisar as disputas de interesses e de posições no mundo presentes no encontro entre Estado e pessoas trans. A proposta é compreender quais símbolos e significados são acionados no embate, quais valores se atualizam e quais adentram o jogo político. A discussão enfocará o processo político como revelador das negociações de contradições, de sensibilidades e de visões de mundo no reconhecimento de direitos diferenciados.

Palavras-chave

Transgênero. Política. Saúde. Antropologia.

Abstract

The Brazilian Ministry of Health has shown an effort to include lesbians, gays, transsexuals, transvestites and transgenders in the political dialogue. Some important actions can be listed: creation of LGBT Health Technical Committee in 2004 (redefined in 2011); creation of the Participative Management Department; integration of these groups in spheres of social

* Doutoranda em Antropologia Social pela Universidade de Brasília (Brasília/Brasil).
E-mail: izis.mlopes@gmail.com.

control in health. In 2008, ordinances were established in order to institute as well as regulate the process of becoming a transsexual within the nation's public health system (SUS – Sistema Único de Saúde). In 2012, there was a review of the ordinance 457/2008, in a seminar called *Processo transexualizador no SUS* [The transsexual Process at SUS]. This paper aims to analyze disputes of interests and positions in the world between the Brazilian government and transgender individuals. The scope is to understand which symbols and meanings are triggered in their clash, which values are updated and which ones become part of a political game. The discussion will focus on the political process as means to negotiate contradictions, sensibilities and worldviews in the recognition of differentiated rights.

Keywords

Transgender. Politics. Health. Anthropology.

Introdução

No dia 18 de agosto de 2008, foi publicada a Portaria nº 1.707 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2008a), com o objetivo de instituir os princípios orientadores do atendimento a transexuais nos serviços de saúde. No dia seguinte, foi promulgada a Portaria 457, de 19 de agosto de 2008 (BRASIL, 2008b), que definiu critérios para a prestação desse tipo de serviço, ou seja, o acompanhamento multidisciplinar às pessoas transexuais, incluindo a cirurgia de redesignação sexual. Com essa Portaria, os centros de referência e os hospitais cadastrados no Ministério da Saúde passaram a ser remunerados pela tabela do Sistema Único de Saúde (SUS).

Esses documentos formalizadores do atendimento a transexuais pelo Sistema Público de Saúde são produtos das discussões travadas dentro do próprio Ministério e ocorridas, principalmente, após a criação do Comitê Técnico de Saúde para Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgêneros (CT LGBT), em 2004. A saúde desses segmentos populacionais é pauta de discussões no Ministério da Saúde desde a década de 1980, mas vale ressaltar que somente após o Programa Brasil Sem Homofobia, em 2004, houve a incorporação de representantes de transexuais no órgão para a vocalização de demandas. Desde então, diversas estruturas administrativas foram criadas e redefinidas

para agregar pessoas trans*¹ na formulação da política de saúde brasileira e criar parâmetros diferenciados de atenção a essas populações específicas.

Em 2009, foi lançada a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT) a ser implementada no SUS, de modo a resguardar as especificidades de cada um desses segmentos populacionais no que diz respeito aos processos saúde-doença. As propostas visam “a redução das desigualdades relacionadas à saúde destes grupos sociais”, com apresentação de metas “específicas para promover ações de enfrentamento das iniquidades em saúde” (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009:04). Nos dias 04 e 05 de junho de 2012, aconteceu o *Seminário: Processo transsexualizador no SUS*, realizado em Brasília – DF, para avaliar a Portaria 457/2008. O evento foi realizado pelo Departamento de Apoio à Gestão Participativa (DAGEP), da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP), e pelo Departamento de Atenção Especializada (DAE), da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), pertencentes ao organograma do Ministério da Saúde.

Essas ações ajudam a entender qual a importância das instâncias estatais brasileiras para que as discussões sobre as sexualidades e sobre as identidades de gênero se façam presentes na agenda política. A inserção de transexuais na esfera pública (e outros grupos considerados em situação de vulnerabilidade²) se deve a uma mudança na maneira de gerir, formular e

¹ O termo trans* “pode ser a abreviação de várias palavras que expressam diferentes identidades, como *transsexual* ou *transgênero*, ou até mesmo travesti. Por isso, para evitar classificações que correm o risco de serem excludentes, o asterisco é adicionado ao final da palavra transformando o termo trans em um termo guarda-chuva [*umbrella term*] – um termo englobador que estaria incluindo qualquer identidade *trans* “embaixo do guarda-chuva”. Daí a ideia do guarda-chuva.” Para ver mais, acesse: <http://transfeminismo.com/trans-umbrella-term/>. O site foi recomendado pela Profa. Dra. Jaqueline Gomes de Jesus, ativista dos direitos de pessoas trans no Brasil e autora do Guia Técnico sobre Pessoas Transexuais, Travestis e Demais Transgêneros para Formadores de Opinião (2012). Cabe apontar que essa categoria não é adotada, ao longo deste artigo, como categoria analítica naturalizada, muito menos como aparato conceitual consensual. Embora trans* represente uma forma de pensar as transexualidades e as travestilidades, é preciso ter em mente que as experiências podem ser diversas e podem escapar a essas fronteiras conceituais. Também há de ser apontado que algumas disciplinas, como a psiquiatria, utilizam outros conceitos para dar conta dos fenômenos, como as *disforias de gênero*.

² Cabe comentar que o termo “vulnerabilidade” não parece possuir sentido unânime quando usado pelas(os) pesquisadoras(es) de populações LGBT. Entretanto, alguns exemplos podem ser dados sobre como a palavra pode ser interpretada: fatores que deixem pessoas vulneráveis “à violação de direitos sociais e humanos”. No caso específico analisado, como a discrepância entre sexo e gênero pode gerar tais vulnerabilidades: pobreza, exclusão do mercado de trabalho, maior exposição a adoecimentos via vírus HIV, entre outros. Para mais considerações, ver LIONÇO (2008).

executar políticas, ações e serviços públicos de saúde no Brasil a partir de fins da década de 1980. O país saía de um período ditatorial para encarar a democratização, questão ainda em constante e acirrado debate.

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 é fundamental nesse processo de criação de instituições democráticas, de consolidação das mesmas e de uma nova forma de negociar como as ações estatais devem ser realizadas. Valores como antiditadura e antiautoritarismo estavam presentes na Carta de princípios para o país e demonstram o sentido das relações sociais para a compreensão dos processos de saúde e doença e, diante disto, a necessidade de construir um Estado que seja responsável por intervir nas desigualdades, atuando com o ideário dos direitos humanos e do respeito à diversidade.

A legislação estruturante do SUS 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 (LABRA, 2005). Outros podem ser elencados, como o direito à saúde como fundamental ao ser humano e o dever do Estado na provisão de serviços. Também surge a ideia de que a saúde é condicionada e determinada pelo acesso aos bens coletivos (renda, trabalho, educação, lazer, moradia, saneamento básico, meio ambiente) e pelo conjunto de bem-estar físico, mental e social. Essas leis são um marco na construção de ações em que a organização social e a economia são pensadas como partes essenciais do território político, já que a redução das desigualdades socioeconômicas e regionais e o respeito à diversidade moral e cultural do país são expressas como alvos da política de saúde brasileira.

O foco nas leis ou nas políticas escritas pode dar a impressão de que o *Estado* poderia ser compreendido como foro independente ou como entidade monolítica. Ao traçar panoramas históricos de médio e longo prazo, os órgãos burocráticos (ministérios, câmaras legislativas, secretarias etc.) aparecem como agentes autônomos, e os acontecimentos apresentam-se como lineares. As atuações *do Estado* soam despersonalizadas, como se fossem desencarnadas; os modelos de ação como se fossem perfeitos e a *implementação* deles é que constituiria o problema. Entretanto, ao observá-las como “processo em curso” (CARVALHO, 2007:42), percebe-se que o próprio *Estado* é constituído permanentemente por meio das práticas burocráticas.

O presente artigo tem como objetivo analisar as disputas de interesses e de posições no mundo presentes nos encontro entre Estado e pessoas

trans*. A proposta é compreender como os símbolos e os significados são acionados no embate, quais valores permanecem, quais se atualizam e quais adentram o jogo político. O texto é continuidade do trabalho iniciado pela autora em 2007, quando foi realizada etnografia sobre políticas de atenção à saúde e transexualidades (REIS, 2008). A discussão enfocará as instituições burocráticas estatais e o processo político como reveladores das negociações de contradições, de sensibilidades e de visões de mundo no reconhecimento (e seus limites) de direitos diferenciados.

Parto do princípio de que as diversas formas de compreender o papel do Estado e os conteúdos das políticas sociais e de que as importâncias dadas a categorias analíticas diferentes são constituintes do debate sobre política de saúde e transexualidade. As decisões e as ações 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 devem ser estruturados os serviços, como devem agir os profissionais, o que é a transexualidade e o que é transexualismo, como o corpo deve ser percebido.

Metodologicamente, o texto terá como pontapé inicial alguns importantes documentos produzidos após o Seminário de avaliação realizado em 2012: duas cartas produzidas pelo movimento social e por uma pesquisadora sobre o evento, assim como um parecer técnico redigido pelo Ministério em resposta às manifestações contidas nas cartas. Também serão utilizados dados coletados durante pesquisa anterior da autora sobre a construção da política de saúde para pessoas transexuais.

Estado, Democracia e Política de Saúde (ou como os eventos podem dar errado)

Alguns dias depois do *Seminário: Processo transexualizador no SUS*, Berenice Bento, socióloga e coordenadora do Núcleo Interdisciplinar Tirésias da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, lançou na *internet* uma carta³ contendo suas contestações pessoais sobre a reunião. A pesquisadora chamou

³ O texto pode ser acessado no site da Associação Brasileira de Estudos de Homocultura (ABEH), da qual Berenice Bento faz parte: http://www.abeh.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=117:pesquisadora-critica-reuniao-sobre-o-processotransexualizador&catid=38:publicacoes. Acesso em: janeiro de 2013.

o documento de *carta-desabafo* acerca de diferentes questões que parecem poder ser sintetizadas em: a) falta de democracia gerada pela organização do colóquio; b) (des)legitimidade de propostas apresentadas; c) expectativas frustradas de movimentos sociais e pesquisadores sobre a despatologização de pessoas trans*.

Na mesma época, alguns pesquisadores, integrantes de movimentos sociais e profissionais convidados ao Seminário também manifestaram críticas ao evento por meio da *Carta Aberta – Avaliação do Seminário sobre Processo Transexualizador no SUS: contra a patologização das identidades Trans*. Esse texto apontou problemas semelhantes aos levantados por Berenice Bento, mas seu tom é acadêmico, contendo demandas formais de esclarecimento por parte dos organizadores do congresso/gestores e sugestões sobre como a atuação na área pode ser melhorada.

Em 16 de julho daquele ano, o Ministério da Saúde respondeu à *Carta Aberta* com um documento intitulado Parecer Técnico nº 065/2012⁴. O documento foi escrito pela Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, uma das responsáveis pela organização do Seminário. Ao longo do texto, servidores da unidade ministerial elencaram as atividades realizadas nos últimos anos, na tentativa de dar explicações satisfatórias sobre: a) objetivos do Seminário; b) espaços existentes de participação social; c) entraves para o debate sobre a despatologização das pessoas transexuais no Brasil.

Os três documentos são exemplos da articulação necessária entre variados atores sociais para garantir que uma política social seja formada, implementada e avaliada. Mas são os conteúdos das cartas e do parecer que auxiliam a mapear quais as disputas simbólicas que se colocam e se reatualizam nos processos de (re)formulação dos programas de ação que atendam a necessidades coletivas. Aponta-se que dentro das coletividades não estão somente as *populações-alvo* dos *serviços, programas e políticas*, e sim todos os outros agentes envolvidos nos e pelas *políticas, programas e serviços*, como gestores, trabalhadores e organizações de categorias profissionais.

Para Berenice Bento, um dos objetivos da reunião seria compartilhar experiências e avaliar as ações dos serviços de saúde desde a promulgação da Portaria nº 457 de 2008. Desta forma, estaria dada a importância da ampla participação de transexuais, travestis, profissionais e pesquisadores na área em todos os momentos e em todas as deliberações. Mas, de acordo com a

⁴ Pode ser acessado em: <http://pt.scribd.com/doc/101217708/Carta-Resposta-do-Ministerio-da-Saude>.

autora da carta, a organização do evento fez com que as discussões de um dia fossem restritas aos representantes dos hospitais que fazem cirurgias de transgenitalização e dos ambulatorios especializados em atender a travestis e transexuais.

Sem dúvida, um debate crucial tanto para as pessoas transexuais e travestis, quanto para profissionais de saúde e pesquisadoras/es nesse campo. Por essa razão, até o momento, não consigo compreender o porquê foi ‘proibida’ a participação de pesquisadores/as e ativistas nos trabalhos do dia 04 [...]. Pergunto: não deveriam ser os/as usuários/as do serviço os protagonistas principais em uma reunião cuja pauta era avaliar a qualidade do serviço? Nesse caso específico, as pessoas transexuais e travestis? O que pretende realmente o estado brasileiro? Por que reunir tanta gente com tamanha experiência (e expectativa) sem ter construído uma dinâmica de debate que, de fato, garanta a participação de todos/as? Por que o estado nos convidou [...] sem assegurar o espaço adequado para a deliberação democrática? (Berenice Bento, 2012, carta-desabafo).

O questionamento da pesquisadora é direcionado ao modo como foi estruturado o *Seminário*, por que as atividades propostas não teriam sido capazes de proporcionar uma “dinâmica de debate que garanta a participação de todos”. A organização seria reflexo de certo descaso com os convidados. Embora o problema referenciado seja a formatação desse evento específico, a carta faz críticas às intenções do Estado brasileiro e aos processos (não) democráticos proporcionados por ele.

Éramos dezenas e muitos de nós imaginávamos que ali estávamos para reformular a Portaria 457. Contudo, ao longo das nossas intervenções, nos demos conta de que já havia uma proposta de reformulação dessa Portaria. Quem a concebeu? Com quem foi debatida? Quem a havia recebido anteriormente? (Berenice Bento, 2012, carta-desabafo).

A expectativa da pesquisadora era de que todos os tópicos passassem pela avaliação e pela deliberação de quem, para ela, era o grupo mais adequado para decidir: as pessoas que precisam dos serviços. Entretanto, ao garantir um dia inteiro de debate excludente de travestis e transexuais, o Estado pôde ser interpretado como inadequado ao seu papel. A situação parece ter se complicado quando pesquisadores e movimentos sociais desconfiaram que já estava em discussão uma proposta de reformulação da Portaria 457/2008

que não havia sido por eles discutida. Isso abriu espaço para que o Estado fosse interpelado como antidemocrático.

A Carta Aberta enviada ao Ministério da Saúde também considerou prejudicial às pessoas trans* o tratamento dado ao tema durante o *Seminário*:

1 – Da forma como foi construído, o seminário não se configurou como um processo de tomada de decisões democrático, pautada pelo acesso às informações, dado que:

a) pesquisadores/as e militantes não foram convidados/as para participar das discussões no 1º dia do seminário, no qual somente estiveram presentes, oficialmente, gestores/as e profissionais de saúde, fato que reforça uma separação prejudicial, por parte dos/as organizadores/as, entre os saberes técnicos, os acadêmicos e os militantes, quando só se torna possível o desenvolvimento de práticas conscientes em saúde a partir da interlocução entre diferentes espaços de produções de discursos e práticas⁵.

A esperança dos assinantes do documento, baseada em alegados direitos, foi malograda, pois o evento deveria ter sido um espaço de produção de modificações na Portaria regulamentadora, mas não foi assim visto. 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. É importante dizer que, de fato, algumas mudanças podem ter sido propostas, mas não como essas pessoas desejavam.

O *Parecer* do Ministério da Saúde buscou descrever minuciosamente as atividades desenvolvidas pelas equipes técnicas e gestoras até o Seminário e durante a sua realização. De acordo com esse documento, a organização do evento parece ter sido dividida em momentos exclusivos, porque a natureza das questões a serem debatidas seria distinta. No primeiro dia, somente profissionais representantes dos serviços se reuniram, pois o objetivo da mesa era apresentar “os serviços de referência, seu funcionamento e estrutura, suas especificidades locais e regionais e os avanços e desafios ao longo da trajetória de implantação”. Ao que parece, não seria necessário convocar

⁵ Esta carta pode ser visualizada no link: <http://pt.scribd.com/doc/101539515/Carta-Aberta-Seminario-SUS-e-Patologizacao-Identicidades-Trans>. Ela foi disponibilizada por uma das militantes presentes no evento, Jaqueline Jesus.

pesquisadores e militantes para uma descrição que deveria ser realizada por aqueles que operam os serviços de atendimento.

No que se refere à participação social, os/as usuários/as dos serviços contam com espaços como os Conselhos de Saúde, Conselhos Gestores e Comitês de Promoção da Equidade, entre eles os Comitês de Saúde LGBT que estão sendo implementados nos estados com base na Portaria nº 2.979, de 15/12/2011. Esta Portaria [visa] implementação e fortalecimento da Política de Gestão Estratégica e Participativa do Sistema Único de Saúde (Parecer Técnico 065/2012).

O nó do problema aqui parece ser definir quem – e em que lugar – pode se manifestar sobre determinadas coisas. A saúde é produto histórico no qual se misturam experiências subjetivas, discursos de saber, dispositivos de valor e gestão pública (FASSIN, 1996:32). Esta última é a responsável pela criação de meios, de recursos que garantam um bom estado de saúde (o conteúdo desta é definido no próprio embate político). Há interdependência entre conteúdos da saúde e conteúdos da política, e os dois campos são constituídos por relações de poder que não podem ser ignoradas ao se falar de produção e de consumo da saúde como bem público.

Não é possível afirmar que espaços excludentes e exclusivos sejam necessariamente problemáticos. Por exemplo, o *Seminário Nacional de Saúde da População GLBTT na Construção do SUS*, realizado em agosto de 2007, foi organizado em grupos de trabalho distintos (2 grupos de lésbicas, 1 de gays, 1 de transexuais e 1 de travestis), que produziram documentos a serem discutidos no conjunto maior depois. À época, o evento foi bem avaliado pelos participantes e representou uma oportunidade de reencontro face a face dos diversos militantes pelos direitos de pessoas trans*. A *Carta Aberta*, de 2012, afirmou que a falta de um momento para pesquisadores e para militantes se configurou como impedimento para a garantia de revisão democrática da Portaria 457 de 2008.

b. O seminário não contou com um momento exclusivo para pesquisadores/as, que há quatro anos, por ocasião da implantação do Processo Transexualizador no SUS, tomaram como objeto de estudo a política de saúde da população trans e suas nuances.

c. Tampouco o seminário disponibilizou espaço próprio para as/os militantes do movimento social trans apresentarem suas demandas e problemas identificados no Processo Transexualizador, como representantes do segmento de usuários/as (Carta Aberta).

O problema não foi a divisão das pessoas em momentos distintos da discussão, mas excluir pesquisadores e militantes da apresentação e da avaliação de serviços que são acessados pela(s) comunidade(s) trans*. A criação de espaços distintos de debate, como um problema, só pode ser compreendida se as relações de poder estabelecidas entre profissionais de saúde e usuários dos serviços, entre diretores desses serviços e profissionais, não forem esterilizadas. Ou seja, o questionamento das cartas se dirige a como as hierarquias são produzidas e mantidas, já que a participação social é marcada por elas. As práticas estatais (re)formam desigualdades: o poder do ordenamento social está implícito na organização dos espaços democráticos. Isso não quer dizer que a intenção dos servidores públicos que montaram o *Seminário* tenha sido reproduzir assimetrias. Na verdade, pouco parece importar a intencionalidade, mas quais as rotinas que as produzem e as mantêm (BROWN, 2006).

3. Por que parte dos profissionais envolvidos com o serviço de atendimento às pessoas trans se retiraram da plenária quando foi discutido o caráter patologizante da Portaria [...]

5. Por que a representante do Ministério da Saúde abusou do uso da palavra, de modo que restringiu a possibilidade de expressão das/os demais participantes à palavra? Na reunião o tempo era o bem mais precioso, porém ela sempre extrapolou seu tempo quando teve o microfone em mãos, o que aconteceu inúmeras vezes. Na minha experiência de participação em fóruns chamados pelo estado, em geral, e corretamente, o gestor escuta mais e fala menos (Berenice Bento, Carta-desabafo, 2012).

Os documentos apresentados demonstram que democracia e participação social adquirem diferentes significados (e aplicações) a depender da posição social de quem as maneja. Algumas questões se colocam no centro da política. Essa arena de negociações sobre como deve ser o mundo é o terreno da celebração dos valores centrais para uma sociedade. Herzfeld (1993) é um dos autores que alertam para como os Estados não podem ser pensados pelas Ciências Sociais como se estivessem descolados de ideias locais sobre mudança, características pessoais, relações sociais e responsabilidade. Ele chama atenção para a qualidade semântica presente nas burocracias estatais. Todos os símbolos são passíveis de comportar múltiplos significados, inclusive os gerados do dia a dia das práticas burocráticas. Ou seja, as burocracias

operam no simbolismo, em contraposição à ideia de Estado, que seria o exemplo do racionalismo e do predomínio da eficiência.

Uma das premissas mais comuns da modernidade é que sociedades de Estado burocraticamente reguladas do “Ocidente” são mais racionais – ou menos “simbólicas” do que as sociedades do resto do mundo. Essa divisão é baseada no argumento circular que provê as definições de racionalidade e, então, as acham em casa. [...] Até os críticos do Estado burocrático implicitamente aceitam essa auto-representação (1993:17, tradução da autora).

Pesquisadores e militantes não se posicionaram em oposição a uma ideia de Estado. Ao contrário, estão plenamente de acordo na formação cotidiana dessa imagem estatal que está dentro e acima de todos: eles compactuam com premissas de um Estado Democrático de Direito. Um dos questionamentos trazidos gira em torno de quem fala (o que fala e o quanto é falado) e quem ouve (e o que é escolhido ouvir). A chamada participação social é reafirmada como princípio de direcionamento da política de saúde, ao mesmo tempo em que se negocia quem deve ter o volume ampliado da voz (em quantidade e em som). Não é suficiente aumentar a quantidade de profissionais de saúde no debate, por exemplo. Outra categoria social deveria ser incorporada. Desta forma, a própria ideia de participação deve ser compreendida dentro de parâmetros fluidos, pois seus horizontes estruturantes são colocados à prova no fluxo de interações sociais *dentro* e *fora* do Estado.

A *democracia* tomada como símbolo, e não como conceito, permite entender como pesquisadores, movimentos sociais e servidores públicos tentam redefinir a atuação estatal por meio dela. Não há negação da centralidade da democracia como valor para a sociedade brasileira, mas é estabelecido um jogo dialético em que negar alguns significados de *processo democrático* reafirma a relevância da *democracia*.

Obviamente, um “duelo” se dá entre pessoas que compartilham convenções (HERZFIELD, 1993) sobre democracia. De nada adiantaria disputar sobre qual o melhor sentido para a palavra se alguma das partes não a compreendesse. As conexões entre os sujeitos atuantes reforçam o Estado, mesmo quando ele é questionado. Não foi dito pelos militantes e pesquisadores que gostariam que o Estado se eximisse de pensar, formular, implementar e avaliar diretrizes para atendimento à saúde. Foi demandada outra moldura (GOFFMAN, 1996) para dar forma ao modelo de atenção pretendido, a saber:

FIM DO MODELO PSIQUIATRIZANTE de atenção às pessoas transexuais e travestis, que patologiza as identidades trans, submetendo esses cidadãos a processos cientificamente questionáveis e moralmente reprováveis de diagnóstico de suas identidades (Carta Aberta: avaliação do seminário sobre processo transexualizador, 2012).

O quadro das disforias de gênero, dos transtornos mentais, como forma de entender e tratar pessoas trans* é constantemente questionado por pesquisadores e participantes dos movimentos sociais. Para eles, parece haver dois pontos interconectados e que não podem ser ignorados no debate. Em primeiro lugar, a saúde é determinada e condicionada socialmente. Em segundo lugar, o que produz os adoecimentos de pessoas trans* não é a *condição* ou a *transição* em si, mas as formas com que as sociedades ocidentais produzem sexos-gêneros-e-sexualidade de forma binária e heteronormativa. O atendimento dos processos saúde-doença e da modificação corporal não deveria depender de catálogos de doenças ou de classificações de patologias. A mudança de chave compreensiva é um dos principais nódulos desse jogo político e societário.

Sem tutelas: a demanda pela despatologização das experiências trans* (e as dificuldades de fazer política de saúde nesses moldes)

Nas últimas três décadas, os avanços formais na garantia de direitos à saúde de pessoas transexuais (e travestis), no Brasil e no mundo, tiveram vínculo estreito com a patologização. Durante o século XX, as disciplinas biomédicas ocuparam o espaço principal de compreensão e direcionamento no cuidado com essas pessoas nas sociedades ocidentais, especialmente com a modificação corporal por meio de cirurgias e outras intervenções (como as hormonais).

As primeiras cirurgias para *mudança de sexo* foram 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, de neovagina. Após os trabalhos do médico Harry Benjamin, na década de 1960, o diagnóstico e tratamento propostos por ele, inclusive as cirurgias de redesignação da genitália, passaram a ser adotados mundialmente para lidar com a situação de pessoas que alegavam 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 judicialmente e profissionalmente, pelo Conselho federal de Medicina (CFM), por má utilização da medicina. O argumento para a condenação do médico foi de que a cirurgia representava uma mutilação corporal e não um processo terapêutico.

Essa perspectiva criminalizante só foi modificada com a resolução 1.482/1997 do CFM, alinhada às Normas de Tratamento da Associação Internacional de Disforia de Gênero – Harry Benjamin, conhecidas como *State of Care* – SOC (TEIXEIRA, 2009). A resolução autorizava as cirurgias de transgenitalização, a título experimental. Logo, elas poderiam ser realizadas somente em hospitais universitários ou adaptados à pesquisa, em casos confirmados de *transsexualismo*. A resolução regulamentou os procedimentos de 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 de avaliação por equipe multidisciplinar por pelo menos dois anos para a possível seleção para a cirurgia.

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

- 1) Desconforto com o sexo anatômico.
- 2) Desejo expresso de eliminar os genitais, perder as características primárias e secundárias do próprio sexo e ganhar as do sexo oposto.
- 3) Permanência desses distúrbios de forma contínua e consistente por, no mínimo, dois anos.
- 4) 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, pois retirou o caráter experimental das cirurgias de neocolpovulvoplastia, ou seja, da construção de uma vagina. A maior diferença entre as duas resoluções foi 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. Porém, a modificação de características femininas para masculinas permanece – até

a presente data – como experimental. A maior parte das regulamentações nacional e internacionais mantem como ponto central a ideia de que a transexualidade é enfermidade e que o único tratamento eficaz é a cirurgia (BENTO, 2008:90).

Como a garantia de atendimento em saúde para pessoas transexuais se deu por causa da criação de um *diagnóstico* seguido da possibilidade de um *tratamento*, outra perspectiva, despatologizante, se coloca no debate político. O universo acadêmico unido aos novos movimentos sociais, principalmente de caráter feminista e *queer*⁶, pleiteiam que as experiências trans* sejam pensadas a partir de outros referenciais que não a doença. Para Butler, por exemplo, “as pessoas trans estão engajadas em uma prática de autodeterminação, um exercício de autonomia” (2009: 97). As pesquisas que analisam os gêneros e as sexualidades de forma contextualizada social e historicamente demandam que a transexualidade seja visualizada como uma possibilidade do gênero e não como um transtorno mental.

CONSIDERANDO o cenário nacional e internacional da discussão sobre identidade de gênero e população transgênero (travestis e transexuais, também denominados/as como /trans/), a despatologização das identidades trans e o aprofundamento no tema dos/as pesquisadores/as, militantes e profissionais presentes no seminário;

CONSIDERANDO, como referência internacional, a iniciativa da Alta Autoridade de Saúde francesa de não mais considerar a transexualidade como um transtorno mental (despatologização);
CONSIDERANDO que a reafirmação ética dos direitos das pessoas trans é também uma política da vida;

CONSIDERANDO que as pessoas trans têm o direito à autodeterminação, e que suas demandas por saúde são amplas e abrangem a dimensão biopsicossocial de formação de qualquer ser humano. (Carta Aberta: avaliação do seminário sobre processo transexualizador, 2012).

A perspectiva despatologizante afirma que a vivência da(s) transexualidade(s) é uma experiência intersubjetiva de uma vida em que a

⁶ Como explica rapidamente Pedro P. Gomes Pereira, as teorias *queer* se referem à utilização de “repertório comum de autores, à luta contra a heterossexualidade compulsória, à posição contrária a binarismos fáceis, entre outros” (2006:469). Para ele, a ideia é de transgressão, distorção e estranhamento da ordem sexual vigente.

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. As corporalidades transexuais falam de fluidez e, conseqüentemente, de sofrimento pela incongruência dos corpos socionaturais pouco adaptados à lógica genitália-gênero. Os significados de gênero – antes tão bem definidos nos polos masculino-feminino (mesmo com variações dentro dos mesmos) – são dilacerados, momentaneamente, na tensão personalidade-corporificação. (LIONÇO, 2006).

A perspectiva pleiteada por pesquisadores e militantes é identitária. A(s) personalidade(s) trans* – essa(s) que, mais do que características individuais, condensa(m) ideias de estima social (TEIXEIRA, 1998) – deveria(m) ser vista(s) como produtos de interlocuções e escolhas. Ao contrário de uma perspectiva identitária, alocar transexualidades (e travestilidades) no plano da patologia significa fixar essas pessoas, que, para que assim sejam consideradas – trans* –, precisam comprovar uma carreira de doentes. Na esfera patológica, essas pessoas precisam comprovar, dentro dessa carreira, que são verdadeiros e verdadeiras transexuais: devem portar laudos médicos e pareceres psicossociais comprovadores de que não se confundem com a perversão ou comportamentos moralmente corruptos. Autopercepção, autoapresentação não são suficientes para que pessoas trans* sejam inseridas no rol de *tratamentos*, ou melhor, intervenções em saúde.

Por serem classificadas por um catálogo de doenças, pessoas portadoras de uma disforia de gênero⁷ ou de transtorno de identidade de gênero, patologia grave e permanente, foi possível a criação de respostas políticas positivas de proteção. As perspectivas identitária e biomédica podem ser consideradas em oposição. Isso porque sob o primeiro olhar, transexuais desejam ser reconhecidos como parte do gênero que sentem ser o seu, independentemente de uma anatomia ou genitália com a qual tenham nascido. Isto é, identidade surgiria a partir da autodeclaração e autoidentificação de gênero. Na segunda, para acessarem as técnicas e tecnologias de transformação corporal, é preciso que um terceiro especialista declare o adoecimento e a permissão.

⁷ 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).

Diferentes ideias sobre a função do *Seminário: Processo transexualizador no SUS* de 2012 foram colocadas nas cartas e no parecer. A expectativa dos pesquisadores e dos militantes era de que o debate fosse encaminhado para que o caráter de transtorno mental de pessoas trans fosse eliminado nas regulamentações brasileiras. O cenário internacional parece ter dado elementos para que as experiências de pessoas trans* sejam vistas desta forma, como experiências, e não como doença. Países como a França e a Argentina são citados na Carta-Desabafo de Berenice Bento para exemplificar que as instâncias estatais poderiam formular o atendimento aos transexuais e aos travestis sem vinculá-los a uma condição patológica de vida.

Ora, a França despatologizou a transexualidade muito antes de qualquer revisão do CID. Ou mais perto de nós, podemos citar a nova lei de identidade de gênero argentina que assegura direitos fundamentais às pessoas trans (transexuais e travestis). Com isso, o país passou a ter a legislação mais avançada do mundo. A lei argentina estabelece: 1) qualquer pessoa poderá solicitar a retificação de seu sexo no registro civil, incluindo o nome de batismo e a foto de identidade; 2) a mudança de sexo não necessitará mais do aval da justiça para reconhecimento; 3) o sistema de saúde deverá incluir operações e tratamentos para a adequação ao gênero escolhido; 4) a nova lei define identidade de gênero como a “vivência interna e individual” tal como cada pessoa a sente, que pode corresponder ou não ao sexo determinado no momento do nascimento, incluindo a vivência pessoal do corpo; 5) não condiciona as mudanças nos documentos à realização das cirurgias de transgenitalização (Berenice Bento, Carta-desabafo).

O Parecer redigido por servidores do Ministério da Saúde indica que o evento não tinha como foco realizar esse debate específico. O documento contém uma crítica aos pesquisadores e movimentos sociais, pois falar sobre despatologização limitou “o debate sobre as alterações propostas à Portaria 457/2008”. Sobre isso, é importante entender que os servidores do órgão executivo precisam lidar com pluralidade de questões que compõem o problema patologizar/despatologizar a transexualidade.

Ao escreverem um documento em que se descolam do debate sobre o par identidade/adoecimento, os servidores ministeriais podem ser compreendidos em dois pontos, que aparecem em contradição: por um lado, precisam atuar na mediação de diferentes interesses e percepções sobre populações trans*, como biomédico, legislativo, gestão de recursos financeiros, despatologizantes, identitários, reflexões feministas e *queer*. E isso

dificulta atuação burocrática e organizacional que se vincule especificamente a um tipo de solução para as questões colocadas. Afinal, esses servidores parecem estar na linha de fogo – são eles que, mesmo indiretamente, sem citação nominal, são atacados pela crítica ao evento realizado.

Para o movimento social e para os pesquisadores a explicação parece simples: abolir a figura de um especialista e de um diagnóstico específico para o acesso às técnicas e às tecnologias de mudança corporal que auxiliem a pertença ao gênero vivenciado intimamente. Porém, está em jogo mais do que os procedimentos do próprio *processo transexualizador*: despatologizar seria repensar todo um escopo legislativo que o Ministério da Saúde não teria capacidade de fazer.

Outra questão a ser avaliada é o livre acesso aos tratamentos hormonais, que exigem, no Sistema Único de Saúde, avaliação de equipe multiprofissional e um diagnóstico específico. A lei vigente em nosso país possui um registro no Código Internacional de Doenças para autorização dos procedimentos. Essa situação que para o movimento social é desconfortável gera polêmica em muitos segmentos de nossa sociedade, por isso ganha importância aprofundar os debates sobre a despatologização sem prejuízo da revisão da Portaria 457/2008 (Parecer técnico, 2012: 06).

Sobre essa passagem, dois comentários podem ser feitos:

- a) O apelo à outra esfera de atuação estatal parece eficaz para deslocar a discussão do caminho proposto pelas cartas de Berenice Bento. Colocar a legislação do país – embora sem citação exata da lei à qual o texto se refere – faz com que a organização do evento não se torne mais o centro das atenções. Nada poderia ter sido feito naquele local e momento para modificar o conjunto de leis que rege o SUS. A referência vaga a uma legislação é um instrumento de controle de efeitos colaterais: usa-se a lei (ou a alusão a ela) como tática (FOUCAULT, 1992:284).
- b) O parecer tenta esclarecer que, mesmo se o Seminário tivesse como função retirar as transexualidades do enquadramento da patologia, fazer modificações na Portaria regulamentadora não significaria repensar categorias de saúde e adoecimento (mental). Os objetivos dos dois grupos – gestores/servidores do Ministério da Saúde e pesquisadores/movimentos sociais – tinham, previamente, objetivos muito distintos antes de as discussões acontecerem.

As cartas e o parecer demonstram que os eventos de formulação e de avaliação de políticas públicas não seguem esquemas rígidos de compreensão sobre um tema. A dinâmica e as mudanças demonstram que esses encontros são momentos privilegiados para entender como as burocracias fazem as pessoas agir no mundo e conceber o mundo. No sentido inverso, também é possível perceber como as pessoas distintas envolvidas na formulação, execução e avaliação de políticas modificam a maneira como os eventos vão acontecer e como as pessoas vão interpretar esses mesmos eventos.

No caso, o *Seminário* de avaliação da Portaria (e seus resultados) permitiu manter os critérios das ciências biomédicas sobre a vivência de transgêneros, o que cria formatos peculiares da procura por serviços médicos/psicológicos, da maneira como esses serviços vão ser organizados, de como profissionais de saúde se comportarão. Por outro lado, os Seminários propostos pelo Ministério da Saúde provavelmente não mais terão participação de pessoas simpáticas à sua atuação. E o próprio evento foi “prejudicado” (pelo menos de acordo com os técnicos) pelos desejos daqueles que estavam interessados na avaliação da Portaria, em bases mais identitárias (lembrando que, aparentemente, identidade e autoidentificação estão diretamente relacionadas).

A impossibilidade dos servidores do Ministério da Saúde, em um colóquio como o *Seminário*, de decidir a vivência da(s) transexualidade(s), ou outras variações de identidade de gênero incongruente com as genitálias, possui complicadores. A dimensão legislativa apontada parece ser a maior barreira: mudar a lei depende do Congresso Nacional e não de uma regulamentação ministerial. Esse argumento poderia ter sido lançado como primeiro e último explicador para a não despatologização.

Mas os servidores responsáveis pelo Parecer apontam outras laterais que dimensionam a discussão. Não se contentam com o argumento de autoridade que a legislação lhes daria. Em parte, suponho, porque lançar mão somente das barreiras legislativas também poderia triar boa parte do prestígio do trabalho e da luta política cotidiana que travam. Por outro lado, porque estão conscientes das dimensões do debate. Os escritores do Parecer mostram que os vários enquadramentos operam intercalados ou entrelaçados (GOFFMAN, 1986).

Os quadros, aqui, devem ser entendidos como aqueles que nos permitem transformar em significativas experiências que seriam, sem eles, insignificantes. Eles são variáveis e manipuláveis e normalmente de difícil explicação verbal. No caso das sociedades ocidentalizadas, para Goffman

(1986), os esquemas primários (quadros primários) são divididos entre naturais (experiências tidas como desorientadas, inanimadas) e sociais (que dependem da vontade, do objetivo e do controle). Continuamente opera-se com esses enquadramentos, intercalados ou entrelaçados. Os quadros são peças fundamentais para dar forma, para construir uma abordagem sobre o que acontece, em período circunscrito de tempo.

Os enquadramentos são, portanto, essenciais para que se possa compreender os entrecruzamentos entre os elementos do mundo – pessoas, outros sujeitos e/ou objetos. Os esquemas primários podem ser chamados de classificações primeiras, nas quais os sujeitos estão amarrados. As questões trazidas ao longo deste texto demonstram a impossibilidade de uma vida sem um pertencimento que pode ser considerado corporal, mental, identitário, sexual, emocional, afetivo, científico, de acordo com a camada (*layer*)⁸ acionada. Sexo e gênero, patologia e saúde são (re)atualizados no cotidiano, tanto nas interações burocráticas, quanto naquelas menos institucionalizadas, mais cotidianas – mas não menos políticas.

É importante destacar que a despatologização das identidades trans (transexuais e transgêneros) e sua retirada dos catálogos internacionais de doenças é um assunto ainda controverso e em início de discussão nos Conselhos de Psicologia, de Medicina e na Associação Brasileira de Psiquiatria, e mesmo entre as diferentes organizações sociais. [...] Para tanto, ao propormos na revisão da Portaria 457/2008 a equipe multidisciplinar, consideramos a importância da integralidade da atenção à saúde e respeitamos todos os saberes como a psiquiatria, a psicologia, a endocrinologia, a urologia, a clínica, o serviço social e, ao mesmo tempo, respeitamos a lei vigente (Parecer Técnico, p. 5-6).

É difícil pensar que conhecimentos médicos seriam dispensados na definição de como governar as coisas (FOUCAULT, 1992; 1999), as pessoas, as anatomias sexuais, as consequências sociais e familiares. Em uma sociedade historicamente ancorada na eficácia das ciências duras e, especialmente, das disciplinas biomédicas como produtoras hegemônicas da cura, os agentes da burocracia estatal estão informados por esses conhecimentos. O Estado não

⁸ Uso a palavra camada (e não lâmina, por exemplo) para significar que os sistemas de sexo/gênero podem ser operados tanto por meio de recortes em partes singulares quanto por um conjunto mais amplo de significação (similar à ideia de *frame*). Ver Goffman (1986) para melhor compreensão dos conceitos.

é o ponto de partida do poder, mas a sedimentação das forças que já estão em embate.

O evento, percebido como antidemocrático pela pesquisadora Berenice Bento, gerou respostas importantes, ressignificadoras do fazer política. Para que pesquisadores e movimentos sociais fossem escutados, os meios tradicionais de participação em um congresso, como estar presente para ouvir as mesas redondas e questionar apresentadores quando aberto o debate, não estavam ao alcance. Como as pessoas trans* não puderam se manifestar em todos os momentos que desejavam ser ouvidas por causa da organização do Seminário, o jeito foi “fazer barraco”.

Se me negam a palavra, eu faço barraco. É o bafão! Gostei muito do bafão da Fernanda Benvenutti. Suas palavras brotavam do útero. Seu grito: quem sou eu? Uma doente mental? Então, eu posso pedir aposentadoria porque sou uma incapaz? Quem pode falar por mim? Eu sou uma travesti? Sou uma transexual? O que isso importa? Aqui, o barraco é ressignificado como mecanismo de sobrevivência. Trata-se de uma epistemologia singular daqueles que se negam a morrer (Carta-desabafo, Berenice Bento).

Essa é (uma das) resposta trans* para o problema: não importa(ria) o diagnóstico. Independentemente de ser ou não transexual *de verdade*, travesti, transgênero, nenhum dos gêneros, andrógino, a transformação corporal via SUS deveria se concretizar como um direito de livre acesso, senão essas pessoas irão morrer. Se não pelos preconceitos e violências sofridas pelas trans* no seio familiar e nos espaços públicos, pelos insucessos das modificações corporais feitas nos quintais de casa, realizadas pelas *bombadeiras* (KULICK, 1998).

Berenice Bento termina sua manifestação com forte posicionamento contrário à continuada institucionalização da psiquiatria como saber dominante na definição dos rumos da política de atendimento à saúde de pessoas trans. Escreveu ela: “Não queremos caridade. Chega de vida precária! Queremos o reconhecimento pleno da existência plural de experiências/expressões de gênero. Sem tutela. Sem psiquiabras!”.

A fala, no entanto, aponta um (aparente?) paradoxo. Normalmente, as políticas de cunho universalizante supõem contrapartidas com intenção de *empoderar, promover, transformar em sujeitos*. Um bom exemplo é a Política de Assistência Social (2004). Ao mesmo tempo em que a proteção é garantida e há um esforço para que a população se torne cada vez mais independente do ciclo assistencial, uma forma de tutela é acionada. São criados mecanismos de

controle que criam conexões entre as atitudes pessoais e as possibilidades de emancipação: necessidade de participar de pré-natal, aumento da frequência escolar para recebedores de benefícios socioassistenciais etc. Dificilmente vislumbram-se políticas/ações/programas em que as contrapartidas não sejam instrumentos de governamentalidade, para usar uma analogia foucaultiana (1992, capítulo XVII).

Alguns resultados do Seminário merecem ser apontados, como a inclusão de transexuais masculinos e travestis no rol de sujeitos a serem *tratados* nos procedimentos estabelecidos pelo processo transexualizador no SUS. De qualquer maneira, as pessoas trans* permaneceram enquadradas como doentes, portadoras de transtornos de personalidade (CID 10, códigos F60 a F69), mais especificamente enquadradas nos transtornos de identidade sexual (F64). O que as pessoas trans* parecem estar dizendo é que as barreiras medicalizadoras para selecionar quem vai e quem não vai passar pelo processo transexualizador no SUS podem se configurar como mais uma forma de excluir.

Considerações Finais

O presente artigo faz parte de uma busca pelo avanço compreensivo dos desafios trazidos pela temática transexualidades/transgêneros à política de saúde brasileira. A proposta é aumentar o leque de possibilidades de entendimento antropológico sobre a construção de políticas de proteção aos direitos humanos de pessoas trans*, na ampla variedade de modos de vida. O objetivo do texto foi analisar como os agentes formuladores da política de saúde têm respondido à dualidade patologização/desp patologização das vivências trans*.

Os três documentos analisados são parte da memória de um processo histórico-político recente de criar um Estado Democrático Brasileiro, em que democracia signifique agregar sujeitos sociais diversos, e não somente gestores/burocratas das carreiras públicas. Isso não quer dizer que seja possível distinguir entre Estado e sociedade civil como componentes do debate sobre gerar e gerir diretrizes para o atendimento de pessoas trans* no sistema público de saúde do país.

Isso fica claro quando se percebe que boa parte das pessoas que assina as cartas contrárias à postura do Ministério da Saúde é, igualmente, parte do Estado. Muitos dos que assinam como militantes e pesquisadores ocupam

cargos públicos, como professores em universidades ou hospitais públicos. É extremamente relevante ter em mente, então, que a distinção entre sociedade civil e Estado é posição definida durante o jogo político, a depender de como as pessoas se relacionam naquele momento. As posições institucionais, de acordo com o momento, também são relevantes: em alguns períodos, e em determinados locais, algumas pessoas e ideias possuem mais chances de se tornarem vozes em tons mais altos.

Além disso, é interessante notar que, cada vez mais, os movimentos sociais estão sendo englobados por aquilo que se entende como Estado. As ativistas trans* estão buscando se especializar em suas respectivas áreas de interesse profissionais, adentrando programas de mestrado e doutorado, e construindo conhecimentos específicos sobre si mesmas. Um exemplo é o famoso congresso feminista brasileiro “Fazendo Gênero”, de 2013. Há um grupo de trabalho específico para debater “Feminismo Transgênero ou Transfeminismo”⁹, coordenado por uma transexual e uma travesti, ambas símbolos da abertura de possibilidades que a educação formal traz em sociedades que valorizam a escolarização.

Por fim, os documentos analisados demonstram as várias facetas de se falar em Estado, governo, política, democracia, soberania nacional e despatologização da condição trans*. São temas que perpassam a discussão, em cada texto, com posições que questionam a estabilidade do significado desses conceitos. De qualquer maneira, em nenhuma das cartas ao Ministério da Saúde transparece o desejo por uma vida sem Estado. Ao contrário, elas reforçam o compromisso pela construção desse ente disforme e que, simultaneamente, possui muita capacidade para impactar e mudar a vida das pessoas. Isso faz parte do próprio Estado, essa unidade burocrática que aparenta impessoalidade, mas as trans* sabem que não há nada mais pessoal do que ser (mal ou não) atendida em um serviço por pessoas com face e com nome.

Referências

BENTO, Berenice
(2008) *O que é transexualidade?* São Paulo, Editora Brasiliense – Coleção Primeiros Passos.

BRASIL
(2009) Ministério da Saúde. *Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais* (LGBT). Brasília-DF.

⁹ Ver em http://www.fazendogenero.ufsc.br/10/simposio/view?ID_SIMPOSIO=30.

- Disponível em: portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Politica_LGBT.pdf. Acesso em: fevereiro de 2013.
- (2008a). Ministério da Saúde. *Portaria no. 1.707/GM*. Publicada no DOU no. 159, terça-feira, 18 de agosto de 2008.
- (2008b) Ministério da Saúde. *Portaria no. 457/GM*. Publicada no DOU no. 159, terça-feira, 19 de agosto de 2008.
- (1990). Ministério da Saúde. *Lei Federal nº 8.080*, de 19 de setembro de 1990. Brasília, DF.
- (1988) Constituição da República Federativa do Brasil. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Título VIII – Da Ordem Social, Seção II – Da Saúde.
- BROWN, Wendy
(2006) “Finding the man in the State”. In: GUPTA, Akhil & SHARMA, Aradhana. *The Anthropology of the State: a reader*. Blackwell Publishing, Oxford, p. 07- 34.
- BUTLER, Judith
(2009) “Desdiagnosticando o gênero”. *Physis Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, ano 19, vol. 1, p. 95-126.
- CARVALHO, Letícia
(2007) *Dos autos da cova rasa. A identificação de corpos não-identificados no Instituto Médico-Legal do Rio de Janeiro, 1942-1960*. Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- FASSIN, Didier
(1996) *L'Espace Politique de la Santé: essai de généalogie*. Paris, Presses Universitaires de France.
- FOUCAULT, Michel
(1999) *A história da sexualidade 1: A vontade de saber*. Edições Graal, Rio de Janeiro.
- (1992). “A Governamentalidade”. In: _____. *Microfísica do Poder*. Edições Graal, Rio de Janeiro, p. 277-293.
- GOFFMAN, Erving
(1986) *Frame analysis*. Nova York, Harper & Row.
- HERZFELD, Michael
(1993) *The social production of indifference: exploring the symbolic roots of western bureaucracy*. University of Chicago Press, London.
- HOCHMAN, Gilberto
(2008) *A era do saneamento: as bases políticas da saúde pública no Brasil*. São Paulo, Hucitec/Anpocs.
- JESUS, Jaqueline Gomes
(2012) *Guia técnico sobre pessoas transexuais, travestis e demais transgêneros para formadores de opinião*. Brasília, Fundação Biblioteca Nacional. Disponível em: http://www.sertao.ufg.br/uploads/16/original_ORIENTA%C3%87%C3%95ES_SOBRE_IDENTIDADE_DE_G%C3%8ANERO_CONCEITOS_E_TERMOS_-_2%C2%AA_Edi%C3%A7%C3%A3o.pdf?1355331649. Acesso em: 10 de maio de 2013.
- KULICK, Don
(1998) *Travesti. Sex, gender and culture among Brazilian transgendered prostitutes*. Chicago, The University of Chicago Press.
- LABRA, Maria Lúcia
(2005) “Conselhos de Saúde: dilemas, avanços e desafios”. In: LIMA, Nísia Trindade et al. *Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, p. 353-383.
- LIONÇO, Tatiana
(2006) *Um olhar sobre a transexualidade a partir da perspectiva da tensionalidade somato-psíquica*. Tese de Doutorado. Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília.
- (2008) “Bioética e sexualidade: o desafio para superar práticas correccionais na atenção à saúde de travestis e transexuais”. *SérieAnís*, nº 54, Brasília, p. 01-07.

PEREIRA, Pedro Paulo Gomes
(2006) “A teoria *queere* e a reinvenção do corpo”.
Cadernos Pagu. Campinas, n° 27, p. 469-477.

POLIGNANO, Marcus Vinícius
(2000) *História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão*. Brasília: Ministério da Saúde.

REIS, Izis Morais Lopes
(2008) *Entre a universalidade e a particularidade: desafios à consolidação do direito à saúde de transexuais*. Dissertação de Mestrado. Departamento de Antropologia, Universidade de Brasília, Brasília.

SAADEH, Alexandre
(2004) *Transtorno de identidade sexual: um estudo psicopatológico de transexualismo masculino e feminino*. Tese de Doutorado. Departamento de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo.

SERRA, José
(2001) As duas reformas da saúde. In: ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA. *SUS: o que você precisa saber sobre o Sistema Único de Saúde*. São Paulo: Associação Paulista de Medicina, p. 07-10.

TEIXEIRA, Carla Costa
(1998) *A honra da Política*. Rio de Janeiro, Relume-Dumará.

TEIXEIRA, Flavia Boaventura
(2009) *Vidas que desafiam corpos e sonhos: uma etnografia do construir-se outro no gênero e na sexualidade*. Tese de Doutorado. Programa de Doutorado em Ciências Sociais, Universidade Estadual de Campinas, Campinas/SP.

Recebido em
julho de 2013

Aprovado em
novembro de 2013