



JUSTIÇA REPRODUTIVA PARA TODES:

SAÚDE, GESTAÇÃO E
PARENTALIDADES DISSIDENTES



JUSTIÇA REPRODUTIVA PARA TODES:

SAÚDE, GESTAÇÃO E
PARENTALIDADES DISSIDENTES

FICHA CATALOGRÁFICA

Redação: Ale Mujica Rodriguez e Raiz Policarpo Medeiros

Edição: Morgani Guzzo

Revisão: Brune Motta

Ilustrações e diagramação: Da Penha e Isabela Cadioli

Apoio: Anis – Instituto de Bioética; Católicas pelo Direito de Decidir; CEPIA; CFEMEA; CLADEM; Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde; Coletivo Margarida Alves; Criola; Cunchã – Coletivo Feminista; Grupo Curumim; Portal Catarinas; Rede Feminista de Saúde; REDEH – Rede de Desenvolvimento Humano; e Frente Nacional Contra a Criminalização das Mulheres e Pela Legalização do Aborto, campanha Nem Presa Nem Morta.

Ano: 2024

Poesia

Invisível
Por vezes
Indizível
Me dão tantos nomes
[e silêncios]
Menos o meu

Para que perguntar?!

Mal-estar
Causa
Minha presença
Minha prece
Por gestar,
Por abortar,
Por rebolar,
[onde não pudes rebolar, não lutarás]
Por ocupar

Lugar

Metamorfo
Do desejo
[de si]
Questionam
Com quem transo?
Acaso transo?
E as cirurgias de afirmação?
Acaso devo assinar [ato falho-, afirmar]
um gênero?
Para quem?

O que cis [digo ces] querem de mim?

Que não parece,
Que parece demais,
Gênero instável,
Estável suspeito,
Que melhor a escondidas,
Vamos te curar!

A cura vem
Violência vai
Dor
Raiva
Angústia
Acolhimento

Há?

Pouca informação
Poucos caminhos
Grito
Revolta
Afetos
Em volta

Mife+miso
Casa
Amigues
Mensagens
Massagens
Comidas
Carinho

É sobre isso!

Outras
histórias
possíveis
eróticas

Feitiço

Ale Mujica Rodriguez

Sumário

I. Apresentação	7
II. Introdução.....	9
a) Transfeminismo enquanto olhar	9
b) Quem são as pessoas LBTs?.....	11
III. Violência institucional e obstétrica contra LBTs.....	13
a) Falta de acesso à saúde ou à possibilidade de decidir.....	13
b) Violências institucionais	15
c) Violência obstétrica (interseccional) nos processos de gravidez e aborto	19
IV. Decisões reprodutivas: processos de fertilização e gravidez desejada	22
a) Decisões reprodutivas: o que são?.....	22
b) Justiça reprodutiva para todes: gestação e parentalidades dissidentes	22
c) Gravidez de pessoas transmasculinas e não-binárias	24
d) Técnicas de reprodução assistida e a inseminação caseira	27
e) Aleitamento e outros exercícios de parentalidade.....	28
V. Decisões não reprodutivas: prevenção à gravidez e aborto	30
a) Estado, autonomia e direito ao corpo	30
b) Prevenção e cuidados das Infecções Sexualmente Transmissíveis - ISTs	30
c) Aborto legal, seguro e gratuito para todes	36
d) Aborto por procedimento e medicamentoso	37
e) Medicamentos utilizados	38
f) Métodos de aborto autogestionado	39
VI. Boas práticas, políticas e leis que nos inspiram	41
a) Algumas pistas para transviar a saúde	41
b) Pistas para a produção em comunicação:	42
c) Políticas públicas e leis	43
VII. Referências e inspirações	48

I. Apresentação

Saúde e autonomia nas decisões reprodutivas e não reprodutivas para todas as pessoas

É com muita alegria que lançamos a Cartilha “Justiça reprodutiva para todes: saúde, gestação e parentalidades dissidentes”, uma iniciativa que compõe uma série de outras atividades lideradas por organizações brasileiras que se articulam em torno dos Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos¹, entendidos, nos últimos anos, como parte do conceito amplo de Justiça Reprodutiva.

A proposta surge como resultado de uma trajetória de dois anos em debates sobre Justiça Reprodutiva para e com pessoas LBTs e/ou não-binárias. Dos encontros com diferentes coletivas, a conclusão mais importante à qual chegamos foi que o preconceito nega e invisibiliza a vida sexual e reprodutiva dessas pessoas. Por isso, nós, enquanto organizações e ativistas feministas, não poderíamos continuar a falar em Justiça Reprodutiva sem destacar o que vem sendo produzido sobre o tema, ampliando o olhar para além da cisheteronormatividade que o cerca.

Sim, mulheres lésbicas e bissexuais, homens trans, pessoas transmasculinas e/ou não-binárias também menstruam, engravidam, gestam, têm partos e abortam!

Justiça Reprodutiva é uma perspectiva, um conceito e/ou uma prática que parte das demandas de mulheres negras, latinas e de outros grupos minorizados a partir do marcador racial que se delineaia, inicialmente, nos Estados Unidos. No Brasil, onde também tem se desenvolvido a partir das mulheres negras, tem se expressado como potência ao aliar a luta por direitos sexuais e reprodutivos à ação política por justiça racial, justiça social e pela efetivação dos direitos humanos das pessoas negras que gestam, pessoas não-binárias, crianças, meninas e mulheres (trans e cis), travestis, meninos, homens trans e transmasculinos negros. Sob esta visão estratégica, vidas e sociedades justas só podem ser alcançadas quando todes tivermos poder econômico, social, político e recursos para tomar decisões autônomas sobre nossas próprias trajetórias, em todas as áreas de nossas vidas, individual e coletivamente.

O reconhecimento da estrutura cisheteronormativa das políticas e instituições de saúde, assim como das violências e opressões que atravessam as vidas de pessoas trans, não-binárias e mulheres lésbicas e bissexuais em seus ciclos reprodutivos, nos fez perceber a urgência de um material que pudesse embasar esse debate não só no âmbito das lutas feministas, mas também em formações com profissionais das mais diversas áreas e com pessoas à frente de políticas públicas.

¹ Anis - Instituto de Bioética; Católica pelo Direito de Decidir; CEPIA; CFEMEA; CLADEM; Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde; Coletivo Margarida Alves; Criola; Cunha - Coletivo Feminista; Grupo Curumim; Portal Catarinas; Rede Feminista de Saúde; REDEH - Rede de Desenvolvimento Humano; e Frente Nacional Contra a Criminalização das Mulheres e Pela Legalização do Aborto.

Aqui, Ale Mujica Rodriguez e Raiz Policarpo sistematizam diversas informações, estudos e conceitos sobre direitos sexuais e direitos reprodutivos, métodos de contracepção, reprodução, aborto, entre outras questões, que nos ajudam a pensar a Justiça Reprodutiva envolvendo todas as pessoas com vulva. A identidade de gênero, embora seja um marcador político importante, não é abordada aqui como algo que nos diferencia. O que nos marca a todas (es,os) aqui nomeadas (es, os) é a possibilidade de engravidar, gestar, parir e abortar, e o direito à autonomia, à saúde e à dignidade que todes deveríamos usufruir igualmente – e que, até então, nos têm sido negados.

Com essa publicação, queremos contribuir para o debate da autonomia sexual e reprodutiva a partir de um olhar não cisheterocentrado sobre as condições materiais e simbólicas da reprodução, sobrevivência e realização de Justiça Reprodutiva.

Que seja um passo para desnaturalizarmos as estruturas cis e hétero.

Boa leitura!
Julho de 2024.

I. Introdução

a) Transfeminismo enquanto olhar

A proposta deste documento é contribuir para a superação de percepções endo-cis-heteronormativas que reforçam os binarismos de gênero, muitas vezes arraigados em essencialismo e conservadorismo, com destaque para contribuições no campo das questões sexuais e reprodutivas. Esse é um debate paradigmático em nossa sociedade, inclusive para os feminismos, pois vem desafiando perspectivas hegemônicas.

Num contexto de feminismos diversos, é importante olharmos de forma crítica para posicionamentos essencialistas que atacam subjetividades, corpos e sexualidades, portanto existências.

A resistência em desnaturalizar regras endo-cis-heteropatriarcais que estabeleceram e continuam a reafirmar binarismos sexuais e de gênero como determinantes é um ato de violência, que ataca e nega pautas específicas de mulheres cis lés/bi/pansexuais (lésbicas, bissexuais e pansexuais) e de mulheres trans e travestis. Além de atentar contra a existência de homens trans, transmasculines, não-binários e intersexo AFAB e suas pautas.

O transfeminismo enquanto movimento combate e denuncia as estruturas da endo-cis-heteronorma, valorizando as estratégias de sobrevivência e de existência que confrontam a invisibilidade e as violências promovidas por políticas anti-gênero.

Adicionalmente, o transfeminismo que estamos pensando aqui é decolonial. Uma proposição crítica que leva em consideração a história da América Latina e do Caribe nas formas como gênero, sexualidade, corpo, racialidade e afins se constituem e se inter-relacionam, bem como seus cruzamentos com a colonização e a colonialidade.

O transfeminismo decolonial é um olhar fundamental para a garantia de justiça (não) reprodutiva, e para pensar projetos políticos relacionados a ela, a partir de ações políticas solidárias.

“O pensamento transfeminista está em construção no Brasil, isso significa dizer que ele não está apenas sendo importado como um conhecimento pré-elaborado, mas, isso sim, está sendo ressignificado e adaptado às vozes e realidades das mulheres e homens trans, travestis e demais pessoas trans nestas terras tupiniquins. E isso é extremamente positivo, em termos de criatividade e protagonismo na adequação de uma linha teórica a determinada conjuntura cultural e humana, em oposição à tendência colonialista de introjeção e sujeição a conceitos das metrópoles culturais”. (Jesus, 2013, p.6).

“O sujeito do transfeminismo não são as “mulheres”, mas os usuários críticos das tecnologias de produção da subjetividade”. (Preciado, 2018, p. 11).

Para saber mais

Feminismos essencialistas enfatizam as diferenças biológicas de “homens” e “mulheres” enquanto inerentes e as estabelecem como a base da opressão das mulheres. Essa concepção atribui uma essência fixa às mulheres (e homens), que é universal e concorda com identificações às características estabelecidas como especificamente femininas (e masculinas). A crítica aos feminismos essencialistas decorre por estes reforçarem estereótipos de gênero tradicionais, não levando em consideração a diversidade de experiências e identidades das mulheres (e homens), assim apagando corporalidades transvestigêneres.

Mini glossário de termos

ENDO-CIS-HETERONORMA

Endo-cis-heterossexualidade enquanto um padrão, com lastro biomédico e jurídico, que impõe corporalidades (endo), identidades de gênero (cis) e orientações sexuais (hétero) de forma compulsória. Essa noção dialoga com a tríade “sexo-gênero-desejo” proposta por Judith Butler em seu livro “Problemas de Gênero”, por exemplo, afirma de forma compulsória que se a pessoa tem vulva, logo será mulher e terá de gostar de homens.

ENDOSSEXO

Descreve pessoas cujas características sexuais, como genitais, padrões cromossômicos e glândulas, se encaixam em ideias médicas típicas ou sociais normativas para corpos femininos ou masculinos. A palavra endossexo seria o oposto de intersexo.

CISGÊNERO

Cisgênero é a pessoa que se identifica com o sexo/gênero que lhe foi atribuído pelo poder biomédico/jurídico ao nascer e que é reafirmado pela sociedade.

HETEROSSEXUAL

Heterossexual é a pessoa que sente desejo afetivo/sexual exclusivamente por alguém de gênero oposto àquele com o qual se identifica.

JUSTIÇA (NÃO) REPRODUTIVA

Quando utilizado “justiça (não) reprodutiva” - e não apenas “justiça reprodutiva” - se dá para demarcar que a vida reprodutiva livre e justa implica, inclusive, na autonomia em não reproduzir, tanto pela escolha em não ter filhos, como por outras possibilidades de parentalidade, como adoção. Justiça (não) reprodutiva refere à demandas de prevenção, acesso a informações e estratégias que evitem a gravidez indesejada, e também no acesso ao aborto seguro, livre e gratuito.

b) Quem são as pessoas LBTs?

O termo LBTs abrange lésbicas, bissexuais e transvestigêneres.

Tem sido utilizado como um recorte por possibilitar o destaque para vivências destas coletividades, que têm sido ignoradas em espaços políticos, sociais, culturais e artísticos.

Nesta cartilha, vamos dialogar com foco nas experiências LBTs que atravessam as pessoas com vulva. Contemplamos, assim, pautas em saúde sexual e reprodutiva de mulheres cis lésbicas, bissexuais e pansexuais, sapatões, transmasculines, homens trans, trans homens, boycetas e pessoas não-binárias e intersexo AFAB.

O objetivo desta cartilha é contribuir na discussão sobre justiça reprodutiva com e para pessoas LBTs com vulva.

Produzimos informações sobre direitos sexuais e direitos (não) reprodutivos para dissidências políticas, sexuais e de gênero. Tanto para expandir conceitos, quanto para combater as desinformações que os feminismos essencialistas reforçam.

Que este material possa fomentar trocas em espaços plurais e promover a visibilidade destas vivências!

Mini glossário de termos

TRANVESTIGÊNERES

A expressão pessoas transvestigêneres compreende o guarda-chuva de identidades transexuais, travestis e transgêneras. O termo foi cunhado por Indianarae Siqueira, ativista transvestigênera, pute e não-binária.

AFAB (assigned female at birth)

Pessoas designadas pelo sistema médico e jurídico como meninas/mulheres ao nascer. Podem se identificar ou não com esta designação.

SAPATÃO

Sapatão enquanto uma identidade de gênero pode contemplar tanto mulheres cis, mulheres trans e travestis, que se identificam com orientações lés/bi/pansexuais, como também pessoas não-binárias ou transmasculinas em suas diversas possibilidades de orientações sexuais.

PESSOAS TRANSMASCULINAS

Transmasculines são pessoas que não se identificam com o gênero menina/mulher que lhes foi atribuído ao nascer, se reconhecendo no guarda-chuva de identidades transmasculinas. Neste guarda-chuva contemplam-se, dentre outras identidades possíveis, homens trans, trans homens, boycetas e algunes não-binárias. Nem toda pessoa não-binária com vulva se identifica também como transmasculine.

TRANS HOMENS

Termo popularizado por João W. Nery, psicólogo e escritor brasileiro, que remete ao reconhecimento da transgeneridade anterior à identificação como homens.

BOYCETA

Termo usado para designar uma masculinidade fora da norma, ressignificando a presença das bucetas/vulvas para corpos transmasculinos.

PESSOAS NÃO-BINÁRIAS (NB)

Identidade de gênero que remete a pessoas trans que não se identificam ou não se identificam exclusivamente em um espectro de feminino/mulher e masculino/homem.

INTERSEXO

Pessoas com características sexuais, como genitais, padrões cromossômicos e glândulas, que não se encaixam nos padrões determinados pela medicina e sociedade como normas, a partir das noções binárias típicas de corpos masculinos ou femininos.

III. Violência institucional e obstétrica contra LBTs

a) Falta de acesso à saúde ou à possibilidade de decidir

A saúde hegemônica é estruturada a partir de uma matriz endo-cis-heteronormativa. Os protocolos, roteiros, prontuários, entre outras ferramentas e tecnologias de acolhimento e cuidado são elaborados dentro de uma linguagem e expectativas de um corpo heterossexual, cisgênero, preferivelmente magro, sem deficiência e branco.

Ainda são poucos os espaços e pessoas que reconhecem as demandas em saúde das pessoas LBTs, considerando as diferentes violências que essas pessoas vivenciam dentro e fora das instituições de saúde, e que as afastam dos serviços de saúde.

Esteretótipos de gênero-sexualidade e (não) reprodução com relação à saúde sexual e (não) reprodutiva, mulheres cis lés/bi/pansexuais, assim como homens trans e pessoas transmasculinas e/ou não-binárias, estão pouco ou nada contempladas nas políticas públicas de promoção, prevenção e cuidado. Dentro do imaginário, seriam corpos/pessoas que não desejam, não podem ou não devem engravidar e em consequência abortar.

Em alguns países, pessoas trans têm que renunciar à sua capacidade de gestar para acessar as políticas e a garantia de reconhecimento de sua identidade de gênero (Human Rights Watch, 2019). Trata-se de uma esterilização compulsória eugenista e higienista. Mesmo nos países onde a pessoa trans não precisa realizar algum tipo de esterilização forçada para o reconhecimento da sua identidade, este movimento se faz de uma forma mais sutil, através dos binarismos e dos estereótipos de gênero. Assim como também, através de uma “esterilização simbólica” na falta de dados, pesquisas, interesse político, social, dentro dos espaços institucionais de cuidado à saúde sexual e (não) reprodutiva das pessoas trans (Angonese; Lago, 2017).

Algumas vivências que não são pensadas ou que são invisibilizadas

Dentro da construção de masculinidade e gênero:

A impossibilidade de pensar um homem trans, transmasculino ou não-binário grávido;

Definição de uma relação como não sexual “verdadeira” e “natural”, quando duas mulheres cis lés/bi/pansexuais desejam engravidar sem a figura paterna de um homem cis, preferivelmente hétero.

Relações sexuais que podem resultar numa gestação entre pessoas com identidades de gênero e orientações sexuais dissidentes:

Relações transcitradas entre uma mulher trans/travesti ou pessoa não-binária com pênis e um homem trans, pessoa transmasculina e/ou não-binária com vulva;

Relações lés/bi/pansexuais entre uma mulher cis e uma mulher trans/travesti;

Relações gay/bi/pansexuais entre um homem cis e um homem trans, pessoa transmasculina e/ou não-binária com vulva.

Se liga!

Pessoas trans apresentam diversas orientações sexuais e podem ser lésbicas, homossexuais, bissexuais, pansexuais, etc. Podem se realizar de forma alossexual ou assexual e estas relações-vínculos podem ser exclusivas ou não.

Mini glossário de termos

ASSEXUAL

É uma orientação sexual/relacional que se refere às pessoas que não se sentem atraídas afetiva e/ou sexualmente, ou que têm uma atração sexual e afetiva parcial ou condicional.

ALOSSEXUAL

Pessoas que não são assexuais, assim se sentem atraídas sexualmente por outras, sem necessariamente precisar de um vínculo afetivo.

Se liga!

Evite generificar de forma desnecessária e problemática partes do corpo relacionadas à vida sexual e/ou (não) reprodutiva. Ao invés de dizer "sistema ou aparelho sexual feminino e/ou masculino", diga "sistema sexual testicular e/ou ovariano-uterino".

b) Violências institucionais

As violências institucionais são marcadas pela negativa no atendimento ou por um atendimento diferenciado devido ao preconceito ou discriminação por questões étnico-raciais, de gênero, religião, territorialidade, corporalidade, entre outras, que podem estar interrelacionadas ou não. Por exemplo, no atendimento de uma travesti negra, a violência pode operar através de dois sistemas de opressão: a sua identidade de gênero e sua raça/cor/etnia. São muitas as formas em que a violência institucional pode ser percebida.

No campo da saúde sexual e (não) reprodutiva, as violências institucionais lesbofóbicas e transfóbicas são comuns. O atendimento ginecológico e obstétrico ainda é marcado pela pressuposição de que a pessoa que está sendo consultada é do espectro sexual definido pela norma hegemônica como feminino, é uma mulher (cis) e se relaciona exclusivamente com homens (cis). Isso invisibiliza pessoas intersexo que têm vulva, pessoas que se identificam como homens trans, transmasculines e/ou não-binárias, assim como mulheres cis que se relacionam exclusivamente ou não com outras mulheres (cis ou trans).

Conheça algumas formas de violência institucional lesbofóbica:

- Presunção de comportamento sexual ativo e heterossexual;
- Presunção de comportamento sexual exclusivo/monogâmico;
- Constrangimento com perguntas sobre o companheiro/namorado (sempre questionamentos feitos em pronomes masculinos enquanto imposição de parceria para corpos lidos no feminino);
- Presunção de virgindade, como suposta não-penetração quando a sexualidade lés/bi/pansexual é relatada;
- Invisibilização da bi/pan/polissexualidade; e
- Utilizar o espéculo de Collins, aparelho para realização de exame ginecológico, cirurgia e coleta de amostras do canal vaginal e colo do útero, sem dialogar sobre seu funcionamento.

Se liga!

Também é comum um imaginário médico hegemônico que impõe um Protocolo Trans, que violenta na medida em que estabelece padrões para as identidades trans, como a imposição de que todas as pessoas transvestigêneres devem ser heterossexuais, têm disforias com o corpo e, conseqüentemente, demandas de modificações corporais.

A transfobia institucional é perpetuada na desinformação, exotificação, abjeção, invisibilização e desumanização de corpos transvestigêneres.

Conheça algumas formas de violência institucional transfóbica:

- Desrespeito ao nome social;
- Não utilizar os pronomes de acordo com o desejo da pessoa;
- Imposição de um padrão endo-cis-heteronormativo branco colonial magro; e
- Exotificação através de perguntas e comentários constrangedores e inadequados
- Chamar a pessoa gestante e puérpera de mãe, mesmo ela apontando seu desejo de ser denominada de outra forma.

Se liga!

Nem toda pessoa transmasculina quer ser chamada de pai também. Por isso a acolhida e a escuta atenta são fundamentais. Algumas pessoas transmasculinas e/ou não-binárias preferem o uso de mãe, por costume ou por não atribuírem gênero a esta palavra. Outras ainda optam por palavras neutras como “pãe” ou “nãe”.

A linguagem neutra é utilizada com modificações nas palavras para não determinar gênero feminino ou masculino. Pode ser utilizada para fazer referência a uma pessoa que não sabemos qual pronome utiliza, a um grupo de pessoas com diferentes pronomes ou a pessoas que optam exclusivamente ou não pelo pronome neutro.

Para saber mais

Você pode encontrar mais informações sobre a linguagem neutra no “Manual para o uso da linguagem neutra em língua portuguesa”:

Acesso em: <https://portal.unila.edu.br/informes/manual-de-linguagem-neutra/Manualdelinguagemneutraport.pdf>



A discriminação social é uma das barreiras à integralidade do cuidado em saúde pela população transvestigênera. Essas violências são estruturais à medida que o próprio sistema de softwares e prontuários eletrônicos não abrangem o uso do nome social; não abrangem a linguagem/pronomes neutros; e deslegitimam a identidade de gênero, principalmente de pessoas não-binárias. O NIS, sistema eletrônico do SUS, segue não aceitando o campo sexo/gênero como não-binário.

Uma outra problemática é que estes mesmos sistemas de softwares e prontuários eletrônicos impediam, até pouco tempo atrás, que consultas preventivas, exames de laboratório, testes de gravidez e outras demandas em saúde sexual e (não) reprodutiva fossem acessadas por uma pessoa que não tenha a categoria “sexo” definida como “feminino” nos documentos oficiais, o que

impedia o acesso às estratégias de saúde sexual e reprodutiva para pessoas transmasculinas e/ou não-binárias que retificaram o sexo/gênero para masculino ou não-binário.

Se liga!

Em maio de 2024, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 1.693, que altera a classificação de gênero em cerca de 270 procedimentos, alterando o campo sexo para “ambos”. Essa medida é fundamental para garantir o acesso de pessoas trans a atendimentos como ginecologia, urologia e obstetrícia.

Confira o documento da Portaria na íntegra:

https://cdn.medblog.estrategiaeducacional.com.br/wp-content/uploads/2024/05/PORTARIA-SAES_MS-No-1.693-DE-10-DE-MAIO-DE-2024-PORTARIA-SAES_MS-No-1.693-DE-10-DE-MAIO-DE-2024-DOU-Imprensa-Nacional.pdf



Sabia que...

A retificação de pré-nome e gênero hoje está disponível diretamente via cartório em todo o território nacional para pessoas que nasceram em território brasileiro, para as mudanças do sexo/gênero: masculino-feminino ou feminino-masculino. A terceira opção de sexo/gênero como não-binário está disponível diretamente via cartório apenas na Bahia, Rio Grande do Sul e Distrito Federal (para os demais estados é necessário uma ação judicial).

Assim, os próprios instrumentos utilizados nas políticas públicas operam como mecanismos de normalização e violência, através de uma lógica biologizante e segregacionista.

Segundo a médica ginecologista e obstetra Ana Thaís Vargas, pessoas transmasculinas, não-binárias e les/bi/pansexuais cisgêneras formam os grupos com maior risco de morrer de câncer de colo de útero. Isso ocorre pois, devido às violências no atendimento em saúde, acabam se vendo forçadas a evitar consultas e exames, o que diminui a chance de prevenção e cuidado (Calixto, 2020, p. 8).

Estas violências também se acentuam devido à educação formal em saúde ainda ser hegemônica, reproduzindo lógicas endo-cis-heteronormativas e pela falta de formação continuada de profissionais de saúde. Pessoas dissidentes de gênero e sexualidade estão constantemente ausentes nas pautas e reivindicações em espaços de controle social, e muitas vezes têm sua ausência imposta em espaços de construção de políticas públicas.

Saiba que...

A ignorância é considerada por algumas pessoas pensadoras sobre a educação e afins como um produto do saber-poder. Deborah Britzman, professora e psicanalista (2020), argumenta que a normalidade é sinônimo de vida cotidiana na sala de aula, e que a ignorância não é uma falta de conhecimento, mas o efeito do conhecimento hegemônico.

“Queria que compreendesse o que se passava comigo. Porém, faltava-me estrutura emocional para mencionar palavras como seio, vagina ou clitóris que se referissem a mim. Era como se, falando, reforçasse auditivamente, no outro, uma percepção que eu próprio preferia que esquecesse” (Nery, 2012, p. 94).

No trecho acima, João W. Nery aborda a dificuldade em mencionar partes do seu corpo devido às imposições e normativas sociais que atribuem gênero a partir de características físicas, descritas como sexuais. Essas normas sociais perpetuam violências e invisibilidade e são mecanismos arraigados na sociedade, na biomedicina e no campo jurídico. As consequências vão desde o sofrimento e auto-julgamento até a ausência de acesso às políticas públicas.

A comunicação cotidiana e midiática também impõe estas normas à medida em que produtos e materiais informativos sobre dignidade menstrual, gestação e higiene de corpos com vulvas são representados por corpos de mulheres cis com referências a uma feminilidade padrão e heterossexual, que predomina também um ideal branco, magro e sem deficiências.

Essas violências institucionais contrariam os princípios de universalidade e integridade preconizados pelo SUS - Sistema Único de Saúde.

Para saber mais

A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgêneros (LGBT) e o acesso ao Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS): avanços e desafios (Popadiuk, Oliveira, Signorell, 2017).

Para saber mais

Cartilha Violência Obstétrica no Abortamento:
O que é? Como nos defender? Quais os nossos direitos?

Curumim e Coletivo Margarida Alves, https://coletivomargaridaalves.org/wp-content/uploads/2020/07/CARTILHA-VIOL%C3%8ANCIA-OBST%C3%89TRICA_-_WEB.pdf



c) Violência obstétrica (interseccional) nos processos de gravidez e aborto

As discussões sobre violência obstétrica se dão a partir do pensamento crítico da assistência ao parto, do reconhecimento da participação ativa e do protagonismo da pessoa gestante no processo da gravidez, parto e pós-parto. Estas discussões vão se ampliando com a inclusão do aborto como evento comum da vida sexual e (não) reprodutiva das pessoas.

A violência obstétrica é expressa desde a negligência na assistência, discriminação social, violência verbal, psicológica, física (incluindo a não utilização de medicação analgésica quando indicada), até o abuso sexual. Também podem ser consideradas como práticas violentas: o uso inadequado ou sem evidências científicas de tecnologias e procedimentos, resultando em uma série de intervenções com potenciais riscos e sequelas durante o período da gravidez, do parto e do pós-parto (D'oliveira, Ana Flávia Pires Lucas; Diniz, Simone Grilo; Schraiber, Lilia Blima, 2002), durante o período da gravidez, do parto e do pós-parto. As violências obstétricas se acentuam para pessoas negras, assim como para pessoas gênero-dissidentes.

O racismo obstétrico é a violência que atinge pessoas negras no contexto obstétrico - gestação, parto, puerpério e também no abortamento. Mulheres cis negras têm maiores chances de vivenciar violências no atendimento em saúde, quando comparadas às mulheres cis brancas. O mesmo acontece com pessoas transmasculinas e não-binárias negras e/ou não-brancas quando acessam os serviços. A intensificação das violências obstétricas, principalmente as que levam ao óbito, também atravessam as comunidades indígenas, quilombolas, ribeirinhas e de zona rural.

O conceito de racismo obstétrico foi proposto pela antropóloga afro-americana Dána-Ain Davis (2018). Para ela o racismo obstétrico tem lugar na intersecção entre a violência obstétrica e o racismo médico. Segundo Davis, existem sete dimensões do racismo obstétrico: lapsos diagnósticos; negligência, descaso e/ou desrespeito; causar dor intencionalmente; coerção para se submeter a procedimentos; cerimônias de degradação; abuso médico e o que ela chama de reconhecimento racial, que seria o trabalho emocional e prático das pessoas negras e/ou não-brancas de atenuar o racismo obstétrico ao reconhecê-lo como parte do conteúdo de suas experiências médicas.

Dentre as violências obstétricas mais relatadas, destacam-se: cesárea sem indicação médica, não utilização de anestesia local, negativa do direito à acompanhante, episiotomia (corte realizado para ampliar o canal de parto) e manobra de Kristeller (quando a barriga é empurrada para “facilitar” o nascimento).

Se liga!

Denúncias de casos de violências obstétricas podem ser realizadas nas Defensorias Públicas ou nos Conselhos de Enfermagem e Medicina.

Durante os processos de gravidez e aborto também estão presentes violências relacionadas à diversidade corporal (expressões, comentários e xingamentos gordofóbicos, capacitistas e

etaristas), assim como as relacionadas ao racismo, atreladas às formas de acolhimento, (não) criminalização, linguagem e manejo da dor.

Saiba que...

O dito “pai” da ginecologia moderna fazia experimentos cruéis e desumanos com mulheres negras escravizadas sob a narrativa racista da resistência à dor. Ainda hoje esse racismo científico perpassa as práticas e imaginários de cuidados para com as pessoas negras nos espaços de saúde sexual e (não) reprodutiva.

Para saber mais

Leal, Maria do Carmo et al. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. *Cadernos de Saúde pública*, v. 33, n. 13, p. 1-17, 2017

Goes, Emanuelle. Racismo científico, definindo humanidade de negras e negros. Geledès-Instituto da Mulher Negra, 2016;

Meinerz, Nádya Elisa e Jhulía Nelly Dos Santos. Ginecologia e Colonialidade: Interseções de raça e Sexualidade. *Interseções: Revista de Estudos Interdisciplinares*, vol. 24, nº 3, fevereiro de 2023.

As violências obstétricas no processo de abortamento se complexificam e intensificam por causa dos tabus e estigmas sociais, que atribuem valores negativos e imorais ao aborto, mesmo em casos previstos em lei, e estimulam a violência sociocultural e institucional como punição.

Existe um imaginário rígido sobre quais pessoas poderiam abortar e/ou acessar o aborto legal que gera diferentes violências para com os homens trans, pessoas transmasculinas e/ou não-binárias. Por exemplo: o não-uso dos serviços de saúde por medo de violências transfóbicas, misóginas e machistas; ou a escolha forçada entre fazer um cisplay (quando possível) ou procurar de forma clandestina esse cuidado.

Mini glossário de termos

CISPLAY

Prática de incorporação das imposições de gênero com a assimilação de uma suposta identidade cisgênera para evitar a exposição e violências transfóbicas.

Mulheres cis lés/bi/pansexuais que não performam uma identidade dita feminina, assim como pessoas transmasculinas e/ou não-binárias podem ser vítimas de violência sexual, como o

“estupro corretivo”, em que a pessoa agressora afirma que irá curar a “vítima” ou puni-la por se opor à lógica endo-cis-heteronormativa.

Algumas práticas violentas que têm sido relatadas por pessoas trans estão relacionadas ao desrespeito com relação ao nome social e pronomes tanto da pessoa gestante, como da pessoa companheira, assim como a negação do direito a acompanhante para casais transcentrados.

Se liga!

Narrativas rígidas sobre família e/ou construção familiar podem gerar violências diversas ao deslegitimar um possível desejo por uma gravidez de pessoas LBTs.

Se liga!

O desconhecimento sobre as tecnologias de reprodução assistida (TRA) para pessoas LBTs por parte de profissionais da saúde e seu acesso restrito são resultantes de uma estrutura social e institucional lesbitransfóbica que inviabiliza os direitos sexuais e (não) reprodutivos de quem foge da endo-cis-heteronorma.

IV. Decisões reprodutivas: processos de fertilização e gravidez desejada

a) Violências institucionais

“Quería que comprendesse o que se passava comigo. Porém, faltava-me estrutura emocional para mencionar palavras como seio, vagina ou clitóris que se referissem a mim. Era como se, falando, reforçasse auditivamente, no outro, uma percepção que eu próprio preferia que esquecesse” (11:41). Radi 2014.

Decidir sobre gestar ou não deve ser um direito garantido para todas as pessoas com útero. Porém, a autonomia reprodutiva ainda é um desafio, principalmente quando se trata de gênero-dissidências, como é o caso de mulheres cis lés/bi/pansexuais, pessoas transmasculinas e não-binárias AFAB.

Questões étnico-raciais, territoriais, a diversidade de corporalidades, entre outras, também agravam os obstáculos na garantia desses direitos e se interseccionam com questões de gênero e sexualidade.

Direitos reprodutivos contemplam que todas as pessoas possam:

- Decidir se desejam ter filhos, quantos e sobre o momento de engravidar;
- Decidir sobre a reprodução, livre de violência, discriminação e coerção;
- Acessar métodos contraceptivos, tratamento para infertilidade e planejamento reprodutivo;
- Acessar métodos seguros para interromper uma gestação não-desejada;
- Acessar os serviços de saúde reprodutiva de qualidade e de atenção humanizada ao parto; e
- Divisão igualitária das responsabilidades na criação de filhos.

b) Justiça reprodutiva para todes: gestação e parentalidades dissidentes

Diante deste sistema endo-cis-heterossexual, o ideal de maternidade se estabelece de forma compulsória para mulheres cis através de vários símbolos sociais que sustentam padrões e imposições de lógicas reprodutivas. Já quanto às parentalidades gênero-dissidentes, a cultura mantém lógicas que permeiam uma esterilidade simbólica decorrente de concepções sexistas, através da biologização e genitalização de experiências de parentalidade e gestação.

Assim, o atendimento em saúde reprodutiva ainda é pensado de forma endo-cis-heteronormativa, não considerando a possibilidade de mães e pais trans biológicos, e não cogitando, também, tecnologias reprodutivas para casais cis homoafetivos ou para pessoas trans.

Mulheres cis lés/bi/pansexuais, pessoas transmasculinas, não-binárias e intersexuais AFAB não recebem acolhimento médico e nem social para pensar e decidir sobre suas demandas em saúde sexual e reprodutiva. Diante do contexto de apagamento de suas especificidades e de práticas de violências institucionais, muitas pessoas gênero-dissidentes não procuram ou demoram a conseguir acesso a serviços de pré-natal quando estão gestantes.

Se liga!

A mesma ciência universalista que reduz corpos transmasculinos, intersexuais e não-binários à inexistência, invalida as demandas reprodutivas de lés/bi/pansexuais e também produz violência obstétrica sistematicamente contra mulheres negras e indígenas.

Por isso, o olhar sobre as violências institucionais e a reivindicação por justiça reprodutiva deve incluir todas as pessoas.

Saiba que...

A Justiça Reprodutiva é uma dimensão da práxis negra feminista. O conceito Justiça Reprodutiva foi criado nos Estados Unidos na National Prochoice Conference for the Black Women's Caucus, em 1994, e foi se popularizando em 2003, após a Conferência SisterSong (Ross, 2006).

Demandas de parentalidades gênero-dissidentes:

- Planejamento reprodutivo e familiar fora de lógicas endo-cis-heteronormativas;
- Exercício da parentalidade de forma plena e sem violências;
- Reconhecimento de parentalidades transmasculinas e não-binárias;
- Assistência integral durante o ciclo gravídico-puerperal;
- Acesso a técnicas de reprodução assistida e/ou adoção;
- Acesso a técnicas de aleitamento; e
- Comunicação e mídias inclusivas.

Saiba que...

Desde 2021, está vigente decisão cautelar proferida na ADPF n° 787 MC/DF, determinando a alteração do layout da Declaração de Nascido Vivo (DNV), para constar apenas o campo “parturiente”. Este termo técnico neutro é fundamental para identificar a pessoa que gestou e pariu, independente de sua identidade de gênero, evitando assim violências e constrangimentos. O registro civil de nascimento, obrigatório e gratuito, se encontra padronizado pelo Provimento n° 63/2017, com alterações no Provimento n° 83/2019, garantindo o preenchimento dos dados com indicação do termo neutro “filiação”.

c) Gravidez de pessoas transmasculinas e não-binárias

“Se por um lado temos um movimento de desmistificar a ideia de que as mulheres possuem uma trajetória e corpo único, por outro, precisamos também desessencializar determinados corpos e trajetórias da noção de mulher.” (Calixto, Brandi, 2021, p. 230).

A autonomia corporal de homens trans e transmasculines tem sido pauta do transfeminismo, que levanta questões quanto à invisibilidade no atendimento obstétrico e ginecológico e cria estratégias na busca coletiva por informações e (auto) cuidados.

A presença das transmasculinidades no campo das parentalidades tem um forte histórico, assim como parentalidades cis homoafetivas, em diversas possibilidades de configurações familiares. É urgente a resignificação do gestar e parir a partir da multiplicidade de símbolos e corporalidades, incluindo as masculinidades enquanto expressões também válidas nas dinâmicas reprodutivas.

É fundamental que o atendimento em saúde se atente para as especificidades de um corpo trans grávido, respeitando suas demandas e identidade de gênero durante a assistência pré-natal e obstétrica. Assegurar a autonomia reprodutiva de homens trans, transmasculines e não-binárias é possibilitar que essas pessoas tenham seu projeto parental garantido.

Mini glossário de termos

CAVALO-MARINHO

A associação entre gravidez e transmasculinidades é representada pelo cavalo-marinho, pois nesta espécie é o macho que “engravidar”, visto que carrega os ovos fecundados em uma “bolsa” protetora em sua barriga e depois dá à luz seus filhotes.

“Se por um lado temos um movimento de desmistificar a ideia de que as mulheres possuem uma trajetória e corpo único, por outro, precisamos também desessencializar determinados corpos e trajetórias da noção de mulher.” (Calixto, Brandi, 2021, p. 230).

Algumas tecnologias de gênero para “masculinização”:

- Utilização do binder: faixa ou colete feita com tecido elástico que tem a função de comprimir e esconder as mamas;
- Utilização de packer: próteses não-fixas em formato de pênis, que imitam a textura e a cor da pele, e podem ser utilizadas para fazer volume na roupa, para urinar em pé e durante o sexo;
- Utilização de pump: bomba de sucção que serve para estimular o crescimento do clitóris;
- minoxidil: medicamento que impede e retarda a queda de pelos, promovendo também o seu crescimento e engrossamento;
- Testosterona: administração de hormônio à base de testosterona com o objetivo de provocar o crescimento da barba, engrossar a voz, redistribuir a massa corporal, interromper a menstruação, entre outras mudanças;
- Intervenções cirúrgicas como a mamoplastia redutora e a mastectomia, cirurgia plástica de redução e retirada das mamas, respectivamente; e
- Outras intervenções cirúrgicas, como histerectomia (retirada do útero), ooforectomia (retirada dos ovário) e a cirurgia de redesignação sexual, em que as características genitais são alteradas para aquelas socialmente associadas ao gênero pelo qual a pessoa se reconhece.

Se liga!

Abordamos enquanto tecnologias de gênero para “masculinização”, porém as características citadas não necessariamente são atribuídas em uma linguagem binária, assim nem sempre compõem um discurso marcado pela masculinidade. Pessoas não-binárias AFAB podem utilizar (ou não) estas tecnologias sem atribuir marcadores de gênero. Assim como existem mulheres cis que também apresentam demandas pela mastectomia, enfrentando obstáculos de uma sociedade normativa que muitas vezes exige um laudo que comprove a transgeneridade para autorizar os procedimentos.

Tanto os hormônios quanto as cirurgias podem afetar o funcionamento sexual, reprodutivo e fértil. O ciclo menstrual pode ser interrompido dentro de alguns meses com a utilização da testosterona. Com o tempo de uso da testosterona, a fertilidade tende a diminuir, e pode também levar à atrofia do aparelho reprodutor, causando infertilidade. É fundamental a avaliação médica antes do início do tratamento hormonal, assim como o acompanhamento durante o uso de hormônios.

Se liga!

Diferente do que muitas pessoas trans acreditam, a hormonização com testosterona não é um método contraceptivo e não evita a gravidez.

Geralmente, quando uma pessoa transmasculina e não-binária AFAB que faz uso da hormonização deseja engravidar, ela interrompe a terapia hormonal com testosterona para que o sistema reprodutor retorne seu fluxo menstrual e haja o aumento da fertilidade. Existem casos de pessoas transmasculinas que engravidaram durante a terapia hormonal e que até mesmo mantiveram a hormonização durante a gestação e o aleitamento.

Pensar sobre gestação de pessoas trans traz à tona a ausência de dados, fomentando a urgência em ampliar as informações e estratégias quanto ao processo transexualizador. Ainda faltam estudos sobre o uso contínuo da testosterona e como este hormônio pode influenciar ou não a gestação.

Pessoas trans que gestaram relatam que, com a interrupção da hormonização, dentro de alguns meses a gravidez foi possível. Porém, cada corpo é de um jeito e o acompanhamento médico responsável e que leve em consideração as especificidades no desejo de uma gestação por pessoas trans é fundamental e um direito básico.

Saiba que...

Pessoas trans que desejam engravidar ou estejam grávidas têm direito a acompanhamento respeitoso e qualificado em orientações individualizadas de cuidado e hormonização.

O uso de hormônios anterior à gestação pode provocar mudanças do tecido genital e ressecamento do canal vaginal, o que pode gerar maior incômodo ou dor durante exames, demandando atenção e um diálogo transparente por parte da equipe médica.

Os impactos individuais e sociais decorrentes das mudanças corporais causadas pela pausa no uso da testosterona também são especificidades que devem ser consideradas. A interrupção da terapia hormonal pode provocar mudanças corporais como ganho de peso, crescimento ou sensibilidade nos peitos, perda de músculos e a perda de algumas características consideradas socialmente como masculinas, além de mudanças psicológicas e emocionais como alterações no humor e ansiedade.

Os símbolos do corpo grávido ainda são associados a uma característica essencialmente feminina e cisgênera, tanto pela sociedade como pela medicina hegemônica e, portanto, o acolhimento se faz fundamental para minimizar possíveis impactos negativos. Tais impactos estão atrelados a imposições sociais desta estrutura endo-cis-heteronormativa, com as violências transfóbicas dos serviços de saúde que aumentam a insegurança de pessoas trans gestantes.

Tecnologias de gênero também são relatadas como estratégias de autopreservação por parte de pessoas transmasculinas e não-binárias gestantes. Essas estratégias variam entre tentativas de ocultação da gestação, como uso do binder, casacos, blusas de frio e roupas largas, ou a prática de cisplay, com a aceitação de imposições do feminino cisgênero para evitar a exposição a violências transfóbicas.

A imposição da negação da identidade de gênero e/ou a ocultação da gravidez refletem na saúde física e mental. Já o reconhecimento e a visibilidade da identidade de gênero e da gravidez se mostram imprescindíveis para a segurança emocional e o bem-estar durante a gestação e parto.

A gestação em relações gênero-dissidentes provoca tensionamentos e movimentação nas imposições de gênero e sexualidade e na percepção da gravidez como algo essencialmente feminino e heterossexual.

d) Técnicas de reprodução assistida e a inseminação caseira

As tecnologias biomédicas de reprodução se desenvolveram inicialmente para casais cis heterossexuais inférteis, e continuam estabelecidas em padrões endo-cis-heteronormativos, o que cria diversas barreiras na concepção de parentalidades e famílias não-hegemônicas. Desde o surgimento da inseminação artificial, a discussão a respeito das maternidades lés/bi/pansexuais nas clínicas é quase ausente, e mais invisível está a possibilidade da reprodução para pessoas transvestigêneres.

Se liga!

A inseminação artificial é o processo de injetar espermatozóides diretamente no útero, diferente da inseminação *in vitro*, em que o óvulo fecundado é mantido em uma estufa para que em seguida esta fecundação seja injetada no útero.

Os obstáculos da endo-cis-heteronorma se somam à pouca oferta de técnicas de reprodução assistida no sistema público de saúde, aos custos altos da inseminação particular e ao fato de a maior parte das clínicas de reprodução se concentrarem em grandes centros urbanos. Considerando as distâncias e dificuldades econômicas, muitas pessoas acabam optando por realizar a inseminação caseira.

Se liga!

O procedimento caseiro consiste na retirada do sêmen por parte da pessoa doadora, que coloca em um pote esterilizado. Em seguida, com uma seringa, o material é injetado o mais próximo possível do colo do útero da pessoa receptora. Os materiais utilizados costumam ser seringas de 5 e 10ml, e potes de coleta estéreis, ambos descartáveis. Espéculos vaginais e cateteres também podem ser utilizados.

Para muitas pessoas a inseminação caseira também é uma opção, pela característica de autonomia, permitindo acesso a um meio de reprodução mais alinhado com os projetos de vida e parentalidades escolhidos.

A prática da inseminação caseira não é criminalizada. Porém, este método demanda atenção para minimizar os riscos que se colocam por não ser regulamentada juridicamente e sanitariamente, envolvendo também a confidencialidade e a transparência com a pessoa doadora. É recomendada a atenção ao risco de falsificação de exames, por parte da pessoa doadora do sêmen e ao risco de infecção por bactérias, no momento da inseminação. Além disso, é vedada a venda de material genético em território nacional.

Saiba que...

A pessoa doadora do sêmem deve apresentar os resultados de exames médicos e assinar um contrato redigido em cartório evidenciando que a doação está isenta de qualquer pretensão futura de parentalidade.

Existem grupos online que promovem a auto regulação para práticas autônomas de reprodução e inseminação caseira. Esta construção de redes de saberes, através do compartilhamento de experiências, também promove a autonomia. Esses grupos também dialogam sobre estratégias para aumentar as possibilidades de gestação e fertilidade, como o uso de garrafadas, vitaminas, suplementos naturais, indutores de ovulação, controle do período fértil e dicas quanto à organização e assepsia do ambiente.

Saiba que...

Registrar a filiação também pode acabar virando uma questão, mas a dupla maternidade por inseminação caseira é um direito.

Que casais podem realizar a inseminação caseira?

- Mulher cis + mulher cis;
- Mulher cis + pessoa transmasculina ou não-binária com vulva;
- Pessoa transmasculina ou não-binária com vulva + pessoa transmasculina ou não-binária com vulva;
- Mulher cis/pessoa transmasculina ou nb com vulva + pessoa transfeminina ou nb com pênis, por infertilidade da pessoa com pênis ou não desejo em utilizar seus gametas; e
- Ainda, casais compostos por homem cis e mulher cis, por infertilidade do homem cis ou não desejo em utilizar seus gametas.

Os formatos são diversos diante da complexidade de uso das tecnologias reprodutivas, tanto para casais como para pessoas que desejam ter filhos monoparentais. Assim, a medicina tem a responsabilidade de ampliar as pesquisas e práticas quanto às tecnologias reprodutivas. Como exemplo, a possibilidade de armazenamento de gametas para, futuramente, gerar filhos, é uma demanda de muitas pessoas trans que desejam se hormonizar porém querem manter a possibilidade de ter filhos biológicos.

e) Aleitamento e outros exercícios de parentalidade

A amamentação também é uma experiência diversa para pessoas trans, sendo responsabilidade de profissionais da saúde relatar sobre as diferentes opções de aleitamento. A amamentação não é restrita à cis heterossexualidade e nem às mulheres, sendo um direito exercê-la para as pessoas

trans que assim desejam. Muitas pessoas transmasculinas e não-binárias relatam este desejo pela convicção de que a amamentação é um ato político e positivo para pai/mãe/pãe/nãe e bebê. Porém não pode ser uma imposição para as pessoas que não podem ou não desejam amamentar. O respeito à autonomia e desejos individuais deve sempre ser considerado na assistência em saúde.

Saiba que...

O aleitamento é questão de saúde pública e um direito humano. “Agosto Dourado” simboliza a luta pelo incentivo à amamentação e tem como marco a “Semana Mundial de Aleitamento Materno”, que acontece entre os dias 1º e 7 de agosto.

Outras opções além da amamentação por parte da mãe/pai/pãe/nãe:

- Bancos de leite ou fórmulas lácteas;
- Amamentação cruzada, quando uma pessoa lactante amamenta a criança de outra pessoa;
- Aleitamento por translactação: técnica na qual se utiliza uma sonda próxima ao mamilo para conduzir o leite humano de um recipiente para a boca do bebê;
- Aleitamento por relactação: técnica similar à translactação, porém nesta técnica se utiliza o leite artificial; e
- A parceria pode também induzir a lactação, compartilhando este cuidado.

É fundamental refletir também sobre o isolamento social e a sobrecarga decorrentes do exercício da parentalidade visto que, além das demandas e obstáculos em criar uma criança em contextos individualistas, patriarcais e capitalistas, a transfobia se materializa até mesmo em estigmas e violências que recaem também sobre a criança.

O exercício da parentalidade trans é ainda colocado em xeque desde as dificuldades impostas na demanda de registrar o bebê até o trânsito por espaços públicos. A inexistência de fraldário em banheiros masculinos ou espaços neutros demonstra as imposições de gênero sobre a parentalidade e se torna um dificultador, não só para pessoas transmasculinas como também para homens cis na partilha deste cuidado.

Para saber mais

Da gestação à parentalidade: relato de uma gestação transmasculina, controle da reprodução humana e o reforço do estigma para população trans - Apollo Arantes. Dôssie especial “Gravidez, aborto e parentalidades nas transmasculinidades”.

V. Decisões não-reprodutivas: prevenção à gravidez e aborto

a) Estado, autonomia e direito ao corpo

Parte dos efeitos da colonização foi a hierarquização do humano e não-humano através da ideia de raça. Desta forma, pessoas negras, indígenas e/ou racializadas eram (e ainda são) colocadas como não humanas, muitas vezes animalizadas e, em consequência, subalternizadas e/ou tuteladas. Atualmente, o que se observa nesse sentido é que algumas pessoas conseguem decidir se querem reproduzir ou não (ficarem grávidas ou abortar), em detrimento de outras são que deslegitimadas nas suas decisões, ou cujos corpos são altamente tutelados. O Brasil tem um histórico de esterilização forçada de pessoas empobrecidas, em sua grande maioria mulheres cis negras, através de laqueaduras não-autorizadas (CRUZ, 2018), assim como de esterilizações forçadas de mulheres cis negras e/ou racializadas em situação de rua, de pessoas com deficiência e, de forma indireta, de pessoas trans (homens e mulheres trans, travestis, pessoas transmasculinas e/ou não-binárias) e intersexuais.

Igualmente, é preciso considerar a força do estigma da biomedicina sobre as questões relacionadas às ISTs em pessoas trans, e sobre a reprodução quando se vive com HIV, visto que pessoas soropositivas são incentivadas a não engravidar ou punidas caso engravidem ou expressem esse desejo.

Decisões não-reprodutivas estão imersas em várias complexidades das estruturas racistas, capacitistas, endo-cis-heteronormativas, gordofóbicas, classistas e etaristas. Dessa forma, é preciso ter em consideração tanto o singular como o coletivo-social na hora de pensarmos esses cuidados, acolhimentos e lutas políticas.

b) Prevenção e cuidados das Infecções Sexualmente Transmissíveis - ISTs

Por conta da transfobia e invisibilidade das pessoas com vulva/vagina, existem poucas pesquisas internacionais e nacionais sobre ISTs e homens trans, pessoas transmasculinas e/ou não-binárias AFAB, o que faz com que as políticas de cuidado sejam ainda construídas a partir de narrativas normativas endo-cis-héteras ou estigmatizadas e estigmatizantes de certas identidades, orientações sexuais e práticas. Também cria barreiras para o uso e o acesso a diferentes formas de prevenção às ISTs, bem como para o tratamento e acompanhamento.

Assim como o resto da população, homens trans, pessoas intersexo, transmasculinas e/ou não-binárias AFAB estão sujeitos a ISTs (infecções sexualmente transmissíveis), como HIV, hepatites, sífilis e HPV.

Sobre as hepatites, estas podem ser prevenidas com vacinas e, assim como mulheres cis, recomenda-se que homens trans, pessoas transmasculinas e/ou não binárias AFAB se vacinem contra o HPV.

Se liga!

Existe risco de transmissão de ISTs por meio da partilha de brinquedos sexuais (packers, prótese peniana, vibradores etc.), que devem ser higienizados e combinados com o uso de preservativo, quando possível. Outros objetos que também apresentam risco de transmissão são aqueles utilizados para fazer ducha higiênica anal (chuca), lâminas de barbear, lâminas de depilar, alicates de unha e seringas para injeção (testosterona ou drogas injetáveis).

Se liga!

Outras formas de prevenção das ISTs são: higienização das mãos, genitália, períneo e região anal antes e depois das relações sexuais; uso de barreiras de látex durante o sexo oral, vaginal e anal; uso de luvas de látex para dedilhado ou "fisting", higienização de vibradores, plugs anais e vaginais e outros acessórios.

Recomenda-se ter os cuidados necessários de limpeza e uso do aparelho de sucção ou "pump", evitando uma pressão excessiva que possa causar algum tipo de lesão. Devem-se ter em consideração essas possíveis lesões na hora do sexo.

Outras ISTs relevantes para a saúde sexual de homens trans, pessoas transmasculinas e/ou não binárias AFAB são: tricomoníase, herpes e infecção por clamídia.

A Prevenção combinada (mandala da prevenção combinada), no Brasil foi introduzida pela sociedade civil em um momento no qual o governo brasileiro resistia a discutir e adotar tecnologias de prevenção alternativas ao preservativo (Ferraz, 2016). O termo foi adotado pelo Governo Federal a partir de 2013. Baseia-se numa visão abrangente e integral, com abordagens de prevenção a partir de três áreas principais: comportamental, biomédica e estrutural.

Para saber mais

Da gestação à parentalidade: relato de uma gestação transmasculina, controle da reprodução humana e o reforço do estigma para população trans - Apollo Arantes. Dôssie especial "Gravidez, aborto e parentalidades nas transmasculinidades".

Se liga!

Atualmente, falamos de ISTs e não de doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) devido à possibilidade de uma pessoa ter e transmitir uma infecção, mesmo sem sinais e sintomas.

Se liga!

Para uma linguagem menos cissexista e mais inclusiva, procure usar “preservativo ou camisinha interna e/ou externa”, ao invés de “preservativo ou camisinha feminina ou masculina”.

HPV

O HPV (papilomavírus humano), é um vírus que infecta a pele ou mucosas (oral, genital ou anal) das pessoas, provocando verrugas anogenitais (na região genital e ânus), e até em áreas extragenitais como conjuntivas e mucosa nasal, oral e laringea, além de estar relacionado ao câncer de colo de útero, colo retal, pênis, vulva e vagina.

Geralmente, as infecções são assintomáticas. Em alguns casos, o HPV pode ficar latente de meses a anos. O diagnóstico é clínico pela presença das lesões.

No caso de pessoas LBT com verrugas anogenitais, é necessária a realização de um exame ginecológico que inclua a citologia cervical para rastreamento do câncer de colo uterino.

Se liga!

O SUS disponibiliza vacinação contra HPV (para crianças/adolescentes cis e trans AFAB, entre 9 e 14 anos de idade) e contra hepatite B (para todes, independentemente da idade, orientação sexual e identidade de gênero, que não tenham hepatite B).

Se liga!

A recomendação do Instituto Nacional do Câncer é que qualquer pessoa que possua útero, independente da identidade de gênero e orientação sexual, que já tenha tido atividade sexual e esteja na faixa etária de 25 a 64 anos, faça o exame preventivo. Inicialmente, o exame deve ser feito anualmente. Após dois exames seguidos (com um intervalo de um ano) apresentando resultado normal, o preventivo pode passar a ser feito a cada três anos.

HIV

O HIV continua sendo uma temática censurada ou carregada de preconceitos, estigma e violência.

Com relação às pessoas trans, a saúde e cuidados das mulheres trans e travestis estão, ainda hoje, fortemente associados ao HIV e às ISTs. Por outro lado, persiste uma ausência da discussão dessas temáticas e cuidados quando se trata de outras pessoas trans, como homens trans, pessoas transmasculinas e/ou não-binárias (Rodriguez, 2019).

A hipervisibilidade dessa temática dentro de alguns grupos e espaços e a invisibilidade dentro de outros não só intensifica os preconceitos e estigmas, mas atrapalha a prevenção e cuidados singulares e coletivos.

Saiba que...

O aleitamento é questão de saúde pública e um direito humano. "Agosto Dourado" simboliza a luta pelo incentivo à amamentação e tem como marco a "Semana Mundial de Aleitamento Materno", que acontece entre os dias 1º e 7 de agosto.

Onde conseguir preservativos e lubrificantes no SUS?

Os preservativos utilizados em vaginas e pênis, bem como os lubrificantes, são distribuídos nos serviços de saúde do SUS, como unidades básicas de saúde, postos de saúde, secretarias de saúde (em especial no setor de prevenção de IST/HIV/Aids), Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) de ISTs e nos Serviços de Atenção Especializada (SAE) em HIV/AIDS. Podem também ser encontrados em centros de referência LGBT, coordenações LGBT e organizações não-governamentais que trabalham com a população LGBT, com prevenção de ISTs e/ou com luta por direitos de pessoas vivendo com HIV.

Rastreamento de ISTs

O rastreamento é a realização de testes diagnósticos em pessoas assintomáticas para estabelecer o diagnóstico precoce (prevenção secundária), com o objetivo de reduzir a morbimortalidade do agravo rastreado.

Recomendação sobre periodicidade dos exames

HIV e sífilis	semestral
Hepatite B e C	semestral a anual
Clamídia e gonococo	depende/de acordo com a prática sexual

Testagem rápida

As estratégias para testagem do HIV têm o objetivo de melhorar a qualidade do diagnóstico da infecção pelo vírus e, ao mesmo tempo, tentar assegurar que esse diagnóstico seja realizado o mais precocemente possível, de forma segura e com rápida conclusão.

Prevenção na gravidez e transmissão vertical

A transmissão vertical de ISTs, HIV e/ou hepatites virais é a infecção da criança que acontece durante a gestação, no parto ou pela amamentação (no caso do HIV). É importante realizar o pré-natal e os testes pois, quanto antes ocorrer o diagnóstico e início do tratamento, menor o risco de transmissão.

Formas de rastreamento

HIV e Sífilis	<ul style="list-style-type: none">• Na primeira consulta do pré-natal (idealmente, no 1º trimestre da gestação);• No início do 3º trimestre (28ª semana);• No momento do parto ou em caso de aborto/natimorto, independentemente de exames anteriores;• Em caso de aborto/natimorto, testar para sífilis, independentemente de exames anteriores.
Clamídia e Gonococo	<ul style="list-style-type: none">• Na primeira consulta do pré-natal (Gestantes ≤ 30 anos)
Hepatite B	<ul style="list-style-type: none">• Na primeira consulta do pré-natal (idealmente, no primeiro trimestre)
Hepatite C	<ul style="list-style-type: none">• Na primeira consulta do pré-natal

Fonte: DCCI/SVS/MS

Se liga!

O vírus zika pode ser transmitido por meio da picada do vetor *Aedes aegypti*, por via sexual e também vertical. A infecção vertical pode causar a síndrome congênita do zika (microcefalia e/ou outras deficiências) no feto.

PrEP e PEP

A Profilaxia Pré-Exposição (PrEP), consiste no uso de antirretrovirais (ARV) orais para reduzir o risco de adquirir a infecção por HIV. Para fazer uso dessa profilaxia, as pessoas devem ter 15 anos ou mais, com peso corporal igual ou superior a 35 kg, sexualmente ativas e que apresentem contextos de risco aumentado de infecção por HIV.

A Profilaxia Pós-Exposição (PEP) ao HIV, hepatites virais, sífilis e outras infecções sexualmente transmissíveis consiste no uso de medicamentos para reduzir o risco de adquirir essas infecções.

A PEP ao HIV deve ser iniciada o mais precocemente possível, tendo como limite as 72 horas subsequentes à exposição, e é indicada apenas para as pessoas com exame de HIV negativo ou não reagente. Esse exame se faz por meio de testes rápidos na hora do acolhimento/atendimento.

Sobre a relação entre hormonização com testosterona e o uso da PrEP, PEP, e do tratamento com os ARV: inicialmente acredita-se que não há prejuízo no seu uso. De toda forma, ainda são necessárias pesquisas sobre essa questão. Em pessoas que vivem com HIV e fazem uso concomitante de testosterona, sabe-se que não há interação medicamentosa prejudicial (Brasil, 2018).

Saiba que...

Segundo a Human Rights Campaign Foundation (HRC), devem ser feitas mais pesquisas para determinar o efeito, se tiver, que a PrEP possa ter nas pessoas trans que fazem hormonização.

Saiba que...

PEP para HIV está disponível no Sistema Único de Saúde (SUS) desde 1999. Atualmente, faz parte das estratégias da Prevenção Combinada.

Para saber mais

Acessar o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis - IST

https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/pcdts/2022/ist/pcdt-ist-2022_isbn-1.pdf/view.



Se liga!

As pessoas em situação de violência devem ser acolhidas e informadas sobre os procedimentos terapêuticos a serem realizados: atendimento clínico-laboratorial, psicológico e social imediato; profilaxia do HIV, das ISTs não virais e da gravidez; vacinação e imunização passiva para HBV (vírus da hepatite b); testagem para sífilis, HIV, hepatites virais B e C, clamídia e gonorreia; agendamento de retorno para acompanhamento, entre outros (Fonte: Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis - IST).

c) Aborto legal, seguro e gratuito para todes

Quais são as pessoas incluídas ou excluídas nas reivindicações pelo direito ao aborto e quais vidas são refletidas nessas demandas?

Pelo vínculo do aborto e de outras vivências, tais como a menstruação, a uma matriz binária e cissexista de inteligibilidade do sexo/gênero (Butler, 2006), ficam invisibilizadas outras pessoas/narrativas que possam estar vivenciando esses eventos e que se vejam em situações de discriminação, violência, precariedade, entre outras.

Os espaços institucionais de saúde muitas vezes são hostis para com os homens trans, pessoas transmasculinas e/ou não binários AFAB, ainda mais espaços que são constituídos de forma binária e rígida como os serviços de aborto legal.

No Brasil, o aborto é permitido por lei em três situações: gravidez decorrente de estupro, anencefalia fetal e risco de vida para a pessoa gestante. Homens trans, pessoas transmasculinas e/ou não binários e/ou intersexuais AFAB também podem procurar serviços de aborto legal perante algum desses permissivos.

A rede de atendimento a pessoas vítimas de violência sexual, que inclui as equipes de saúde das unidades básicas de saúde e os serviços de aborto legal, devem levar em consideração as demandas e discussões em relação às pessoas trans e não-binárias. No entanto, em alguns casos, os espaços de atendimento excluem explicitamente as pessoas trans e não-binárias.

Pesquisa realizada na Colômbia sobre acesso ao aborto legal de homens trans e pessoas não-binárias (Asociación Profamilia e ATAC, 2020) reflete que essas pessoas sentem a necessidade de fazer cisplay para serem atendidas e evitarem outras violências, considerando já estarem em um momento de extrema vulnerabilidade quando o aborto, por si só, já se trata de um evento atrelado a vários estigmas.

O aborto trans (para homens trans, pessoas transmasculinas e/ou não binários e/ou intersexuais AFAB) é uma questão de justiça reprodutiva, por ser uma questão de justiça social e pela sua interseção entre saúde, gênero, sexualidade e autonomia corporal.

Se liga!

A hormonização com testosterona não é um método contraceptivo, portanto a pessoa pode ficar grávida e deve procurar formas de cuidado contraceptivo quando não se quer engravidar.

Saiba que...

Profissionais de saúde devem conversar sobre fertilidade e hormonização. Existem poucos estudos sobre infertilidade e uso de testosterona - alguns mostram que é reversível, caso houver. Porém, deveria ser direito de toda pessoa trans poder realizar o criocongelamento de seus gametas.

Para saber mais

Gravidez, Aborto e Parentalidade nas Transmasculinidades: um estudo de caso das políticas, práticas e experiências discursivas - Algarte da Silva, Fabian, e Cello Latini Pfeil. *Revista Brasileira de Estudos da Homocultura* 6 (19):7-31. 2023.

d) Aborto por procedimento e medicamentoso

Há, duas formas para a realização do aborto induzido: por procedimento ou por medicamentos. Ambas são praticadas no sistema de saúde brasileiro. O aborto por procedimento pode ser realizado pelos seguintes métodos: aspiração a vácuo manual - Aspiração Manual Intrauterina (AMIU) ou aspiração elétrica - e dilatação e evacuação (D&E). Existe também a dilatação e curetagem (D&C), porém a curetagem é método ultrapassado de aborto (OMS, 2012), que deveria ser amplamente substituído pelo aborto por aspiração ou manejo medicamentoso.

A AMIU é um método seguro de aborto, e pode ser utilizado até 12-14 semanas de gestação, a depender do treinamento/formação e disponibilidade de equipamentos.

A D&E é usada após 12-14 semanas de gestação. É também uma opção terapêutica segura e eficaz quando executada por pessoa capacitada que consiste em dilatar o colo do útero e esvaziar o conteúdo do útero (evacuação), usando aspiração a vácuo e pinças cirúrgicas. Já o aborto medicamentoso é realizado com a utilização de dois medicamentos: misoprostol e mifepristona ou com o misoprostol apenas.

Saiba que...

No Brasil, o Misoprostol é regulamentado pela Portaria 344 de 1998 da Anvisa e está na Lista C1 de medicamentos de controle especial. Isso significa que ele tem sua compra e uso restritos a estabelecimentos hospitalares cadastrados. Porém, recentemente, a RDC 812 de 2023 permite a entrega remota de medicamentos sujeitos a controle especial da Portaria 344. Dado o Código Penal de 1940, art. 128, aborto não é crime se praticado por médico e dentro dos permissivos legais. Assim, somente profissional médico pode prescrever legalmente o misoprostol para indução de aborto no Brasil.

Se liga!

As diretrizes das OMS de 2022 não recomendam a dilatação e curetagem (D&C), sendo um procedimento que causa dor e sofrimento, e nesse sentido incompatível com vários direitos humanos, inclusive o direito à saúde. No Brasil, o Ministério da Saúde, em 2023, reconheceu a curetagem como método ultrapassado e não recomendado há mais de 10 anos e a necessidade de substituição por técnicas de aspiração manual ou elétrica ou pelo tratamento medicamentoso (NOTA TÉCNICA CONJUNTA Nº 37/2023-SAPS/SAES/MS).

e) Medicamentos utilizados

Misoprostol

O misoprostol é uma prostaglandina sintética. Os efeitos uterotônicos são causados pela ligação da prostaglandina às células musculares lisas do revestimento uterino; daí derivam suas propriedades abortivas, bem como sua capacidade de promover contrações uterinas e a maturação cervical. Faz parte da lista de medicamentos essenciais da OMS e RENAME (Relação Nacional de Medicamentos Essenciais). O misoprostol também é indicado para hemorragia pós-parto, aborto espontâneo, aborto incompleto, preparação de colo de útero e tratamento de úlceras gástricas.

Mifepristona

A mifepristona é um esteróide sintético. Um dos seus mecanismos de ação é o bloqueio da progesterona ligando-se competitivamente ao seu receptor intracelular. No caso do aborto, a mifepristona atua interrompendo a progesterona, o que faz com que não ocorra o desenvolvimento do embrião e interrompa o processo da gravidez. A progesterona é o principal hormônio na preparação do endométrio para a implantação do óvulo fertilizado, além de sensibilizar o corpo para os efeitos das prostaglandinas, aumentando sua síntese e diminuindo seu metabolismo. Mifepristona faz parte da lista de medicamentos essenciais da OMS.

Saiba que...

Para além do mifepristona e do misoprostol, a OMS indica a possibilidade de uso do letrozol. O letrozol é um inibidor da enzima aromatase, que é responsável pela conversão de andrógenos em estrogênios. Dessa forma, tem uma ação antiestrogênica que tem demonstrado ser útil no pré-tratamento para a interrupção da gravidez em combinação com o misoprostol. Ainda estão sendo feitas pesquisas sobre sua segurança e efetividade sobretudo em idades gestacionais avançadas, em comparação com o regime combinado mife+miso.

A OMS nas suas diretrizes sobre cuidados no aborto de 2022 aponta que “o regime de combinação sugerido de letrozol e misoprostol pode ser seguro e eficaz até às 14 semanas de gestação” (p.11). No Brasil, este medicamento é usado para tratamento de pessoas com câncer de mama na pós-menopausa.

Contraindicações e precauções para o aborto com medicamentos

	REGIME COMBINADO MIFEPRISTONA E MISOPROSTOL (MISO+MIFE)	REGIME SOMENTE COM MISOPROSTOL
Contraindicações	<ul style="list-style-type: none"> • Histórico de reação alérgica à mifepristona ou ao misoprostol • Suspeita ou confirmação de gravidez ectópica • Porfíria hereditária • Insuficiência supra-adrenal crônica 	<ul style="list-style-type: none"> • Histórico de reação alérgica ao misoprostol • Suspeita ou confirmação de gravidez ectópica
Precauções	<ul style="list-style-type: none"> • Dispositivo intrauterino (DIU) inserido • Problemas de saúde graves ou instáveis, como distúrbios hemorrágicos, doenças cardíacas, anemia grave, etc • Asma grave não controlada ou terapia prolongada com corticosteróides 	<ul style="list-style-type: none"> • DIU inserido • Problemas de saúde graves ou instáveis, como distúrbios hemorrágicos, doenças cardíacas, anemia grave, etc.

Interferência com a medicação

Não há estudos que contraindiquem o uso de misoprostol e/ou mifepristona em pessoas que estejam fazendo hormonização com testosterona.

f) Aborto autogestionado

O aborto autogestionado é a realização do aborto com medicamento (misoprostol e mifepristona ou só misoprostol), sem a supervisão direta de uma pessoa profissional e/ou instituição de saúde.

Saiba que...

As últimas Diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2022) incluíram entre suas recomendações o aborto autogestionado e o atendimento ao aborto via telessaúde.

Um modelo emergente de aborto fora das instituições de saúde é o do acompanhamento do aborto, no qual pessoas voluntárias fornecem informações com base em pesquisas, recomendações de autoridades de saúde e instituições internacionais (protocolos, diretrizes etc), saberes ancestrais locais e sistematização das experiências de acompanhamentos. Baseiam-se, ainda, na partilha entre coletivas/grupas de diferentes partes da América Latina e Caribe, bem como de outros locais do Norte e do Sul global. O modelo de acompanhamento oferece também apoio físico e emocional, e atendimento centrado na pessoa durante todo o processo de aborto autônomo com medicamentos.

Na América Latina e Caribe existem diversas coletivas/grupas que fazem acompanhamento dos abortos, como: Socorristas en Red (Argentina); Con las amigas y en la casa (Chile); Las Comadres (Equador); Las Parceras (Colômbia); Las Kumpas (Antofagasta, Chile); Fondo Maria (México), entre outras tantas.

O aborto com medicamentos é seguro e efetivo, inclusive de maneira autogestionada. Algumas recomendações sobre o aborto autogestionado são:

- Ter acesso a informações sobre como usar os comprimidos, o que esperar e sinais de alerta de possíveis complicações;
- Ter acesso a medicamentos de qualidade, inclusive para manejo da dor;
- Não ter razões médicas para não usar os comprimidos (ver tabela);
- Ter acesso a serviços de saúde emergenciais, caso precisem deles.

Se liga!

Descriminalizar e desestigmatizar o aborto de forma judicial e social é de extrema importância para uma melhor qualidade de vida física e psíquica de quem procura informações sobre o aborto e/ou de quem deseja realizá-lo.

Se liga!

Até o momento não existe qualquer tipo de evidência que recomende que os homens trans, pessoas transmasculinas e/ou não binários e/ou intersexuais AFAB precisem interromper a hormonização para fazer o aborto com medicamentos.

VI. Boas práticas, políticas e leis que nos inspiram

a) Algumas pistas para transviar a saúde

Muitos termos utilizados na medicina e pelo senso comum são imprecisos e/ou inadequados. Repensá-los é imprescindível para contrapor a produção de conhecimentos hegemônicos e evitar as próprias contradições e violências geradas por termos que invisibilizam corpos e experiências diversas.

Algumas possibilidades de alterações dos termos:

- “Sistema sexual feminino” por “sistema sexual ovariano-uterino” e “Sistema vulvo-vaginal”;
- “Sistema sexual masculino” por “sistema sexual testicular”;
- “Camisinha feminina” por “camisinha interna”;
- “Mortalidade materna” por “mortalidade no ciclo gravídico-puerperal”;
- “Leite materno” por “leite humano”;
- “Maternidade” por “hospital de parto e nascimento”.

É fundamental naturalizar a possibilidade de sexualidades e gêneros dissidentes na abordagem e nas perguntas feitas em atendimentos em saúde, bem como a possibilidade de parcerias não-exclusivas/não-monogâmicas e a ausência da prática do ato sexual, se pretendemos questionar estruturas sociais hegemônicas como a endo-cis-heteronormatividade. Por exemplo, ao invés de perguntar “você tem namorado?”, peça “me conte um pouco sobre sua prática relacional e sexual nos últimos meses”.

O investimento na produção de pesquisas e dados acerca das vivências em saúde sexual e (não) reprodutiva que atravessam mulheres cis lés/bi/pansexuais e pessoas transvestigêneres e intersexuais é condição fundamental para que se possa reivindicar políticas públicas e acesso à saúde integral.

Profissionais de saúde têm o dever de acolher públicos diversos adequadamente. Portanto, a qualificação continuada e o letramento sobre gênero e sexualidade são um direito tanto para profissionais da saúde como para a comunidade em geral.

Dicas para o cuidado em saúde:

- Reconhecer a existência de políticas e leis relacionadas à saúde LBT;
- Educação sexual nas escolas;
- Tratar a gravidez de pessoas LBTs como uma possibilidade cotidiana e natural;
- Tratar o aborto como evento comum no ciclo reprodutivo de pessoas com vulva;
- Romper os estigmas que perpassam os cuidados em saúde.

b) Pistas para a produção em comunicação:

- Termos como “pessoas que menstruam” ou “pessoas que gestam” evitam o apagamento no acesso a direitos sexuais e reprodutivos. Quando se aborda a identidade política como “mulheres cis”, é importante dar visibilidade à identidade de pessoas transmasculinas, homens trans e pessoas não-binárias AFAB;
- Apresentar elementos visuais e narrativos que explorem a diversidade de corporalidades nas esferas dos direitos sexuais e (não) reprodutivos, da constituição de família e de parentalidades;
- Enfrentar a desinformação, informações estigmatizantes e *fake news*;
- Difundir informações de qualidade sobre direitos sexuais e direitos (não) reprodutivos para dissidências políticas, sexuais e de gênero. A comunicação popular é uma ótima estratégia para comunicar sobre e com todas as pessoas.

Dicas quanto ao uso de pronomes:

- É preciso saber e reconhecer que, intencionalmente ou não, equivocar-se de gênero tem um impacto negativo sobre as pessoas trans e equivocar-se de gênero de forma persistente é um ato de transfobia;
- Usar o nome ou sobrenome da pessoa ou “essa pessoa”, caso não se saiba os pronomes que a pessoa usa, até que os conheça;
- Respeitar o fato de uma pessoa usar pronomes diferentes em ambientes diferentes. Alguém pode compartilhar que usa certos pronomes no privado e outros no trabalho, ou com a família;
- Evitar presumir o pronome de alguém com base em aparência física, corpo sexuado, expressão de gênero ou qualquer outro fator;
- Praticar (treinar) o uso de pronomes que sejam novos, caso eles pareçam gramatical ou linguisticamente difíceis.

c) Políticas públicas e leis

2001 - Criação do Conselho Nacional de Combate à Discriminação.

2002 - 2º Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH II) - governo federal lança versão na qual há um capítulo específico sobre a população LGBT. No primeiro Plano Nacional de Direitos Humanos (PNDH I), criado em 1996, só se fazia referência aos “homossexuais”, na segunda versão já se fala em lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais. No PNDH II existe a proposta de regulamentar a cirurgia de transexualização e a alteração no registro civil para os casos de transexualidade, algo que só se formalizou em 2008.

2004 - Brasil sem homofobia - programa de combate à violência e à discriminação contra GLBT. Teve como objetivo “promover a cidadania de gays, lésbicas, travestis, transgêneros e bissexuais, a partir da equiparação de direitos e do combate à violência e à discriminação homofóbicas, respeitando a especificidade de cada um desses grupos populacionais”.

2007 - Carta dos Direitos dos Usuários do SUS - em seu terceiro princípio, a carta introduz sobre o campo para preenchimento de nome social nos documentos de identificação do sistema de saúde (cartão do SUS), vetando o uso de formas desrespeitosas e preconceituosas no atendimento.

2008 - I Conferência Nacional de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais - o evento deu origem, em 2009, ao Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais.

2008 - Versão preliminar da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT) - a política é lançada, vindo a ser aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) no ano seguinte e instituída no SUS pela Portaria Nº 2.836 em 2011.

2008 - Processo Transexualizador - foi instituído o programa que permitiu o acesso a procedimentos como hormonização, cirurgias de modificação corporal e genital, assim como acompanhamento multiprofissional. Em 2013, foi redefinido e ampliado pela Portaria 2803/2013, passando a incorporar homens trans e travestis como pessoas usuárias do processo transexualizador do SUS.

2009 - Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais - PNCDH - LGBT.

2009 - 3º Plano Nacional de Direitos Humanos (PNDH III) - estabeleceu a meta de criar “ações de promoção da cidadania e direitos humanos das Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, com foco na prevenção à violência, garantindo redes de acesso integradas de assistência”.

2009 - Garantia do nome social no SUS - através da Portaria nº 1.820/2009, que descreve que o usuário deve ser identificado

[..] pelo nome e sobrenome civil, devendo existir em todo documento do usuário e usuária um campo para se registrar o nome social, independente do registro civil sendo assegurado o uso do nome de preferência, não podendo ser identificado por número, nome ou código da doença ou outras formas desrespeitosas ou preconceituosas.

2013 - Sistema Nacional de Promoção de Direitos e enfrentamento à violência contra LGBT.

2018 - Resolução do Conselho Federal de Psicologia sobre pessoas LGBTs - recomenda os cuidados que considerem o acolhimento e não discriminação, assim como são proibidas no país as terapias de reorientação sexual e/ou de gênero ou qualquer tipo de cuidado que considere as identidades trans como doença (Resolução nº 01/2018 do CFP).

2018 - Garantia do nome social nas escolas - Conselho Nacional de Educação, através da Resolução CNE/CP nº 1, de 19 de janeiro de 2018, define o uso do nome social de travestis e transexuais nos registros escolares.

2019 - Conselho Federal de Medicina dispõe sobre cuidado à pessoa transgênera:

Resolução 2265/2019 do CFM estabelece:

- Uso da nomenclatura “incongruência de gênero”, nos termos da atualização da CID feita pela OMS em junho de 2018;
- O Projeto Terapêutica Singular (PTS); que servirá para elaborar o conjunto de propostas terapêuticas articuladas para a pessoa usuária, deve ser objeto de discussão coletiva da equipe multiprofissional e interdisciplinar com participação de cada indivíduo e de seus responsáveis legais;
- Para crianças e adolescentes na pré-puberdade: previsão somente do acolhimento e do acompanhamento por equipe multiprofissional e interdisciplinar;
- Para crianças e adolescentes em puberdade: previsão da possibilidade de bloqueio hormonal que consiste na interrupção da produção de hormônios sexuais, impedindo o desenvolvimento de caracteres sexuais secundários do sexo biológico. Prática condicionada à anuência da equipe multiprofissional e do responsável legal do paciente;
- Para adolescentes a partir dos 16 anos: previsão da possibilidade da hormonoterapia cruzada que é a reposição hormonal. Prática condicionada à anuência da equipe multiprofissional e do responsável legal do paciente;
- Previsão de realização de procedimento cirúrgico somente a partir dos 18 anos e com acompanhamento prévio mínimo de 01 ano por equipe multiprofissional e interdisciplinar;
- A cirurgia de metoidoplastia para homens trans/transmasculines deixa de ter caráter experimental.

2021 - Nova norma de reprodução assistida do CFM - amplia o entendimento de quem pode utilizar as técnicas:

II - PACIENTES DAS TÉCNICAS DE RA

1. Todas as pessoas capazes que tenham solicitado o procedimento e cuja indicação não se afaste dos limites desta resolução podem ser receptoras das técnicas de RA, desde que os participantes estejam de inteiro acordo e devidamente esclarecidos, conforme legislação vigente.
2. É permitido o uso das técnicas de RA para heterossexuais, homoafetivos e transgêneros.
3. É permitida a gestação compartilhada em união homoafetiva feminina. Considera-se gestação compartilhada a situação em que o embrião obtido a partir da fecundação do(s) oócito(s) de uma mulher é transferido para o útero de sua parceira.

2022 - CFM Modifica novamente o regulamento de reprodução assistida - o Conselho retrocede, eliminando as pessoas trans do documento e como possíveis pessoas usuárias. (<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2022/2320>).



II - PACIENTES DAS TÉCNICAS DE REPRODUÇÃO ASSISTIDA

1. Todas as pessoas capazes que tenham solicitado o procedimento e cuja indicação não se afaste dos limites desta resolução podem ser receptoras das técnicas de reprodução assistida, desde que os participantes estejam de inteiro acordo e devidamente esclarecidos, conforme legislação vigente.
2. É permitida a gestação compartilhada em união homoafetiva feminina. Considera-se gestação compartilhada a situação em que o embrião obtido a partir da fecundação do(s) oócito(s) de uma mulher é transferido para o útero de sua parceira.

quando a gente para pra pensar
devia ser muito mais simples abortar
o que pega nem é quanto ao que é o aborto
em si
como se fosse complicado e inseguro
porque não é, na real é mais seguro que o
parto
o que pega é a mesma hipocrisia de sempre
o mesmo controle sobre nossos corpos

corpos negros
mulheres
transvestigêneres
indígenas
gordos
corpos com deficiência
periféricos
nós apesar de tudo ainda estamos aqui
e abortamos

aborto
aborto espontâneo
aborto provocado
nenhum deles deve ser criminalizado
aborto é natural, mesmo quando provocado
aborto é seguro, só não é quando
criminalizado
aborto feminista
aborto medicamentoso
aborto terapêutico


aborto pode ser uma realidade
pra todo mundo que tem útero
ou que se relaciona com quem tem

aborto é comum, não é palavrão
justiça reprodutiva é pra ter autonomia
com educação sexual pra gente se prevenir
e acesso a preservativo e estratégias
seguras
informadas e dialogadas, sem pressão, nem
discriminação
por quem se acha doutor
e se sente no direito de nos invadir
com achismo e opinião
sem fundamento e chei de fundamentalismo
cristão

a nossa escolha deve se fazer valer
sem hipocrisia
sem noias
sem padrões que não são nossos
sem regras que nunca concordamos

nossas vontades são outras
nossos gostos e sabores são outros
gozamos
e sexo pra gente, olha que choque,
não é só pra reprodução

se engravidar e a vontade não for de gestar
o aborto de forma descomplicada tem que
rolar
enquanto não for direito garantido, a gente
cria brecha
é assim a nossa revolução
gestação só pela escolha



de quem vai ter a criança depois pra
sustentar e cuidar
política pública sobre reprodução
é muito mais que essa imposição
de que mulher tem que engravidar
e nós que temos útero mas não somos
mulheres,
não pode por qual razão?!

justiça reprodutiva é pra ter autonomia
e isso não é papo só de mulher cis não
transmasculines
homens trans
não-binários
boycetas
também temos voz nessa discussão
e o direito também é nosso de ter opinião
de abortar
de engravidar
tendo peito ou não
tendo barba ou não
sendo hormonizado
ou mastectomizado

como diz paul preciado
"seguimos inventando novas tecnologias de
produção de vida e subjetividade"
e abortamos
assim como transamos
gestamos
parimos
e gozamos

raiz de cactos

VII. Referências e inspirações

ANGONESE, Mônica; Lago, MARA Coelho de Souza. Direitos e saúde reprodutiva para a população de travestis e transexuais: abjeção e esterilidade simbólica Saúde e Sociedade. Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. Associação Paulista de Saúde Pública, vol. 26, núm. 1, p. 256-270. 2017.

Asociación Profamilia y ATAC. Acceso al aborto seguro para hombres trans y personas no binarias: un estudio exploratorio en Colombia. Asociación Profamilia: Bogotá D.C. 2020.

AUTRY, Blake; WADHWA, Roopma. Mifepristone. 2022. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557612/>.

BONASSI, Brune Camillo. Multiplicidade ontológica legal: alguns entraves na garantia de direitos fundamentais para pessoas não-binárias. In Morgado, Morgan(org.). A primavera não-binária: O protagonismo trans não-binária no fazer científico. Florianópolis: Rocha Gráfica e Editora, 61-76, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis – IST [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. – Brasília : Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRITZMAN, Deborah. Curiosidade, sexualidade e currículo. In: LOURO, Guacira Lopes. O corpo educado. Pedagogias da sexualidade. Belo Horizonte: Autêntica, 2000.

CRUZ, Eliana Alves. 'o Caso Janaína me lembrou que o Brasil já fez esterilização em Massa – Com Apoio Dos EUA. 2018. Disponível em: <https://www.intercept.com.br/2018/07/18/laqueaduras-esterilizacao-forcada-mulheres/>

DAVIS, Dána-Ain. Reproductive injustice: racism, pregnancy, and premature birth. New York: New York University Press. 251 p. 2019.

DE JESUS, Jaqueline Gomes. Feminismo e identidade de gênero: elementos para a construção da teoria transfeminista. Anais do Fazendo Gênero, v. 10, p. 1-10, 2013.

FELIPE, Mariana Gonçalves; TAMANINI, Marlene. Inseminação caseira e a construção de projetos lesboparentais no Brasil. Revista Nanduty, v. 8, n. 12, p. 18-44, 2020.

FERRAZ, Dulce Aurélio de Souza. Prevenção combinada baseada nos direitos humanos: por uma ampliação dos significados e da ação no Brasil. Boletim ABIA, Rio de Janeiro, n. 61, p. 9-12, 2016.

HRC. Human Rights Campaign Foundation. Las Personas Transgénero y el VIH: Lo Que Sabemos. Disponível em: <https://www.hrw.org/es/news/2019/03/19/japon-la-esterilizacion-forzada-de-las-personas-transgenero>

- HRW. Human Rights Watch. Japón: la esterilización forzada de las personas transgénero. 2019. Disponível em: <https://www.hrc.org/resources/las-personas-transgenero-y-el-vih-lo-que-sabemos>
- IPAS. Contraindicaciones y precauciones para el aborto con medicamentos. 2022. Disponível em: <https://www.ipas.org/clinical-update/spanish/recomendaciones-generales/contraindicaciones-y-precauciones-para-el-aborto-con-medicamentos/>
- KRUGH, Marissa; MAANI, Christopher. Misoprostol. 2023. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK539873/>.
- NERY, João W. Viagem solitária: memórias de um transexual 30 anos depois. Leya, 2012.
- OMS. Diretriz sobre cuidados no aborto: resumo [Abortion care guideline: executive summary]. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2022.
- OMS. Organização Mundial da Saúde. Safe abortion: technical and policy guidance for health systems – 2nd ed. Geneva: WHO, 2012.
- PEREIRA, Danilo Martins Roque et al. Evidência científica sobre experiências de homens transexuais grávidos. *Texto & Contexto-Enfermagem*, v. 31, p. e20210347, 2022.
- PFEIL, Cello Latini et al. Gravidez, Aborto e Parentalidade nas Transmasculinidades: um estudo de caso das políticas, práticas e experiências discursivas. *Revista Brasileira de Estudos de Homocultura (Rebeh)*, [s. l.], v. 6, n. 19, p. 7-31, abr. 2023.
- PRECIADO, Paul B. Transfeminismo. *Série pandemia*, edição n-1, 2018.
- RODRIGUEZ, Ale Mujica. Cartografias de cuidados à saúde trans na Atenção Primária do município de Florianópolis, 2017 - 2018. 2019. 145p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2019.
- ROSS, Loretta et al. *Undivided rights: Women of color organizing for reproductive justice*. Haymarket Books, 2016.
- VICENTE, Guilherme Calixto. Direitos sexuais e reprodutivos de homens trans, boycetas e não-binários: uma luta por reconhecimento e redistribuição de saúde. Escola de Administração Pública, 2020.
- VICENTE, Guilherme Calixto; BRANDI, Caru Costa. Direitos reprodutivos e sexuais em foco: Experiências de boycetas em atendimento ginecológico. *Cadernos de Gênero e Diversidade*, v. 7, n. 3, p. 229-245, 2021.

LOGO DAS ORGANIZAÇÕES E APOIO:



