

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA

Gabriel Marttin

**Transmasculinidades e o colapso no (cis)tema de saúde: dilemas emergentes no campo
da saúde sexual e reprodutiva
-barreiras, estratégias e transfobia obstétrica-**

Dissertação apresentada ao programa de
Pós-Graduação em Saúde Pública para obtenção
do título de Mestre em Ciências.

Área de concentração: Saúde Pública

Orientador: Prof. Dr. Diego Madi Dias

São Paulo
2024

Gabriel Marttin

**Transmasculinidades e o colapso no (cis)tema de saúde: dilemas emergentes no campo
da saúde sexual e reprodutiva
-barreiras, estratégias e transfobia obstétrica-**

versão revisada

Dissertação apresentada ao programa de
Pós-Graduação em Saúde Pública para obtenção
do título de Mestre em Ciências.

Área de concentração: Saúde Pública

Orientador: Prof. Dr. Diego Madi Dias

**São Paulo
2024**

FRANÇA, G. M. **Transmasculinidades e o colapso no (cis)tema de saúde: dilemas emergentes no campo da saúde sexual e reprodutiva -barreiras, estratégias e transfobia obstétrica-**, 2024. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

Aprovado em: 18 de março de 2024

Banca examinadora

Prof. Dr.: Profº Drº Diego Madi Dias
Instituição: Faculdade de Saúde Pública - FSP USP
Julgamento: Aprovado.

Prof. Dra.: Profª Drª Jacqueline Isaac Machado Brigagão
Instituição: Escola de Artes Ciências e Humanidades - EACH USP
Julgamento: Aprovado.

Prof. Dra.: Profº Drº Sereno Sofia Gonçalves Repolês
Instituição: Centro Universitário São Camilo - CUSC
Julgamento: Aprovado.

AGRADECIMENTOS

Agradeço imensamente

À Diva Cristina, mulher intrépida, que em um mundo de homens me mostrou o que realmente é ser forte, me ensinou o valor de ser brisa e a importância de ser tempestade. Foi ela que me ensinou que tudo passa.

Obrigado, mãe.

Ao meu companheiro e melhor amigo Felipe Leonardo por ser ombro amigo, recanto de acolhimento, afeto e boas risadas.

Às minhas amigas e aos meus amigos que também são a minha família.

Ao meu orientador, que me possibilitou esta jornada de aprendizado e evolução e esteve a todos ouvidos em momentos delicados deste processo.

Aos interlocutores desta pesquisa que dedicaram seu tempo, abriram-se e confiaram a mim narrativas nem sempre fáceis de serem contadas, a vocês, a minha sincera gratidão

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001

Agradeço pelo subsídio que me deu segurança durante esse processo.

Resumo

FRANÇA, G. M. **Transmasculinidades e o colapso no (cis)tema de saúde: dilemas emergentes no campo da saúde sexual e reprodutiva -barreiras, estratégias e transfobia obstétrica-**, 2024. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2024.

Historicamente construído sob os preceitos da matriz (cis)heteronormativa, o campo da saúde -em especial a saúde sexual e reprodutiva- atua sob paradigmas em torno da noção de convergência entre corpo, sexo, gênero e desejo. Isso produz diferenças e desigualdades, excluindo as transmasculinidades da possibilidade de assistência integral à saúde. Este estudo, exploratório e qualitativo, utilizou-se da técnica de entrevistas semi-estruturadas realizadas com dois homens trans e um transmasculino. O objetivo foi identificar, no relato dos interlocutores, as principais barreiras no acesso aos serviços de saúde especializados em saúde sexual e reprodutiva, os principais incômodos perante a assistência, e quais as estratégias construídas por eles para a fuga da transfobia institucional e busca por informação e cuidado. Da análise dessas narrativas, surgiram quatro eixos principais de análise: 1- (Cis)heteronormatividade estrutural e as barreiras institucionais no acesso a serviços de saúde sexual e reprodutiva; 2- Defasagem e invisibilização: heterossexualidade compulsória e os desafios na atenção à saúde sexual e reprodutiva de homens trans e pessoas transmasculinas; 3- (Auto)Cuidado em redes: resistência à transfobia e as estratégias transmasculinas na busca por autonomia no processo de cuidado; 4- Transfobia obstétrica: a violência no ciclo gravídico-puerperal de um Boyceta. Esses eixos mostram que os efeitos da (cis)heteronormatividade no campo da saúde vulnerabilizam as identidades transmasculinas, seja na produção de barreiras que impedem o acesso aos serviços de saúde ou nos consultórios de atendimento com profissionais pouco habilitados para lidar com as demandas em saúde sexual e reprodutiva desses grupos. Em decorrência disso, as transmasculinidades elaboram estratégias de comunicação e acolhimento em redes para obter informações e orientações coerentes com o seu contexto de vida. Por fim, um eixo de análise que trata da violência obstétrica interseccionada à transfobia aborda o período gravídico-puerperal de um transmasculino como o auge do colapso no campo da saúde sexual e reprodutiva, resultante da gestação deslocada da experiência cisgênera feminina, dando ênfase à necessidade de se repensar os paradigmas que guiam este campo.

Palavras-chave: Saúde Sexual e Reprodutiva, Transmasculinidades, Heteronormatividade, Transfobia, Violência Obstétrica

Abstract

FRANÇA, G. M. **Transmasculinities and the breakdown in the (cis)tem of health:** emerging dilemmas in the field of sexual and reproductive health - barriers, strategies, and obstetric transphobia, 2024. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2024.

Historically constructed under the precepts of the (cis)heteronormative matrix, the field of health, especially sexual and reproductive health, operates under paradigms around the notion of convergence between body-sex-gender-desire, producing differences and inequalities and excluding transmasculinities from the possibility of comprehensive health care. This exploratory qualitative study utilized semi-structured interviews with two trans men and one transmasculine individual (boyceta) to identify, in the participants' accounts, the main barriers to access specialized sexual and reproductive health services, their primary concerns during assistance, and the strategies they developed to escape institutional transphobia and seek information and care. From the analysis of these narratives, four main categories of analysis emerged: 1- Structural (cis)heteronormativity and institutional barriers in accessing sexual and reproductive health services; 2- Deficiency and invisibilization: compulsory heterosexuality and challenges in the attention to sexual and reproductive health of trans men and transmasculine individuals; 3- (Self)Care in networks: resistance to transphobia and transmasculine strategies in seeking autonomy in the care process; 4- Obstetric transphobia: violence in the gravid-puerperal cycle of a Boyceta. The analysis categories show that the effects of (cis)heteronormativity in the health field make transmasculine identities vulnerable, either in the creation of barriers that hinder access to health services or in consultation rooms with professionals ill-equipped to deal with the sexual and reproductive health demands of these groups. As a result, transmasculinities develop communication and support strategies within intergenerational networks to obtain information that is coherent with their life context. Finally, a category addressing obstetric violence intersected with transphobia discusses the gravid-puerperal period of a transmasculine individual as the peak of collapse in the sexual and reproductive health field resulting from gestation detached from the cisgender experience, signaling the need to rethink the paradigms guiding this field.

Keywords: Reproductive Health, Transmasculinities, Gender norms, Transphobia, Obstetric Violence.

“A inexistente existência como homem trans é ao mesmo tempo o clímax do antigo regime sexual e o princípio do seu colapso, o fim de uma progressão normativa e o começo de uma proliferação futura” (PRECIADO, 2019, p. 27)

Lista de Abreviaturas e Siglas

APS - Atenção Primária à Saúde

CID - Código Internacional de Doenças

CNS - Conferência Nacional de Saúde

DSM - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

HSH - Homens que fazem Sexo com outros Homens

IBRAT - Instituto Brasileiro de Transmasculinidades

IST - Infecção Sexualmente Transmissível

LGBTIA+ - Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais, Intersexos, Assexuais e demais variantes identitárias.

MOVIHT - Movimento Independente de Homens trans e Transmasculinos

MS - Ministério da Saúde

ODS - Objetivos para o Desenvolvimento Sustentável

OMS - Organização Mundial da Saúde

PAISM - Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher

PNSILGBT - Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transexuais

ReHuNa - Rede para a Humanização do Parto e Nascimento

SSR - Saúde Sexual e Reprodutiva

SUS - Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	11
1.1 Transmasculinidades: novas experiências no espectro das masculinidades....	11
1.2 Atenção integral à saúde das pessoas transmasculinas.....	18
2. O <i>HABITUS</i> (CIS)HETERONORMATIVO NA ERA FARMACOPORNÓGRAFICA: UMA REFLEXÃO SOBRE A PRODUÇÃO DA DIFERENÇA A PARTIR DA NORMA.....	21
3. NA LINHA DO TEMPO DAS POLÍTICAS E PROGRAMAS LGBTIA+: CAMINHOS FORMAIS E INFORMAIS DE ACESSO À SAÚDE.....	29
4. SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA DAS TRANSMASCULINIDADES: ESBOÇO DE UM CAMPO EM CONSTRUÇÃO.....	33
4.1 Patologização das identidades trans e cissexismo nos espaços públicos de saúde: transfobia estrutural, autonomia em crise e expulsão em massa.....	39
5. OBJETIVOS E METODOLOGIA	44
5.1 Objetivos.....	44
5.2 Produzindo dados através de entrevistas semi-estruturadas.....	45
5.3 Processo de coleta dos dados	48
5.3.1 Apresentação dos interlocutores Carlos, Alex e Breno.....	49
5.4 Análise dos dados e eixos principais de interpretação.....	52
6. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	53
6.1(Cis)heteronormatividade estrutural e as barreiras institucionais no acesso a serviços de saúde sexual e reprodutiva.....	53
6.2 Defasagem e invisibilização: heterossexualidade compulsória e os desafios na atenção à saúde sexual e reprodutiva de homens trans e pessoas transmasculinas.....	63
6.3 (Auto)Cuidado em redes: resistência à transfobia e as estratégias transmasculinas na busca por autonomia no processo de cuidado.....	72

6.4 Transfobia obstétrica: a violência no ciclo gravídico-puerperal de um Boyceta.....	78
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	94
REFERÊNCIAS.....	100
ANEXOS.....	108

1. INTRODUÇÃO

1.1 Transmasculinidades: novas experiências no espectro das masculinidades

Se você me chamar de homem trans não vai me atender, saca? Não vai atender a minha masculinidade. (Carlos, 32 anos)

O que é um homem? Neste trabalho, busca-se interrogar o gênero na relação entre subjetividade e cultura, indivíduo e sociedade. Afinal, pelo menos desde os trabalhos de Margaret Mead (1935), sabemos que o chamado "sexo biológico" (genitais, cromossomos e biogenética em geral) não determina inteiramente a experiência sociocultural de ser "homem" ou "mulher". Essas experiências, no século XXI, têm se tornado cada vez mais diversas, mostrando que o gênero é um produto da História.

A gravidez de Thomas Beatie, em 2007, considerando a repercussão midiática global que obteve, pode ser considerada um marco histórico sem precedentes para a visibilização das transmasculinidades e redimensionamento dos sentidos e possibilidades do gênero masculino. Por meio de inseminação artificial, esse homem trans estadunidense pôde experimentar a gestação e o parto, tornando-se conhecido como um dos primeiros homens a engravidar. Podemos analisar essa situação *sui generis* e por muitos inesperada como um processo que acontece no corpo e no mundo ao mesmo tempo, significando um reenquadramento original das possibilidades de experiência e uma transformação profunda de valores coletivos.

Preciado (2018) discute esse tipo de experiência que faz convergir indivíduo e sociedade, capaz de impactar o corpo/sujeito e o mundo social, no livro *Testo Junkie*, em que registra seu "protocolo de intoxicação voluntária" por testosterona. Nesse trabalho, o filósofo e autor transfeminista defende teoricamente a passagem neste século para um novo regime sexual, que não está baseado no binarismo da "diferença de gênero" (masculino/feminino) nem na heterossexualidade compulsória¹. As principais consequências do novo regime implicam em reconhecer o caráter normativo arbitrário do regime sexual anterior (Antigo Regime Sexual), indicando seu colapso, e iniciar um novo tempo de proliferação das experiências de gênero. Para o autor, todas essas experiências novas e localizadas em relação à norma buscam restituir no plano micropolítico o sentido de "multidão" da experiência *queer*

¹ Em sua *Carta de um homem trans ao Antigo Regime Sexual* (2018), publicada na tribuna do jornal *Libération*, Paul Preciado denuncia a estética grotesca da heterossexualidade, que mantém os homens na posição de agressores e as mulheres na posição de vítimas.

(PRECIADO, 2018). Nesse sentido, a heterossexualidade cisgênera não representa nada além do que a hegemonia sociocultural de sexo e gênero, cujo estabelecimento histórico se dá pela redução da diversidade característica do mundo, da vida e das relações.

Monique Wittig (1973, 1992) foi quem inaugurou o pensamento da desidentificação em relação ao binarismo de gênero, afirmando nos anos 1970 que "lésbicas não são mulheres". Contudo, nessa formulação existe ainda uma (des)continuidade entre sexualidade e gênero (ser lésbica e ser mulher), que veremos ser abandonada no contexto do Novo Regime Sexual proposto por Preciado. A emergência de vozes trans sobre a sua sexualidade diversa e seu gênero processual aponta para experiências múltiplas de combinação entre sexo e gênero. Indica também que existem atualmente novas formas de expressão de gênero e essas experiências de gênero não são totalmente correspondentes, produzindo um espectro para o que antes se designava por "masculinidade".²

Identificar-se enquanto pessoa trans significa não só a ruptura com o gênero atribuído no nascimento mas também a resistência ao sistema compulsório de normas que regulam os corpos, sujeitos e as trajetórias de vida. Em outras palavras, adentrar a experiência de transmasculinidade propriamente dita é uma jornada de coragem repleta de desafios e renúncias em relação às posições sociais pré-estabelecidas. É uma viagem solitária que envolve perdas, abandonos e negociações que resultam em (re)encontros consigo mesmo, como narra João Nery (2011), um dos primeiros transexuais masculinos em evidência midiática no Brasil e notável ativista do movimento trans.

Este trabalho, ao relatar a emergência de experiências transmasculinas no Brasil, também discute os diversos termos utilizados pelos movimentos sociais para se referir às identidades de gênero. Essas palavras são evocadas como instrumentos de inclusão na agenda da saúde coletiva, com base na proposta do movimento social organizado de pessoas trans que reconhece designações diversas, e considerando que a linguagem é uma das formas mais sutis e por isso mesmo mais eficazes de violência e discriminação de gênero (SMS-SP, 2023).

Alguns termos como cisgênero, pessoa cis, cisnormatividade, serão neste trabalho relacionados à condição de normatividade construída socialmente em torno da experiência

² Alfred Kinsey (1948) propôs um modelo escalar de práticas e hábitos sexuais, considerando "dois sexos" (hoje diríamos "dois gêneros"). Mais tarde, o trânsito identitário passou a ser identificado no intervalo entre os gêneros masculino e feminino, como se verifica nos trabalhos de Esther Newton (1979 [1972]) sobre a arte Drag e Néstor Perlongher (1987) sobre a prostituição viril. Nesses dois casos, a performance e variação de gênero ocorre num gradiente que considera o masculino e o feminino como "tipos ideais" posicionados nos extremos do sistema classificatório. A proposta que defendo neste trabalho, a partir do referencial de Guilherme de Almeida (2012), e com base no cenário contemporâneo das experiências transmasculinas, é de que a performance e variação de gênero são referentes socioculturais que ocorrem no interior da própria masculinidade como um signo de gênero, a ser finalmente disputado e ressignificado, como na pergunta: o que é um homem?

cisgênera, entendida pelo pensamento transfeminista como toda pessoa que, ainda que experimente a necessidade de afirmar gênero cotidianamente de acordo com as normas da matriz (cis)heteronormativa, não ultrapassam a fronteira de gênero e permanecem, sem demais conflitos, na identidade que lhe foi atribuída no nascimento em função de sua genitália (SMS-SP, 2023).

No que diz respeito à experiência trans, comumente, no campo acadêmico, utilizam-se termos como “transgeneridade”, “transgênero” ou apenas “trans” em referência às pessoas que passam pelo processo de questionamento e travessia das fronteiras do gênero designado no nascimento em função do "sexo biológico" (SMS-SP, 2023). Utilizo igualmente “transexualidade” e “transexual”, termos amplamente utilizados pelo movimento civil organizado.

Ao tratar da emergência de novas expressões de gênero masculino no Brasil, Guilherme de Almeida (2012) afirma que esse fenômeno foi potencializado pelo processo transexualizador no SUS³, que facilitou o acesso às tecnologias de mudanças corporais e, assim, criou espaços comuns de diálogo e trocas entre pessoas trans. Essa situação de encontro entre pessoas que partilham experiências de questionamento de gênero, no ambiente legitimador dos serviços de saúde, ressignificou o reconhecimento de performances sociais antes consideradas de modo pejorativo, como “sapatão”, “caminhoneira” ou “lésbica masculinizada”. O sentimento de pertencimento cooperou para que a emergência de homens trans e de outras formas de transmasculinidades se tornasse cada vez mais notável a partir de 2008. Neste mesmo ano, as portarias do Ministério da Saúde 457 e 1.707 instituem o Processo Transexualizador no âmbito do SUS e definem suas diretrizes nacionais, para implementação nas unidades federadas.

No que se refere às diferentes formas de transmasculinidades, Almeida (2012) verificou ao menos quatro expressões de masculinidade com performances diversas entre si, descrevendo poeticamente essas novas experiências identitárias como uma matiz na “aquarela das masculinidades”. O autor argumenta que não há apenas uma identidade rígida possível para a masculinidade, devendo-se reconhecer a fluidez de gênero que permite trânsitos e variações como em uma paleta de cores.

³ Utilizo neste trabalho o Processo Transexualizador no SUS, a partir do ano de 2008, como um marco de interesse ao campo da Saúde Pública, no entanto, há que se considerar a existência das transmasculinidades precedentes a este marco como Alexandre Peixe, João Nery e dentre muitos outros que narram suas trajetórias de transição das fronteiras normativas de gênero muito antes do acesso às práticas hormonais e cirúrgicas de afirmação de gênero chegarem ao Sistema Único de Saúde brasileiro.

É importante ressaltar que a designação “pessoas trans” objetiva justamente incluir uma diversidade de performances sociais encontrada entre as pessoas cuja identidade de gênero diverge daquela atribuída no nascimento (SMS-SP, 2023). An Millet (2020), estrategicamente, defende que se utilize um asterisco ao final da expressão “pessoas trans*”, como forma de lembrar da heterogeneidade de experiências de autodenominação identitária. Essa abertura para a experiência proliferante é verificada também na sigla LGBTIA+, sinalizada pelo sinal matemático utilizado ao final da sigla, demonstrando a importância conferida pelas estéticas sociais dissidentes aos aspectos de criatividade, agência e singularidade, e também a importância de refletir as dinâmicas socioculturais do mundo histórico, em que observamos diversas formas emergentes de auto identificação de gênero.

O uso de asterisco na expressão “pessoas trans*” busca contemplar, por exemplo, identidades "não binárias" que se disseminam neste século, atualizando a noção *genderqueer* cunhada durante os anos 1990, principalmente entre jovens conectados em mídias digitais, em diferentes partes do mundo. Por sua vez, a própria noção de identidade não binária é como um asterisco, ao estabelecer um campo aberto de experiências e performances de gênero que partem da condição desertora em relação às normas de gênero mas não se limitam a essa condição de abandonar a expressão cis na definição de sua singularidade.

Essas identidades são entendidas como experiências trans por não se fixarem ao binarismo de gênero, mas que flutuam entre os extremos da norma, podendo gerar identificação com o gênero masculino ou feminino (homem não binário, mulher não binária), ou podendo gerar um afastamento dos rótulos de masculinidade e feminilidade. São experiências designadas por *agênero* (pessoa sem gênero), *andrógine* (mistura de características masculinas e femininas), *gênero fluido* (mudança periódica ou eventual de gênero), *demigênero* (identificação parcial de gênero) e *neutrois* (gênero neutro).

A palavra “transmasculinidades”, usada neste trabalho, funciona como um conceito guarda chuva que contempla homens trans e pessoas não binárias que podem se identificar com a masculinidade em rota de afirmação dissidente, como é o caso de um interlocutor da pesquisa que se apresenta como “boyceta”. O quadro das masculinidades é composto ainda por outras denominações, utilizadas por pessoas não binárias e homens trans, por exemplo: "transhomem" e "Boy Trans". A utilização de uma terminologia variada referente às transmasculinidades reflete o paradigma de autodeterminação de gênero, mas também diz respeito a marcadores sociais de produção da diferença, como classe social, raça e geração. Esses marcadores são determinantes, conforme notaram Almeida (2012) e Carvalho (2018), na disputa política e para manter algum nível de diferenciação entre aqueles que se

identificam como homens trans ou transmasculinos como enunciado de ruptura em relação aos arquétipos binários de gênero provenientes da matriz cisheteronormativa.

A discussão acerca de quais termos devem ser utilizados para melhor representar as transmasculinidades tornou-se uma pauta de destaque durante o primeiro Encontro Nacional de Homens Trans organizado pelo Instituto Brasileiro de Transmasculinidades (IBRAT) em 2015, na FFLCH-USP, cujo objetivo era determinar as bases ideológicas fundamentais para a identidade política do instituto. O evento ficou marcado por divergências entre duas principais experiências identitárias: de um lado, jovens majoritariamente brancos e de classe média se mostravam incomodados com o uso da categoria “homem” por afirmar que o termo reforça a norma binária de gênero, e por isso não os contemplava; de outro lado, uma parcela do movimento ali reunido, de maioria periférica e com mais idade, defendia o uso da expressão “homem trans” com base na estratégia de inteligibilidade frente ao poder público e à sociedade em geral, buscando caminhos de integração mais do que a expressão singular de suas experiências de gênero (CARVALHO, 2018).

De acordo com o que narra Carvalho (2018), o primeiro grupo afirmava que no interior do código binário homem-mulher existem várias possibilidades de expressão de gênero, de modo que se identificam como “não-binários” ou “transmasculinos”. O grupo argumentava que a designação “homem trans” está fundamentada na busca pelo privilégio da passabilidade ou *passing*⁴, produzindo assimetrias entre aqueles que não sofrem tanta discriminação (por serem passáveis) e outros que, embora reivindiquem a masculinidade, afirmam trajetórias de gênero menos normativas, distanciando-se da necessidade de características secundárias consideradas masculinas, como a presença de pêlos no rosto, em outras partes do corpo, e ausência de seios (com recurso à cirurgia de mastectomia).

A argumentação do segundo grupo, aquele a favor da utilização do termo “homem trans”, se deu no sentido de produzir um lugar comum de gênero dissidente para ser negociado no mundo social. Ao invés de valorizar as múltiplas experiências transmasculinas, o grupo acreditava que se apropriar de modo original de uma categoria já existente (“homem”) tem a vantagem de otimizar o diálogo sobre suas necessidades de políticas públicas e suas especificidades enquanto homens com corpos diferentes da maioria cisgênera, com potencial de benefícios para o coletivo como um todo (CARVALHO, 2018).

⁴ Conceito amplamente utilizado para se referir às pessoas trans que são lidas socialmente como pessoas cisgêneras, indicando sentido de *êxito* no processo de afirmação de gênero, frequentemente envolvendo cirurgias e hormonização. O conceito de passabilidade (*passing*) é questionado por parte do movimento de pessoas trans que denuncia a exigência de uma estética cisheteronormativa a ser alcançada para (re)adequação de gênero.

Os marcadores sociais de produção da diferença são determinantes no âmbito das reivindicações coletivas, de modo que a interseccionalidade⁵ da experiência identitária produz definições finas, negociações e ajustes nos modos de viver a experiência de gênero articulada com outras designações socioculturais. Por exemplo, o grupo que defendia o uso da expressão “não-binário”, composto em sua maioria por pessoas brancas e de classe média instruída, apresentava argumentos conceituais e teóricos provenientes da chamada “teoria Queer”, recorrendo a termos em inglês, como “*non binary person*”, para retrair e legitimar a origem de sua linguagem e epistemologia de gênero. Esse grupo criticava o objetivo de *passing* manifesto por aqueles identificados como homens trans, sem considerar criticamente que a fluidez de gênero em estratos sociais privilegiados pode ser mais aceitável ou pelo menos provocar reações menos agressivas das forças normativas (CARVALHO, 2018).

Sabemos que o questionamento da norma de gênero em contextos sociais periféricos pode assumir grandes proporções em uma cadeia de violência normativa, muitas vezes alimentada por posturas coletivas dogmáticas, manipulação de doutrinas filosóficas populares, fundamentalismos religiosos e cultura de ódio em geral. Os contextos periféricos são também muitas vezes territórios de exceção, em que a força da ordem se exprime institucionalmente e de modo desproporcional, a princípio para todas as pessoas mas com reconhecida associação estatística de precarização e criminalização das experiências dissidentes de gênero e sexualidade.

Embora o desejo de passabilidade dos auto designados “homens trans” contribua para reforçar a performance tipicamente masculina de gênero, ao mesmo tempo a passabilidade funciona como um passaporte para o livre trânsito no campo social. Almeida (2012) argumenta que a passabilidade “garante o direito à indiferença”, o que na prática se traduz em um momento de trégua à transfobia. Parece importante destacar que o anseio de passabilidade reenvia o ator social a uma experiência de interação não conflituosa ou não marcada no contexto da vida moderna, conforme discutido por Simmel (1903) sobre o valor conferido historicamente à impessoalidade como código de conduta na modernidade e a “atitude blasé” como estética das relações no espaço público.

O direito de não ser percebido é abordado na teoria social como um mecanismo complexo da relação entre indivíduo e sociedade, que comunica o reconhecimento tácito de participação nas dinâmicas socioculturais. Erving Goffman (2010, 2011), teórico eminente da

⁵ O conceito de interseccionalidade foi pensado por Kimberlé Crenshaw (1989) para destacar a interdependência de marcadores como raça, gênero e classe social. A sobreposição desses marcadores traz consequências para a experiência individual em diferentes níveis, incluindo a exposição sistemática às formas de violência (doméstica, racial, institucional etc) mas também indicando uma perspectiva distintiva sobre a sociedade e as relações.

microsociologia ou “interacionismo simbólico”, argumenta que a atitude de desatenção civil (*civil inattention*) é a “forma primeira e sutil de perceber o outro no jogo comunicacional como ator social não ameaçador”, permitindo o acesso desse outro às trocas simbólicas (Barbosa, 2016). O autor destaca a importância nas interações de uma cegueira diplomática (*tactful blindness*) como tipo básico de habilidade social (Goffman, 2011: 25). Com base nessa problematização sobre as interações sociais, pode-se reexaminar a questão da passabilidade em novos termos, com base no desejo de homens trans por integração social.

De forma resolutiva, decidiu-se no Encontro Nacional de Homens Trans organizado pelo IBRAT que a terminologia “homem trans” seria utilizada em sentido amplo para o diálogo com o poder público. As expressões “homens trans” e “transmasculinos” seriam empregadas em conjunto, de modo complementar, nos canais de comunicação social ativista, como modo de preservar na linguagem interna ao movimento social o reconhecimento de experiências identitárias variadas e até divergentes em relação a certos princípios norteadores da afirmação de gênero dissidente (CARVALHO, 2018).

No bojo das disputas empreendidas internamente, destaca-se a sobreposição de marcadores sociais de produção da diferença como aspecto capaz de modular a experiência de gênero, de modo que a perspectiva de interseccionalidade se torna incontornável como uma lente de análise e um componente de impacto na elaboração de políticas públicas que contemplem de modo universal, integral e equitativo as necessidades em saúde das transmasculinidades.

Considerando os problemas mencionados até aqui, utilizo, em algumas passagens deste trabalho, as expressões “transmasculinidades” ou “pessoas transmasculinas”, de modo a seguir o que foi proposto pelo movimento social organizado de pessoas trans (SMS-SP, 2023). O uso dessas expressões tem por objetivo dinamizar o processo de escrita e possibilitar maior abrangência em relação aos atores sociais que realizam uma trajetória de auto identificação no espectro das masculinidades. Todavia, também utilizo expressões como “homens trans” e “transmasculinos”, em conjunto, com intuito de designar e contemplar dois grupos principais que compõem as experiências de transmasculinidade, constituídos sócio historicamente por diferenças de raça e classe social.

A expressão “processo transexualizador” se refere ao programa do SUS instituído pela portaria 1.707 de 18 de agosto de 2008, que materializa através de uma política pública a assistência médica e clínico-ambulatorial habilitada às pessoas trans em processo de afirmação de gênero. A expressão “afirmação de gênero”, por sua vez, é utilizada para se referir ao processo pessoal de comunicar socialmente o gênero por meio de códigos estéticos

e equipamentos expressivos que produzem uma fachada para o sujeito (Goffman 2010, 2011), com recurso a terapia hormonal, cirurgia de redesignação, transição social (roupas, maquiagem), e retificação do nome próprio em registros civis.

1.2 Atenção integral à saúde das pessoas transmasculinas

A atuação de movimentos sociais cooperou desde o fim do século XX para a ampliação do debate acerca da diversidade sexual e de gênero como questão relativa aos direitos humanos e aos determinantes sociais da saúde, proporcionando gradativamente às identidades transexuais um espaço legítimo no âmbito das preocupações da saúde pública. Esse avanço na mentalidade e nas práticas de atenção à saúde, notadamente impulsionado no Brasil pela instauração do Processo Transsexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS), permitiu que as experiências de identificação marginal em relação à hegemonia binária naturalizante da diferença de gênero se organizassem a partir de demandas comuns ou problemas comuns no tratamento de demandas variadas, destacando processos coletivos de (r)existência e de imaginação política sem precedentes na definição dos problemas e soluções envolvendo a saúde de homens trans e pessoas transmasculinas.

Cabe notar que as identidades trans sempre foram objeto de reflexão privilegiada por parte de saberes médicos e psicológicos, e sua história de consolidação no imaginário social oscila como um pêndulo entre o ativismo social e político e os conhecimentos especializados (Barbosa, 2015), às vezes tendendo mais para um lado do que outro. Um momento importante para essa correlação de forças é o marco de despatologização da homossexualidade em 1973, com a retirada da patologia homossexual no DSM-III.

Nas últimas décadas do século XX, produziu-se um conjunto extenso de conhecimentos no campo das abordagens psicológicas, analisado por Eve Sedgwick (1993) no artigo *How to bring your kids up gay: the war on effeminate boys*. A autora recupera o debate *nature X nurture* para analisar o histórico recente de normalização da homossexualidade e redimensionamento das margens, contextualizando sua análise a partir de problemas de saúde mental coletiva apresentados em relatório de 1989 sobre o suicídio de crianças e adolescentes. O relatório continha uma seção específica para jovens gays e lésbicas, em que se demonstrava probabilidade maior em duas ou três vezes para o suicídio entre jovens homossexuais, associado aos ambientes hostis e condenatórios, abuso verbal e físico, e isolamento social em consequência da rejeição de familiares e pares. A conclusão do relatório apontava para a necessidade de prevenir a discriminação de jovens por critério de orientação sexual.

Sedgwick elabora uma crítica contundente ao modo como os saberes *psi* operavam naquele momento para convencer uma nova geração a criar seus filhos para serem gays de maneira adequada. Ela ressalta que, ao invés de abordarem a violência heterossexual invasiva, os livros e estratégias terapêuticas se dedicavam a administrar uma certa frustração decorrente do resultado não-heterossexual no desenvolvimento subjetivo. Então, o alívio trazido pelas teorias e abordagens psicológicas, oferecido aos pais da criança com o sabor de novidade, estava em reconhecer uma rígida separação entre sexualidade e identidade de gênero, renaturalizando o gênero para relativizar a sexualidade como um domínio de práticas culturais (essa separação rígida foi questionada por autoras do feminismo *queer*, como Eve Sedgwick, Judith Butler e outras, ao longo dos anos 1990).

Tratava-se naquele momento da descoberta de que um homossexual masculino (homem gay) não precisava realmente se apresentar com códigos femininos. Essa consideração distanciava a psicologia da aceitação gay, emergente no final do século XX, das explicações fundadoras da homossexualidade como um tipo de sensibilidade psicológica de natureza “contrária”, restaurando de algum modo a tranquilidade dos pais em relação ao desenvolvimento subjetivo em desacordo com as regras sociais (contanto que não se verificasse desacordo com a natureza do sujeito, pensada nos termos da diferença sexual inequívoca entre o gênero masculino e feminino). Em resumo, Sedgwick argumenta que houve um reforço da designação de gênero na psiquiatria e na psicologia da despatologização da homossexualidade.

Não foi por acaso que o modelo de atenção à saúde das pessoas trans tenha se iniciado no Brasil, a partir do processo transexualizador, de modo patologizante, psiquiatrizante, e com ênfase em procedimentos cirúrgicos de alta especialização, em detrimento da atenção primária e da assistência integral. Afinal, conforme discutido por Santos (2020), a concretização em 2008 de uma política de atenção às pessoas trans no âmbito do SUS tem sua raiz profunda nas práticas de transgenitalização que vinham sendo realizadas, primeiro em caráter experimental, com base em resoluções do Conselho Federal de Medicina. A política funcionou como um verdadeiro divisor de águas, favorecendo o surgimento de novas demandas de saúde integral e reivindicações públicas em processos coletivos de elaboração e enunciação em primeira pessoa das questões, problemas e soluções envolvendo a saúde de homens trans e pessoas transmasculinas.

O cenário de transformações a que assistimos neste século conferiu novos significados às experiências convencionais de gênero, especialmente quando se considera a saúde sexual e reprodutiva, envolvendo prevenção a IST, cânceres ginecológicos, além da gestação e parto de

homens trans e pessoas transmasculinas. Esse panorama delineia novos paradigmas no cuidado integral à saúde de pessoas trans, mas também provoca conflitos nas esferas de significados e direitos, introduzindo novos dilemas na interface da saúde coletiva com as ciências sociais. Considerando a força normativa da hegemonia cisgênera e heterossexual, que resulta na construção de um habitus cisheteronormativo (ou seja, disposições incorporadas e duráveis de alinhamento com a norma de gênero), busca-se neste trabalho indagar como as demandas transmasculinas de saúde sexual e reprodutiva são consideradas pelas políticas e programas de saúde pública atualmente. Também, busca-se compreender como os serviços de saúde atuam para acolher pessoas transmasculinas quando suas demandas dizem respeito à saúde sexual e reprodutiva.

O objetivo da pesquisa empreendida no mestrado em Saúde Pública foi examinar em profundidade experiências transmasculinas de acesso à saúde, com atenção para as barreiras que dificultam ou impedem a utilização de serviços públicos de saúde, e conseqüentemente a efetivação da saúde sexual e reprodutiva. Por meio de entrevistas semi-estruturadas, buscou-se conhecer as estratégias de homens trans e pessoas transmasculinas para negociar com o cissexismo nos serviços de saúde e superar os desafios encontrados nesse processo, enfatizando-se as questões relacionadas ao ciclo gravídico-puerperal, as demandas referentes à prevenção de infecções sexualmente transmissíveis e os efeitos da terapia hormonal com testosterona na capacidade reprodutiva.

A análise das entrevistas evidenciou três principais caminhos analíticos: 1) Cisnormatividade estrutural e as barreiras institucionais no acesso a serviços de saúde sexual e reprodutiva; 2) Heterossexualidade compulsória e os desafios na atenção à saúde sexual e reprodutiva de homens trans e pessoas transmasculinas; 3) Resistência à transfobia e as estratégias transmasculinas na busca por autonomia no processo de cuidado.

A análise das experiências transmasculinas em relação às demandas em saúde pública ressaltam as dificuldades enfrentadas para acessar serviços de saúde, incluindo a manifestação da transfobia. A regra nos serviços de saúde é não considerarem os pronomes e formas de tratamento de acordo com o gênero masculino. Os profissionais não detêm informações sobre diversidade sexual e identidade de gênero, dificultando a experiência de acompanhamento da saúde sexual e reprodutiva e tornando-a, por vezes, iatrogênica. Apresentam-se ainda os obstáculos geográficos e financeiros no acesso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva. Contudo, as entrevistas também narram experiências positivas, incluindo encontros com profissionais humanizados e apoio em rede na relação entre pessoas transmasculinas,

situações que proporcionam maior tranquilidade e algum conforto na busca pela efetivação do direito à saúde sexual e reprodutiva.

Após apresentar uma análise das entrevistas, organizando o material narrativo de diferentes interlocutores por meio de eixos de discussão, apresento finalmente uma situação de violência sofrida durante o ciclo gravídico-puerperal de um boyceta, propondo e aprofundando a discussão em torno da categoria emergente da transfobia obstétrica como uma lente da realidade enfrentada por pessoas trans, especificamente homens trans e transmasculinos, no acesso à saúde em contexto de parto e nascimento.

A análise do material produzido nesta pesquisa aponta para a necessidade premente de uma formação profissional em saúde sensível à diversidade sexual e de gênero, com base na desconstrução da normatividade cisgênera e de visões essencialistas sobre os corpos humanos. Além disso, destaca-se o desafio de iniciar uma discussão sobre a linguagem não generificada, com objetivo de aproximar e acolher pessoas trans nos serviços de saúde, mas com atenção para que não seja negligenciada a história de opressão e invisibilização das mulheres e de afirmação de suas demandas específicas através da construção de agendas de saúde pública.

2. O *HABITUS* (CIS)HETERONORMATIVO E A ERA FARMACOPORNOGRÁFICA: UMA REFLEXÃO SOBRE A PRODUÇÃO DA DIFERENÇA A PARTIR DA NORMA

A discussão proposta nesta seção busca explorar como as normas em torno da construção social de gênero e da masculinidade cooperam tanto para a produção da diferença quanto para os determinantes sociais da saúde de pessoas transmasculinas. Tais normas definem a inteligibilidade dos sujeitos ao construírem referências em torno de gênero e sexualidades e, com isso, fundamentam as ideias do normal e do patológico, lembrando-nos da pergunta evocada por Bento (2006): afinal, gênero é uma categoria cultural ou diagnóstica? Essas construções no interior de uma cultura diagnóstica são determinantes do modo como os serviços de saúde lidam com a presença de corpos transmasculinos ou desertores do gênero, especialmente no campo da saúde sexual e reprodutiva.

Nesta seção, procuro recuperar concepções teóricas de gênero que permitam uma leitura dessas histórias de tensão e violência em torno do corpo como uma pedagogia coletiva de valor transgeracional, conforme evocado na seção anterior por meio da contribuição de Eve Sedgwick e do feminismo queer. Guacira Lopes Louro (2008), no Brasil, foi responsável pela introdução dos chamados estudos *queer*, notadamente por meio de uma perspectiva

centrada nos processos de Educação do corpo e do sujeito (educação de si) que fundamentam o conceito de performatividade:

A construção dos gêneros e das sexualidades dá-se através de inúmeras aprendizagens e práticas, insinua-se nas mais distintas situações, é empreendida de modo explícito ou dissimulado por um conjunto inesgotável de instâncias sociais e culturais. É um processo minucioso, sutil, sempre inacabado. Família, escola, igreja, instituições legais e médicas mantêm-se, por certo, como instâncias importantes nesse processo constitutivo. (LOURO, 2008)

A construção do gênero é um fenômeno complexo resultante da interação entre diferentes fatores, como biologia, cultura, sociedade, política e a trajetória individual que confere certa historicidade ao processo de construção do gênero por meio de vivências próprias e experiências individuais. Trata-se, para Louro (2008), de um processo altamente determinado por instituições sociais, dentre as quais destaco as instituições legais e médicas. Valorizando a tensão entre indivíduo e sociedade, buscamos empreender uma análise social sobre o gênero no campo das experiências, considerando a historicidade do gênero que passa neste século a ser vivido e celebrado como aspecto experiencial que constitui o sujeito em toda a sua singularidade. Essa leitura do indivíduo para a sociedade busca então considerar a lição de Joan Scott (1995) de que gênero é uma categoria útil de análise histórica.

O sistema binário de gênero, fundado na diferença sexual e na hierarquia entre masculino e feminino, pode ser verificado como amplamente difundido na História e nos diferentes ambientes geográficos, em todas as sociedades conhecidas; alguns contextos valorizam mais ou menos os contrastes e oposições entre características biológicas e sociais atribuídas ao masculino e ao feminino. Contudo, a experiência de diversidade e de multidão, modulação das regras de gênero, e a complexidade dessas trajetórias de dissidência nas experiências individuais de pessoas trans e outras denominações étnico-culturais para a variação de gênero, desafiam a ideia de uma binariedade estável e natural, que esteja firmemente assentada em dois pólos de significação inequívoca de gênero e sem que esse estado ontológico possa ser modificado.

A complexidade de se pensar o gênero no mundo e nas coisas, incluindo as pessoas, é que os modelos se sobrepõem no tempo histórico. Não é questão de acabar com o binarismo, e muito menos será o caso de postular qualquer rigidez binária para as experiências contemporâneas de gênero proliferante. A experiência da diversidade, diferente da

hegemonia⁶, ensina o valor da variação, e não da suplantação. Neste século XXI, as experiências de diversidade de gênero mostram que, no interior de um sistema conceitual orientado por duas fontes principais de poder e significação do sujeito em termos de gênero (masculino e feminino), existe uma possibilidade de trânsito e movimento, com eventual construção de novos pontos de fixação e relativização desde o interior do sistema. Esse tem sido o principal modo como as experiências individuais de pessoas trans e não-binárias desafiam a estrutura cisheteronormativa onipresente e, para muitas pessoas, insuportável.

Pessoas transmasculinas resistem às normas de gênero por meio de estratégias pessoais ou esforços coletivos, e seu ímpeto de afirmar a vida que lhes é possível “convida a romper com o olhar direcionado para as estruturas binárias, para as referências dominantes no campo da hegemonia cultural” (CRUZ et al. p. 78, 2015).

Considerando a dimensão histórica e cultural da produção subjetiva, do gênero e das sexualidades, de acordo com o pensamento de Michel Foucault, e ratificado pela pesquisa histórica de Laqueur (1992), a concepção da incomensurabilidade entre os sexos é elaborada por volta dos séculos XVII e XVIII. Essa ideia nova sobre o gênero como um atributo do sujeito produziu um conjunto de diferenças, com a proliferação de enunciados de verdade sobre os corpos e a produção dos sujeitos, com base em uma nova gramática populacional. Entende-se atualmente, com as lutas feministas, que o avanço do saber sobre o corpo tem produzido também o refinamento das tecnologias para controlá-lo, com destaque para o dispositivo da sexualidade (a transformação do sexo em discurso de verdade)⁷.

Com as mudanças econômicas e políticas ocasionadas pela Segunda Guerra Mundial, a produção capitalista e a gestão dos corpos ganharam novos contornos. Apesar de a sexualidade e a delimitação dos papéis de gênero ainda serem dispositivos de gestão política da vida, como defende Foucault (1976) ao falar sobre a biopolítica como controle social, novas dinâmicas passaram a estabelecer e operar as formas de controle da subjetividade e dos modos de vida através do corpo. Foucault (1977) chegou a prever esse novo momento, quando afirmou que "as relações de poder passaram ao interior do corpo"⁸. Na continuidade da história cultural traçada por Foucault sobre os estilos de controle, Preciado (2008) confere

⁶ Gourarier, Rebucini, Vörös (2015) discutem a aplicação do conceito de hegemonia aos estudos de gênero. Disponível em: <https://journals.openedition.org/gss/3530>

⁷ No pensamento foucaultiano, gênero e sexualidade são entendidos como um conjunto de efeitos sobre os corpos, relações e modos de vida produzidos por uma tecnologia micropolítica, sintetizadora das regras e convenções que operam a normalização do sujeito e seu alinhamento com a hegemonia, o que na matriz (cis)heteronormativa significa a convergência entre sexo/gênero e desejo (FOUCAULT, 1976; BUTLER 2009).

⁸ «Les rapports de pouvoir passent à l'intérieur des corps» (entretien avec L. Finas), La Quinzaine littéraire, no 247, 1er-15 janvier 1977, pp. 4-6.

especial atenção a dois tipos de poder no período do capitalismo pós-industrial: pornopoder e farmacopoder.

Pornopoder corresponde ao controle midiático global e à dimensão estético-semiótica da cultura; sobre o pornopoder, Preciado chama atenção para o lugar de destaque que ocupa a indústria pornográfica no desenvolvimento do capitalismo, com a proliferação cotidiana de negócios voltados ao sexo e à exibição do sexo. O autor elege como marco do *pornopoder* a revista Playboy como produto cultural paradigmático do capitalismo pós-fordista, capaz de forjar coletivamente uma estética e uma semiose do sexo.

Farmacopoder está relacionado ao desenvolvimento da biotecnologia no domínio das funções bioquímicas de moléculas (como os hormônios) e da indústria farmacêutica em sintetizar e comercializá-las em grande escala, o que produziu nas sociedades pós-industriais um novo tempo de experiências e possibilidades de controle e transgressão sobre o corpo, o sujeito e as noções binárias de gênero. O marco do *farmacopoder* é a pílula anticoncepcional, cujo surgimento nos 1960⁹ é analisado como produto cultural próprio do tempo que inaugura, em que se amplia o acesso ao código-livre de gênero por meio da ação de empresas químicas e farmacêuticas em escala populacional no nível molecular de formação dos corpos e sujeitos.

O fato é que as transformações nos modos de gestão biopolítica dos corpos instalam um novo regime de dispositivos microprotéticos (biomoleculares e midiáticos) de controle da subjetividade humana. Preciado (2018) o designa por “regime farmacopornográfico”. Traçando a história cultural da pílula anticoncepcional, o autor ressalta uma separação sem precedentes entre sexualidade e reprodução, anunciando novos paradigmas no campo da reprodução humana, de autonomia para as mulheres cis e ao mesmo tempo de expansão do poder da indústria farmacêutica reforçado por sua capilaridade nas técnicas mais íntimas e acessíveis de produção de si no cotidiano (PRECIADO, 2018)¹⁰.

Louro (2008) ao falar sobre regimes sociais de controle da subjetividade humana aborda o pensamento de Foucault sobre sexualidade, pedagogização e cultura e lembra que a norma funciona como um “princípio de comparação”. A norma exprime o poder em suas formas mais sutis. Ela não tem origem em um único lugar ou de um ser considerado soberano, mas está em todas as partes e se expressa por recomendações repetidas no cotidiano e, por

9

¹⁰ Mais recentemente, Preciado escreveu sobre a PrEP, um dispositivo de prevenção medicamentosa para o HIV, afirmando que a molécula de Truvada(R) estaria provocando neste início de século uma transformação na cultura sexual de gays e HSH, comparável à revolução causada pela pílula anticoncepcional entre as mulheres cis nos anos 1970s. Também a cena sexual denominada hoje chemsex (sexo químico) nos convida a identificar diferentes repercussões do paradigma farmacopornográfico na experiência de sexualidade e afeto que estão disponíveis para dissidentes da matriz (cis)heteronormativa.

isso, a norma é capaz de se naturalizar. Ao fundamentar-se no princípio da comparação, conseqüentemente a norma também produz diferenças, tornando-as abjetas e chegando a considerá-las patológicas em razão do desvio em relação à referência normativa.

O processo de construção das normas de gênero é intrínseco à repetição constante das pedagogias culturais, podendo ser compreendido como um *habitus* (BOURDIEU, 1983). Para o contexto pesquisado, podemos propor, sugestivamente, tratar-se de um *habitus* (cis)heteronormativo¹¹, pois atua para manter os pressupostos construídos em torno da imagem cisgênera e heterossexual como modo de vida. Na concepção de Bourdieu, o *habitus* funciona como um sistema de disposições duráveis e transponíveis concretizado pela “interiorização da exterioridade e exteriorização da interioridade” (BOURDIEU, 1983 p.47). Essa proposição permite imaginar as formas pelas quais a sociedade atravessa as pessoas, treinando-as para pensar, agir e sentir. O *habitus*, ainda que possa ser modificado frente às novas experiências de vida no contexto social, funciona como mantenedor das normas, inclusive da matriz (cis)heteronormativa: "o *habitus* produz as práticas, individuais e coletivas (...) conforme aos esquemas engendrados pela história" (BOURDIEU, p.90, 1983).

O *habitus* (cis)heteronormativo (re)produzido no cotidiano coopera tanto para a produção das diferenças como, e principalmente, para produzir uma idealização em torno das identidades de gênero. Bento (2008) argumenta que tais idealizações são aquelas verdades capazes de definir e nortear os desejos e os pensamentos próprios de homens e mulheres. Referem-se a um regime de verdade de gênero que hierarquiza identidades consideradas verdadeiras ou falsas, determinando a exclusão e até a morte em vida, além da morte física, daquelas experiências identitárias que não se encontram ajustadas aos preceitos normativos.

Essas idealizações influenciam fortemente a forma como a sociedade se organiza em grupos de integração social, de modo que o ingresso e integração a esses grupos exige modos de vida alinhados às referências das normas vigentes (DUBET, 1994). Nesse cenário, é trivial que a experiência social de pessoas transmasculinas ocorra de forma paralela à participação ou integração social. Ao mesmo tempo, uma leitura social da experiência *sui generis* e sua afirmação como valor na construção da subjetividade no século XXI, conforme preconizado pela sociologia da experiência de Dubet (1994), em detrimento de outros períodos históricos em que a integração comunitária foi considerada o critério de valor na produção de sujeitos,

¹¹ Neste trabalho utilizo o prefixo “(CIS)” antes de termos como “heteronormativo”, “heteronormatividade” para lembrar que a norma, segundo Millet (2020) é, sobretudo, um processo de naturalização da cisgeneridade, o que torna as identidades trans diferentes, e por isso, patológicas.

permite identificar um certo trans futurismo: uma ideia no presente sobre um futuro possível em que as pessoas trans estarão integradas.

O reconhecimento e integração social das pessoas transmasculinas, por exemplo, evoca questões sobre o *passing*, que é uma exigência social sobre a fachada de gênero (*face*) (GOFFMAN, 2010;). Para as pessoas transmasculinas, coloca-se a imagem de um homem de acordo com os padrões de exibição de gênero (*gender display*) da (cis)heteronormatividade¹². Sendo assim, o *passing* legitima a exigência social e normativa de adequação à (cis)heteronormatividade como moeda de troca na negociação por uma trégua para a transfobia. Muitas vezes, essa permissão de integração social não é conquistada de forma plena e efetiva, ou seja, o caminho para obtenção de uma imagem que corresponda aos requisitos normativos é frequentemente marcado pela dificuldade em alcançar a qualidade de sujeito perante o grupo social.

A integração social não está relacionada apenas às características de aparência e exibição do gênero. Os valores morais em relação às práticas sexuais colaboram para acessar a integração social nas sociedades ocidentais, que organizam um sistema hierárquico moral sobre as práticas sexuais. Tal sistema de hierarquias considera a sexualidade monogâmica e heterossexual como ideal normativo, valorizado e reconhecido como forma social mais plenamente adequada. Por outro lado, as diversas formas de sexualidade que não reproduzem o padrão mencionado são consideradas ao mesmo tempo desviantes e imorais. As hierarquias das práticas sexuais são fundamentais para a manutenção do sistema sexo/gênero pensado por Gayle Rubin (1984), pois atuam ao mesmo tempo sobre o controle da sexualidade e a construção dos comportamentos de gênero.

Os padrões de comportamento de gênero são internalizados pelos indivíduos e refletidos na sociedade, contribuindo para a manutenção de uma ordem compulsória que expulsa as diferenças. Nesse contexto, as transexualidades desfazem arquétipos de gênero e cruzam os limites da diferença sexual e do binarismo de gênero como paradigmas fundamentais do sujeito. Os corpos trans rompem com a convergência requerida entre sexo, gênero e desejo, e confundem os olhares já treinados na pronta leitura do homem-pênis-masculino e da mulher-vagina-feminino (BENTO, 2009).

Para Bento (2009) a transexualidade é uma experiência identitária caracterizada pelo conflito com as normas de gênero e, também, um desdobramento inevitável dessa norma que, ao estabelecer um modelo de homem e mulher, classifica o desvio em relação ao modelo

¹² Almeida (2012) destaca a importância da invisibilidade possibilitada pelo *passing* como um recurso para se manter em segurança no contexto da experiência identitária transmasculina.

como uma crise patológica que simboliza a falha no processo de construção de indivíduos aptos para integração social. Com efeito, o símbolo concreto dessa falha de integração social é o corpo abjeto e doente que serve conceitualmente, sobretudo, para padronizar os corpos reconhecidos como legíveis (BENTO, 2006). Em outras palavras, devemos considerar o interesse em se patologizar as experiências trans para que se mantenha a fachada de gênero considerada normal¹³.

Ao experimentar a dissidência do processo normativo de produção de gênero, conforme afirma Bento (2008; 2009), a pessoa trans é deslocada para uma situação de risco, pois o movimento de fuga do cárcere normativo é frequentemente marcado pela privação do convívio social e, conseqüentemente atravessado pela dor, conflitos, perda, medo e morte. Esses impactos da normatividade sobre a experiência dissidente podem ser percebidos no acesso às instituições e serviços de saúde que, constituídos pelos marcos lógicos da hegemonia cultural sobre gênero e sexualidade, não dialogam em tom de acolhimento com as experiências identitárias dissidentes em relação às normas de gênero.

Tanto Butler (1990) quanto outros autores (RUBIN, 1984; PRECIADO, 2018) trabalham com o conceito da heterossexualidade compulsória para nomear a construção de uma norma de referência da heterossexualidade não apenas como uma prática sexual, mas como regime político, na continuidade do pensamento de Monique Wittig sobre o Pensamento Hétero. Esses autores e autoras ressaltam a heterossexualidade como um conjunto de práticas sociais de dominação e controle dos corpos, determinando sua construção como mais ou menos frágeis e subordinados à masculinidade hegemônica. Funcionando como norma, a heterossexualidade compulsória colabora para a construção da matriz (cis)heteronormativa que, por sua vez, exige ao mesmo tempo em que torna natural a convergência entre corpo-sexo-gênero-desejo como principal requisito para a inteligibilidade do corpo e do sujeito (BUTLER, 1993). É em decorrência dessa matriz que os corpos e subjetividades trans, marcados pela diferença, serão considerados abjetos.

A cisnormatividade, conceito mais recente elaborado pelo transfeminismo, surge no intuito de apontar como a naturalização da cisgeneridade torna as identidades trans doentes, aquém da “normalidade” (TRAJANO, 2019). A normatização instaura o “cissexismo” (MILLET, 2020), uma lógica na qual a cisgeneridade naturalizada expulsa as identidades trans dos espaços públicos e ambientes de vida coletiva.

¹³ Butler (1990) se apoia nessa mesma lógica de produção das diferenças ao argumentar que a branquitude necessita estabelecer uma diferença racial para se manter hegemônica, a autora explica que o mesmo processo ocorre na relação entre a heterossexualidade e a homossexualidade.

As práticas da (cis)heteronormatividade são instauradas, de certo modo, na trajetória de todos os indivíduos, submersos no *habitus* (cis)heteronormativo que se perpetua na repetição constante de códigos entendidos como naturais e atribuídos ao gênero masculino e feminino. Essa repetição inconsciente de códigos de gênero é chamada por Butler (1990) de performatividade, evidenciando um processo em que comportamentos previstos nas normas são, na verdade, anteriores à escolha ou ação consciente dos sujeitos.

A autora compreende que a performance de gênero acontece dentro do que é previsto pela performatividade. Ao mesmo tempo, a performance de gênero está relacionada à elaboração da própria subjetividade, nos moldes propostos pela norma, havendo sempre a possibilidade, em certo grau, de resistência e subversão às normas de gênero. A abertura proposta nas teorias performativas de gênero é o que permite explicar a fluidez e a multiplicidade de experiências identitárias de construção de gênero. Na concepção butleriana, gênero é uma tecnologia social e cultural dinâmica, ou seja, um processo de devir na medida em que se confunde com um processo de elaboração pessoal. Esse processo é determinado também por fatores externos ao sujeito e que cooperam substancialmente na produção da norma por meio das instituições sociais e, principalmente, por meio da significação linguística na prática discursiva.

Na tentativa de explicar o pensamento de Butler, Salih (2018) discute a relação e as diferenças entre os conceitos de performatividade e performance de gênero. A autora utiliza a metáfora do guarda-roupas, ilustrando o paradoxo de liberdade de performance de gênero face à limitação de performatividade moldada pela (cis)heteronormatividade sendo a única norma disponível e vigente. Segundo a autora, performar gênero assemelha-se a um guarda-roupas com um número restrito de peças e sem a possibilidade de aquisição de novas roupagens. Desse modo todas as experiências de gênero estão condicionadas a elaborar sua identidade, ainda que determinada nos moldes da matriz (cis)heteronormativa. Ao mesmo em que há possibilidade de deslocamento reflexivo para elaboração da própria subjetividade e construção da identidade de gênero, a subordinação da individualidade está na performatividade de gênero que regula o conjunto das normas que, repetidas, dão condições de acesso a categorias identitárias, por meio da performance (BUTLER, 1990; WAUTIER, 2004; SOUZA, 2017).

Para Butler, gênero é concebido como uma construção social que também constrói os corpos. A materialidade dos corpos é produzida pela performatividade e performance de gênero. Preciado (2014; 2018), de modo complementar, defende que gênero é, também, produto ou artefato industrial biotécnico, oriundo do discurso biotecnológico presente na

indústria farmacêutica dos Estados Unidos, em meados da década de 1940. Nessa perspectiva, gênero é um artefato farmacopornográfico proveniente do capitalismo industrial. Preciado defende que gênero é uma construção social possibilitada por tecnologias próstéticas disponíveis na História. Nesse sentido, a partir das práticas de modificação corporal como as cirurgias de mastectomia e faloplastia, ou pelo uso da testosterona e minoxidil, por exemplo, pessoas transmasculinas exercem uma performance masculina utilizando os recursos de performatividade disponíveis na era farmacopornográfica.

O capitalismo farmacopornográfico criou uma linguagem comum entre os desertores ou piratas de gênero (Preciado, 2018) e os serviços de saúde, incluindo os profissionais que atuam nesses serviços, provocando uma reflexão sobre os encontros e desencontros nessa comunicação, os processos de confluência e equivocação, mas sobretudo como se dá o acolhimento e inclusão das transmasculinidades nos espaços, políticas e programas de saúde.

3. NA LINHA DO TEMPO DAS POLÍTICAS E PROGRAMAS LGBTIA+: CAMINHOS FORMAIS E INFORMAIS DE ACESSO À SAÚDE.

O problema de não levarmos em conta questões de gênero é que esta ausência reverbera na insuficiência e até mesmo ausência de políticas públicas e de ações capazes de abranger a complexidade dos sujeitos (CRUZ et al. p. 82, 2015)

A questão acima, colocada por Cruz et al. (2015), reforça uma associação perversa entre a falta de consideração das questões de gênero no campo da saúde coletiva e a invisibilização de demandas específicas. De modo particular, a ausência de sensibilidade e atenção especial para as identidades de gênero não normativas resulta no apagamento dessas experiências identitárias em sua complexidade, suas dinâmicas de produção de subjetividade, e conseqüentemente no que diz respeito à dificuldade em se produzirem políticas públicas de promoção da seguridade social, especialmente voltadas para o campo da saúde coletiva. Como resultado dessa invisibilização, que é histórica e sobretudo parte de um processo mais severo de exclusão de determinados corpos considerados abjetos, são produzidas as principais fontes de vulnerabilidade entre esses grupos.

O Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, instituído pela Lei 8.080 no ano de 1990, é fruto da ampla participação social e garante o direito à saúde universal, conforme proposto pela Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1990; BRASIL, 1999). Atualmente, o SUS

presta atendimento gratuito não apenas à população brasileira, mas também aos imigrantes que necessitam de assistência à saúde. Esse sistema se organiza com base na estruturação de Redes de Atenção à Saúde (RAS). Tais redes, com níveis crescentes de complexidade tecnológica, orientam o acesso à saúde desde a atenção primária, responsável por ações de prevenção e promoção da saúde, além do cuidado de doenças crônicas. O nível secundário de atenção à saúde, por sua vez, é composto por ambulatórios especializados, como os Centros de Referência e Treinamento IST/AIDS, enquanto os centros com alta complexidade tecnológica assistencial, como hospitais, por exemplo, compõem a atenção terciária.

A assistência prestada pelos diversos níveis de complexidade do SUS podem ser chamadas de “rede formal” para o acesso à saúde. Essa rede conta com fluxogramas, protocolos de encaminhamento, regulação e uma gestão rigorosa de acesso e encaminhamento para outros serviços de saúde. Diferente da rede formal, as redes informais são caracterizadas pela busca de informações, práticas de promoção da saúde e até meios de tratamento para diversas enfermidades que não seguem os protocolos indicados por profissionais da saúde (MERHY, 2016). Para as transmasculinidades, essa rede informal acontece de forma virtual (online) ou através de contatos intergeracionais envolvendo homens trans em diferentes fases do ciclo de vida, que promovem encontros para compartilhar experiências diversas sobre hormonização e seus efeitos na saúde, incluindo a saúde reprodutiva.

As redes informais tornam-se um ponto crítico na carência de assistência à saúde de pessoas transmasculinas, sendo o resultado da exclusão dos corpos trans dos serviços formais de saúde (MILLET, 2020). Elas podem ser interpretadas como uma resposta social à ausência de políticas públicas específicas e programas de saúde eficazes direcionados a esses grupos. A experiência de intoxicação voluntária narrada por Preciado (2018) em seu livro "Testo Junkie", por exemplo, evidencia que os caminhos informais de acesso à afirmação de gênero e outros cuidados com a saúde são uma realidade nas trajetórias de vida de pessoas transmasculinas.

No âmbito da saúde brasileira, a formulação de políticas e programas voltados para a diversidade sexual e de gênero é uma iniciativa historicamente recente. Somente a partir de meados da década de 1970 e início da década de 1980, especialmente durante a epidemia do HIV/AIDS, é que a saúde de gays e travestis passou a ser destacada. No entanto, esse destaque não se deu como parte de um plano abrangente de promoção de saúde para esses grupos. Pelo contrário, foi associado a um projeto de controle epidêmico popularmente denominado como "Câncer Gay". Até esse período, outras necessidades básicas de saúde

dessa população eram negligenciadas, e a complexidade das diversas possibilidades de gênero e sexualidade não figurava nas discussões do campo da saúde coletiva.

A epidemia do HIV/AIDS marca o início das discussões sobre a necessidade de incorporar, dentro do SUS e sob os princípios da Universalidade, Equidade e Integralidade, as diversidades sexuais e de gênero no contexto da saúde pública. Nesse processo, é de extrema importância destacar a atuação dos movimentos sociais, como o "Grupo Somos" e a "Associação de Travestis e Liberados do Rio de Janeiro", que desempenharam um papel crucial ao exercer pressão social e reivindicar direitos básicos. Esses grupos também foram pioneiros nas discussões sobre a qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV/AIDS, no enfrentamento ao preconceito e na promoção da saúde da população LGBT desde 1990 (BRASIL, 2013b).

Em 2004, o Poder Executivo lançou o programa "Brasil sem Homofobia", visando incentivar as demais esferas do poder a desenvolver estudos e políticas de saúde direcionadas à comunidade LGBT. No mesmo ano, o Ministério da Saúde estabeleceu o Comitê Técnico de Saúde LGBT, em resposta às demandas dos movimentos sociais. A partir desse marco, foram alcançadas algumas conquistas notáveis. Destaca-se, por exemplo, a representação do movimento social nos Conselhos de Saúde em 2006 e a inclusão da pauta "orientação sexual e identidade de gênero como determinantes sociais de saúde" na 13ª Conferência Nacional de Saúde em 2007 (BRASIL, 2015).

A participação do movimento social tem cooperado ao longo das últimas décadas para que as discussões sobre saúde da população LGBTIA+ levem em consideração o fato de que as vulnerabilidades destes grupos são interseccionadas por determinantes sociais de raça e classe, o que amplia o olhar isolado sobre gênero e considera a necessidade de dialogar os diferentes lugares sociais ocupados por um mesmo corpo e as demandas em saúde variantes (SMS-SP. 2023).

Os marcos citados abriram caminho para que no ano de 2008 fosse lançada a portaria 1.707 de 18 de agosto que instituiu, no âmbito do SUS, o Processo Transexualizador. Essa portaria simboliza o carro chefe para a garantia de acesso à afirmação de gênero segura às travestis e, posteriormente, o acesso à cirurgias e hormonização aos homens trans e transmasculinos mediante a ampliação e redefinição deste serviço pela Portaria 2.803, de 19 de novembro de 2013. A portaria também reestruturou a organização da oferta do processo transexualizador em dois âmbitos: ambulatorial e em instituições hospitalares de ensino previamente autorizados e habilitados em convergência com as exigências do Ministério da Saúde e Vigilância Sanitária (BRASIL, 2013a).

Atualmente, a assistência de média complexidade e clínico-ambulatorial do processo transexualizador é oferecida na atenção secundária em ambulatórios especializados e habilitados a oferecer o processo transexualizador. Nesses serviços são oferecidos o acompanhamento por equipe multiprofissional, atendimento clínico com garantia de exames laboratoriais e de imagem pertinentes ao processo transexualizador além da dispensação de testosterona e acompanhamento pré e pós-operatório em cirurgias de afirmação de gênero como a mastectomia e neofaloplastia para os homens trans e transmasculinos, por exemplo (BRASIL, 2013a; SANTOS, 2020).

A assistência de alta complexidade do processo transexualizador é oferecida em nível hospitalar e é responsável por procedimentos cirúrgicos próprios à afirmação de gênero. A assistência se dá por meio de encaminhamento médico com relatórios detalhados sobre a necessidade desses procedimentos cirúrgicos. Atualmente os Hospitais Universitários desempenham um papel extremamente importante, junto ao SUS, especialmente na oferta de cirurgias e nos atendimentos ambulatoriais relacionados ao processo transexualizador.

É importante ressaltar que embora existam as esferas de saúde especializadas e habilitadas a oferecer o processo transexualizador, os chamados “serviços de porta aberta” como as unidades básicas de saúde (UBS) da atenção primária são, preferencialmente, a porta de entrada para os níveis da atenção especializada. A UBS, no contexto da atenção primária, exerce atividade primordial como potencial de acolhimento às transmasculinidades e, ademais, por ser o principal veículo de saúde pública para a promoção de saúde sexual em campanhas de prevenção de IST e aconselhamento por equipe multiprofissional no planejamento reprodutivo e rastreamento do câncer do colo do útero, são importantíssimas para o vínculo da pessoa trans com a rede de assistência formal.

Além disso, outros serviços também considerados como “porta aberta” que prestam assistência médica ambulatorial ou de urgências e emergências também recebem pessoas transmasculinas com demandas que não estão relacionadas necessariamente ao processo transexualizador. Os próprios interlocutores desta pesquisa relataram buscar os serviços de porta aberta para queixas gripais ou até mesmo ginecológicas, o que mostra a necessidade de compromisso de treinamento de todos os profissionais da saúde para receber e prestar assistência integral e universal às transmasculinidades.

Sob a perspectiva do atendimento universal, equitativo e integral à saúde, principais pilares na constituição do SUS, a Política Nacional de Saúde Integral LGBT (PNSILGBT) instituída pela portaria Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011, tem o objetivo de garantir saúde integral à população LGBTIA+ partindo da ideia de que o preconceito e a

discriminação são fatores determinantes para as condições de saúde da sociedade (BRASIL, 2011; BRASIL, 2013b; POPADIUK, OLIVEIRA e SIGNORELLI, 2017).

A PNSILGBT, uma iniciativa do Comitê Técnico de Saúde LGBT junto do Ministério da Saúde na busca pela equidade no acesso à saúde pelo SUS, faz parte do programa “Brasil Sem Homofobia”. A política propõe objetivos cujo foco é promover a saúde integral da população LGBTIA+, inclusive o acesso à afirmação de gênero por pessoas trans. Além disso, a política também enaltece a importância da educação continuada dos profissionais de saúde de modo a garantir a ampliação do cuidado baseada em uma perspectiva integral no acolhimento das diversidades pelos serviços de saúde que compõem o SUS.

Atualmente, o acesso à saúde por homens trans e transmasculinos é permeado por diversas barreiras construídas pela (cis)heteronormatividade e quando superadas dão lugar a outras defasagens do sistema como a dificuldade dos serviços de saúde em compreender as diferentes demandas de pessoas trans (BENTO, 2009). A assistência à saúde sexual e reprodutiva das transmasculinidades apresenta-se um campo ainda em elaboração, visto o exemplo pela forma como a PNSILGBT os contempla em alguns de seus objetivos, como será descrito e aprofundado adiante.

Nesse contexto, há um longo caminho a ser percorrido para que a integralidade, universalidade e equidade do SUS seja efetiva para as transmasculinidades, principalmente no contexto da saúde sexual e reprodutiva. Por outro lado, o campo da saúde coletiva mostra-se como um grande aliado para a jornada de promoção da saúde de pessoas transmasculinas uma vez que, ao romper com a perspectiva de saúde médico centrada, hospitalocêntrica e biomédica, consegue abordar os determinantes de saúde como os fatores sociais, econômicos e culturais e compreendê-los como pontos relevantes ao processo de produção de saúde e doença. Em vista disto, a abordagem interdisciplinar da saúde coletiva colabora para a visão multifacetada do sujeito lido em sua integralidade (CRUZ et al. 2015).

4. SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA DAS TRANSMASCULINIDADES - ESBOÇO DE UM CAMPO EM CONSTRUÇÃO

“Toda pessoa tem o direito ao padrão mais alto alcançável de saúde física e mental, sem discriminação por motivo de orientação sexual ou identidade de gênero. A saúde sexual e reprodutiva é um aspecto fundamental desse direito”
(Princípios de Yogyakarta, 2007)

Os Princípios de Yogyakarta constituem um ponto crucial na incorporação da discussão acerca da diversidade sexual e de gênero no contexto dos direitos humanos. Estes princípios atuam como orientações para as principais políticas públicas voltadas para garantir a seguridade social da comunidade LGBTIA+ no Brasil, a exemplo da PNSILGBT. No entanto, apesar de a saúde sexual e reprodutiva ser um direito humano fundamental, inclusive consagrado na Constituição Brasileira de 1988, sua materialização não ocorre de maneira equitativa, sendo influenciada por interferências ligadas a desigualdades de classe, raça, gênero e orientação sexual.

Os direitos sexuais e reprodutivos das transmasculinidades, por exemplo, mostram-se um campo pouco contemplado pelos programas e políticas de saúde pública, cujo foco permanece apenas nas práticas de afirmação de gênero sem que outros aspectos das trajetórias de vida das pessoas transmasculinas como questões de sexualidade e reprodução sejam levados em consideração. Com o objetivo de diminuir as mazelas causadas pela desigualdade de gênero, a Organização das Nações Unidas (ONU) propôs alguns objetivos para o desenvolvimento sustentável (ODS) até o ano de 2030. Na agenda proposta pela ONU o ODS-3 com foco na saúde e bem estar sugere a redução de mortes evitáveis, sobretudo aquelas relacionadas ao processo gravídico puerperal.

Compondo a mesma agenda para o desenvolvimento sustentável, o ODS-5 busca promover a igualdade de gênero assegurando o acesso universal à saúde sexual e reprodutiva e os direitos reprodutivos seguindo os acordos estabelecidos com o Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento e com a Plataforma de Ação de Pequim e os documentos resultantes de suas conferências de revisão (ONU, 2022). Tanto o ODS-3 quanto o ODS-5 demonstram os esforços em torno do chamamento para a discussão de gênero não apenas para o desenvolvimento humano sustentável mas como ferramenta elementar para o campo da saúde, de modo que, é a partir da discussão sobre gênero que algumas demandas, como as especificidades sexuais e reprodutivas de homens trans e transmasculinos podem ser compreendidas e trabalhadas pelo campo da saúde pública.

Abordar o tema sobre a "saúde reprodutiva" implica trazer para o debate a garantia do direito à liberdade nas escolhas de quando e como exercer a própria capacidade reprodutiva. Além disso, assegurar o direito de obter todos os insumos necessários para exercê-la ou não são aspectos cruciais para a defesa dos direitos humanos. Esse tópico, inevitavelmente, evoca questões relacionadas ao direito ao planejamento familiar ou reprodutivo, ao acesso à informação sobre métodos contraceptivos e aos efeitos desses métodos no organismo, bem

como à questão do aborto legal. Em resumo, ao abordar a saúde reprodutiva, a promoção da autonomia reprodutiva é instantaneamente sublinhada.

Garantir o acesso à informação por meio do planejamento reprodutivo às pessoas transmasculinas é promover a autonomia de decisão sobre como e quando engravidar; Nesse campo concentra-se a necessidade de discussão e acesso aos métodos de contracepção sejam eles hormonais orais¹⁴, reversíveis de longa duração como os dispositivos intra uterino (DIU) e o implanon¹⁵, métodos de barreira como as camisinhas interna ou externa ou métodos comportamentais¹⁶ (UNFPA, 2022), além da compreensão do profissional sobre as práticas sexuais experimentadas pelos usuários a fim de haja coerência e sentido entre a contracepção indicada com a realidade do usuário do serviço de saúde.

A assistência à saúde reprodutiva, especialmente de pessoas transmasculinas, pode ser permeada por preconceitos e por isso é necessário que se discutam, neste campo, a prevenção de gestação indesejada e o uso da testosterona e suas influências na capacidade reprodutiva. Além disso, essa discussão deve abranger pontos como o acesso a informação sobre autocuidado, abortamento legal e seguro e o rastreio de possíveis doenças, como os cânceres ginecológicos, por exemplo, que possam interferir no fluxo fisiológico da reprodução humana e no bem estar sexual (OMS, 2020; UNFPA, 2020; UNFPA, 2022).

Integrada à saúde reprodutiva e incorporada em sua definição durante a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, realizada no Cairo em 1994, com o propósito de expandir o conceito de saúde no âmbito das sexualidades para além do aspecto estritamente reprodutivo, a saúde sexual passa a ser concebida como um bem-estar abrangente que conecta as dimensões social, mental e emocional voltadas para o campo das sexualidades (OMS, 2020). Compreende-se, portanto, que a saúde sexual caracteriza o acesso à informação segura sobre métodos de prevenção de IST compatíveis com as práticas sexuais de cada pessoa além da garantia do acesso a exames que possam detectar as IST em tempo oportuno e

¹⁴ Continuam a categoria dos anticoncepcionais orais as Pílulas Combinadas (estrogênio e progesterona sintéticos) que inibem a ovulação, alteram o muco cervical dificultando a locomoção dos espermatozoides; As Minipílulas que são compostas apenas por progesterona e que tornam o muco cervical mais espesso e alteram o ambiente uterino dificultando a nidação do embrião; A contracepção de emergência (pílula do dia seguinte)

¹⁵ O Implante Contraceptivo Subdérmico, popularmente conhecido como Implanon, é um dispositivo anticoncepcional de ação duradoura por até 3 anos e reversível, oferecendo facilidade tanto na inserção quanto na remoção. Sua eficácia é superior à ligadura das trompas uterinas, ao dispositivo intrauterino (DIU) e ao anticoncepcional oral. O mecanismo de ação do Implanon envolve a liberação contínua de hormônios, inibindo a ovulação e tornando-se uma opção contraceptiva eficiente e conveniente.

¹⁶ Métodos de contracepção comportamentais, como a Tabela, Temperatura Basal e Método do Muco Cervical, são métodos que baseiam-se na observação do ciclo menstrual para evitar relações sexuais durante períodos férteis. Essas opções, embora naturais, exigem compreensão cuidadosa do corpo e aconselhamento profissional para garantir eficácia e segurança.

garantir o início do tratamento adequado de forma imediata aliado ao acolhimento, orientação e educação em saúde. A saúde sexual também diz respeito ao direito à experiência da sexualidade prazerosa, segura e livre de coerções, violências e discriminações de raça, classe e gênero (SMS-SP, 2023).

Conforme destacado por Corrêa, Alves e Jannuzzi (2015), é crucial reconhecer que, embora os termos "saúde sexual" e "saúde reprodutiva" sejam frequentemente usados em conjunto, eles representam dimensões distintas. Isso vem do fato de que nem toda prática sexual tem como objetivo a reprodução, e o avanço tecnológico na indústria farmacêutica permite a reprodução sem a necessidade de práticas sexuais. Por outro lado, a atenção à saúde sexual deve sempre considerar os desejos reprodutivos ou a escolha da não reprodução. Além disso, é essencial reconhecer que a prevenção de infecções, como o HPV, principal causador do câncer do colo do útero, possui impactos positivos na vida reprodutiva. Orientações adequadas sobre contracepção de barreira também desempenham um papel fundamental na prevenção de ISTs, como o HIV/AIDS.

No contexto das experiências identitárias transmasculinas, a abordagem da saúde sexual e reprodutiva tem sido negligenciada pelos equipamentos de saúde. A PNSILGBT, por exemplo, tende a focar mais na atenção às demandas de saúde das pessoas cis e nas práticas de afirmação de gênero enquanto deixa de lado questões sexuais e reprodutivas de homens trans e pessoas transmasculinas como prevenção de IST ou assuntos relacionados à reprodução e contracepção para esses grupos. Angonese e Lago (2019) nomeiam essa invisibilização das pessoas transmasculinas nos assuntos relativos à saúde sexual e reprodutiva de “esterilidade simbólica da população trans”, visto que não há abordagem sobre reprodução e nem incentivo à constituição familiar para essas pessoas dentro da política mencionada.

Somado a isso, em uma leitura atenta dos objetivos da PNSILGBT, pudemos observar que a maneira como a política trata a prevenção do câncer de colo do útero, por exemplo, exclui dessa assistência as transmasculinidades. Entre os 24 objetivos da política, o número XII, que aborda a prevenção dos cânceres ginecológicos, não inclui as transmasculinidades como foco nas campanhas de rastreamento para a infecção pelo Papilomavírus Humano (HPV): "prevenir novos casos de cânceres ginecológicos (cérvico-uterino e de mamas) entre lésbicas e mulheres bissexuais e ampliar o acesso ao tratamento qualificado" (BRASIL, 2011).

Sobre esse contexto, é relevante mencionar que ocorrem no mundo cerca de 311 mil mortes por ano devido ao câncer do colo do útero (IARC, 2020). Apenas no Brasil, em 2019, aproximadamente 6.596 pessoas enfrentaram essa neoplasia (INCA, 2021b). Considerando a

possibilidade de um viés biomédico contribuir para que toda pessoa com útero seja categorizada como uma mulher cis, somado à ausência de indicadores de saúde que cruzem dados sobre a incidência desse tipo de neoplasia com diferentes experiências identitárias de gênero, tanto os dados do IARC quanto os do INCA referem-se, primariamente, apenas às mulheres cis.

Em contraste com a PNSILGBT, o *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG) indica que o rastreamento do câncer de colo do útero para homens trans e transmasculinos deve seguir a mesma periodicidade que o rastreamento para mulheres cis (trienal após dois resultados anuais negativos dos 25 aos 64 anos), visto que a infecção pelo Papilomavírus Humano (HPV) tem incidência em 25% a 50% da população mundial de pessoas com vagina e útero.

Ainda nesse contexto, é imprescindível relatar a falta de protocolos destinados exclusivamente ao cuidado para a coleta da colpocitologia oncótica (papanicolau) em homens trans e transmasculinos. Estes podem vivenciar uma relação de conflito com seu órgão genital ou algum nível de atrofia vaginal devido ao uso da Testosterona (SMS-SP, 2023), tornando a introdução do espéculo altamente dolorosa e desconfortável. Essa condição reduz a procura pelo rastreio por pessoas transmasculinas, favorecendo o diagnóstico tardio de câncer de colo do útero. Em decorrência do tempo de progressão da doença, suas chances de cura são diminuídas (STEWART *et al.*, 2020).

Além disso, a importância do rastreio do câncer de mama através da mamografia é de extrema relevância para as transmasculinidades. O mesmo deve ser oferecido a homens trans e transmasculinos que mantiveram as mamas e estão em idade ideal para o rastreio (a partir dos 50 anos) (SMS-SP, 2023).

No campo da saúde sexual e reprodutiva de pessoas transmasculinas, a discussão em torno da gravidez indesejada também é necessária uma vez que homens trans e transmasculinos praticantes de sexo que pode resultar em gestação podem engravidar mesmo sob o uso da testosterona como parte do processo de afirmação de gênero. Esse risco decorre do fato de a Testosterona agir de forma periférica, não atuando exclusivamente como reguladora do eixo Hipotálamo-Hipófise-Gonadal, responsável pela regulação hormonal que controla o processo de maturação de gametas e ovulação. Em outras palavras, a Testosterona, ao agir periféricamente, tem ação exclusivamente anabólica e não contraceptiva, visando a hipertrofia do tecido muscular liso, aumento de pelos e até mesmo o espessamento das pregas vocais, com alterações na voz.

Steinle (2011) e Nakamura et al. (2013) mostram que homens trans e transmasculinos sob utilização de Testosterona levam cerca de um a seis meses para atingir a amenorreia enquanto que o retorno da menstruação após a interrupção da terapia hormonal está relacionado com o tempo de uso do hormônio, podendo até ser irreversível conforme o período de exposição. Contudo, é exatamente neste *gap* entre o início do uso da T. e o alcance da amenorreia que as gestações indesejadas tendem a acontecer justamente pela falsa percepção de infertilidade.

Para exemplificar o risco de gestação durante o chamado *gap*, um estudo realizado por Light et al. (2014) mostrou que dentre 41 homens trans, 25 usavam testosterona antes de engravidar e dentre eles, 20 relataram o retorno da menstruação em seis meses após interromperem o uso desse hormônio enquanto cinco disseram engravidar ainda amenorreicos. A maioria dos participantes engravidou com oócitos próprios após 4 meses de tentativas e poucos necessitaram de medicamentos para o aumento da fertilidade. O estudo realizado por Light et. al (2014) chama a atenção para a necessidade de orientação contra o uso de testosterona como método contraceptivo o que também é alertado por outros autores (STEINLE, 2011; NAKAMURA, 2013; IMBOREK, 2017; STEWART et al., 2020).

O campo da saúde sexual e reprodutiva das transmasculinidades, ainda em construção, revela os novos desafios da saúde pública no que diz respeito à construção de uma autonomia sexual e reprodutiva baseada em acesso à informações precisas sobre contracepção, efeitos da testosterona na vida reprodutiva e autocuidado com a saúde sexual. Além disso, questões como gravidez indesejada, aborto e IST são fatores caros à saúde pública que estão em jogo e precisam ser inseridos nas agendas dos interesses públicos.

Para garantir assistência universal, integral e equitativa às diversidades de gênero. A quebra com diversos paradigmas originados e influenciados pela matriz (cis)heteronormativa se mostra necessária para que a saúde transmasculina seja, de fato, contemplada. A própria patologização dessas identidades e a expulsão desses corpos dos serviços de saúde são pontos cruciais para que a promoção da SSR seja efetiva como será discutido a seguir.

4.1 A PATOLOGIZAÇÃO DAS IDENTIDADES TRANS E O CISSEXISMO NOS ESPAÇOS DE SAÚDE: AUTONOMIA EM CRISE E EXPULSÃO EM MASSA

“Na condição de “doentes”, o centro acolhe com prazer os habitantes da margem para melhor excluí-los” (Bento, p. 22 2008)

A interface entre o campo médico e as experiências de gênero resistentes à norma é, fundamentalmente, permeada pela matriz (cis)heteronormativa. De acordo com Almeida e Murta (2013), as produções de um ideário de gênero e performances dessa matriz invisibilizam as identidades trans ao mesmo tempo em que exerce forte influência no processo de elaboração das políticas de saúde LGBTIA+, tanto em termos de quantidade quanto de qualidade. Como resultado, os ambientes de saúde tornam-se igualmente hostis às pessoas trans dificultando o acesso à prevenção de enfermidades e à manutenção da saúde, obrigando-as a buscar cuidado ou até mesmo a afirmação de gênero de forma clandestina nas redes informais de saúde.

Louro (1997) explica que da mesma forma como a organização da vida cotidiana imersa na (cis)heteronormatividade consegue ‘generificar’ as identidades e construir papéis de gênero, o mesmo acontece com as instituições sociais como a igreja, o governo, as escolas e os ambientes de saúde. Cruz et al. (2015) observam que no contexto da saúde, especialmente no que diz respeito às políticas públicas, em decorrência da manutenção das práticas (cis)heteronormativas, tanto gays quanto lésbicas e pessoas transexuais não encontram cuidado e atenção devidos em centros de saúde e hospitais.

Tendo como ponto de partida o pensamento de Michel Foucault, sobre o biopoder, regimes de verdade e a eficácia dos dispositivos de controle dos corpos e subjetividades, Cruz et al. (2015) explicam a constituição das instituições (escolas, hospitais, governos, etc) como processos de controle e fabricação dos sujeitos. Para os autores, os espaços de saúde e educação como as escolas, maternidades e unidades básicas de saúde, imersos em um contexto de relação baseada no saber-poder-verdade, ao mesmo tempo em que são produzidos também produzem os sujeitos que visam atender (CRUZ et al. 2015). Nessa perspectiva, a patologização das identidades trans marca a relação entre essas pessoas com os serviços de saúde que os acolhe a fim de compreendê-los para melhor marginalizá-los (BENTO, 2008).

Embora a transexualidade tenha sido retirada da categoria de transtornos mentais no Código Internacional de Doenças (CID) em 2019, sendo realocada para a seção de “condições relacionadas à saúde sexual” intitulada “incongruência de gênero” na versão atual do CID-11,

a plena despatologização das identidades transexuais permanece um objetivo a ser alcançado. Contrariamente, a 5ª edição do Manual de Diagnóstico de Transtornos Mentais (DSM-5) ainda concebe a transexualidade como uma forma de transtorno denominada “disforia de gênero”. Assim, mesmo com avanços normativos, persiste a necessidade de uma abordagem mais abrangente e inclusiva para eliminar estigmas associados às experiências trans.

Depreende-se daí que a noção nosológica atribuída às identidades trans ainda permeia o campo da saúde, que, guiado por paradigmas essencialistas, mantém a necessidade de diagnósticos sobre as diferentes experiências de vivenciar e expressar gênero. O discurso com tom de acolhimento e que sustenta essa visão é de que, por meio desses diagnósticos, é possível implementar um cuidado criterioso, seguindo protocolos que padronizam o acesso às adequações corporais. Essas adaptações não visam tratar a identidade trans, mas sim aliviar o sofrimento decorrente da interação entre sociedade e indivíduo.

No cerne dessa discussão, emerge um paradoxo entre assistência à saúde e autonomia para as transexualidades. A patologização parece conferir um nível questionável de autonomia ao possibilitar o acesso aos processos de afirmação de gênero. Essa autonomia é objeto de extenso debate nas ciências sociais que questionam as formas pelas quais o campo biomédico utiliza o diagnóstico como meio de controle dos corpos. Simultaneamente, apontam para os interesses capitalistas da indústria farmacêutica evidenciando a relação entre a patologização e os objetivos da saúde suplementar.

Diante disso, o campo das ciências sociais, no âmbito da saúde coletiva, chamam a atenção para a importância da atuação de outras áreas do conhecimento, além das biomédicas, na compreensão das identidades transexuais como trajetórias de vida de amplo significado social e cultural e não apenas como processos patológicos a fim de que a despatologização da transexualidade ultrapasse a leitura essencialista de gênero e seja mais concreta sem a manipulação de conceitos e permissões do campo da biomedicina (PEREIRA, 2014; BENTO, 2017).

Ao abordar a necessidade da despatologização das transexualidades, Bento (2017) observa que o campo da biomedicina, na tentativa de mitigar os determinantes sociais que causam o sofrimento das pessoas trans, apropriou-se dos significados de sexo e gênero, provocando assim a redução do gênero - uma categoria cultural com diferentes significados em diversas culturas - a uma categoria diagnóstica fundamentada no sistema binário homem-mulher. Esse sistema determina checklists que indicam a veracidade da transexualidade restringindo as trajetórias de vida a meros diagnósticos. Nesse contexto, a autora questiona a necessidade de diagnosticar o gênero, o que faz lembrar a discussão nas

seções iniciais deste trabalho acerca da construção das normas. Essas normas são percebidas como veículos de manutenção das diferenças, com o intuito de demarcar quem pode viver plenamente e quem deve permanecer categorizado como doente.

“Por que diagnosticar o gênero? Quem autoriza os psicólogos, psiquiatras, endocrinologistas e outras especialidades que fazem parte das equipes multidisciplinares a avaliar as pessoas transexuais e travestis como “doentes”? Se não existe nenhum exame clínico que conduza a produção do diagnóstico, como determinar a ocorrência do “trans-torno”? Quais são e como estabelecer os limites discerníveis entre “os transtornados de gênero” e “os normais de gênero” (BENTO, 2017 p. 94)

Sob o mesmo prisma e na compreensão de que gênero é entidade instável e plural e defendendo ainda que todas as pessoas possam modificar/adequar seus corpos de acordo com suas próprias necessidades particulares e contingentes, Butler (2009) em seu texto “Desdiagnosticando o gênero”, ao relatar sobre o contexto estadunidense da luta pela despatologização das transexualidades, se opõe à prática de diagnóstico e questiona a sua necessidade visto que o mesmo serve de pretexto para enriquecer o mercado financeiro do campo da saúde suplementar além de interpretar como doença as identidades de gênero que deveriam, antes, ser entendidas como possibilidades, entre outras, de autodeterminação de gênero.

As perspectivas apresentadas, tanto no contexto estadunidense (Butler, 2009) quanto no brasileiro (Ventura e Schramm, 2008; Almeida e Murta, 2013; Bento, 2017; Prado, 2018), evidenciam a crise nas relações entre biomedicina, transexualidade e autonomia. Ambos os autores apontam para o dispositivo de poder centralizado na medicina (e no Direito), que reduz a autonomia das pessoas trans, delineando um padrão de transexualidade "autêntica" por meio de uma temporalidade única aplicada a experiências de gênero que são, na realidade, individuais. O que é inicialmente concebido como benéfico para a pessoa trans revela-se, em última instância, uma determinação médico-institucional legitimada pela norma jurídica, enquanto a autonomia do indivíduo é limitada à decisão de buscar os processos de afirmação de gênero e aceitá-los (Ventura, Schramm, 2008). Após isso, a última palavra é um privilégio médico.

Os protocolos de saúde, ao estabelecerem critérios para uma afirmação de gênero segura com o apoio de uma equipe multidisciplinar, desempenham um papel na legitimação e consolidação de normas associadas às performances de gênero. Essas normas, enraizadas em

um ideal cisnormativo, acabam por restringir a autonomia da experiência de gênero e a liberdade para realizar mudanças corporais ou performances de acordo com as necessidades individuais. Dentro do contexto do imaginário médico protocolar, a identidade trans frequentemente é associada à busca pelos extremos entre masculinidade e feminilidade, homem e mulher, negligenciando o amplo espectro de possibilidades existentes dentro dessa binaridade. Assim, sob essa perspectiva, sugere-se que um homem trans ou transmasculino não teria o desejo de engravidar ou praticar aleitamento humano, como será abordado posteriormente neste trabalho.

Neste cenário, também vale levantar a discussão sobre como os processos de ideação de uma norma cristalizada e binária de gênero atuam na organização dos espaços públicos uma vez que serão estes espaços os definidores, ou parte deles, da acessibilidade aos serviços de saúde e, além disso, é a partir dessa discussão que possíveis potenciais de mudanças podem emergir para que o processo da despatologização das identidades trans não se concentre apenas na retirada destas condições dos manuais, mas antes, que as mudanças sejam cotidianas e atuantes nas atividades dos serviços de saúde e não apenas no âmbito burocrático estrutural.

Em seu texto “(RE)negociando as ruas heterossexuais”¹⁷ Valentine (1996) dá o nome de “heterossexualização dos espaços públicos” à naturalização da heterossexualidade compulsória presente na repetição e regulação da performance heretossexual dos espaços públicos através de campanhas, músicas, anúncios e, inclusive, nas demonstrações de afetos permitidas que não só naturalizam a heterossexualidade como torna abjetas as práticas sexuais dissonantes a ela.

Para Millet (2020), da mesma forma como a heterossexualidade compulsória se apropria dos espaços públicos, é possível observar que o mesmo fenômeno acontece com o que o autor dá o nome de ‘cissexismo’¹⁸ nos espaços de saúde. Neste caso, os ambientes de saúde são vedados às pessoas trans que acabam expulsas dos serviços de saúde de formas subjetivas (sistemas operacionais que não atualizam o nome social e protocolos de atendimento cis centrados) ou objetivas (olhares, comentários e formas de tratamentos), restando-lhes como alternativa traçar estratégias para conseguir acesso à saúde por outros meios tais como a rede informal e nem sempre segura de saúde.

¹⁷ Tradução nossa.

¹⁸ Millet (2020) como o movimento Transfeminista utiliza o termo cissexismo como meio de denunciar a desconsideração da existência de pessoas trans na sociedade face à normalidade compulsória com a qual as identidades cis são lidas e aceitas como biológicas, verdadeiras ou normais, o que causa apagamento político das identidades trans.

Com o intuito de superar as barreiras impostas às pessoas trans no acesso à saúde, paradoxalmente criadas pelo próprio campo da saúde, (MILLET, 2020) propõe uma sequência de ações visando a "decissexualização" dos espaços públicos. Millet reconhece a dificuldade em erradicar por completo os paradigmas cissexuais, dada a sua normalização cultural e a capacidade de reinvenção do (cis)tema. Contudo, o autor destaca que as estratégias propostas por ele têm o potencial de minimizar impactos e orientar a despatologização das identidades trans, oferecendo suporte ao convívio entre as diferenças:

- Identificar, descrever e assumir o cissexismo em todas as suas formas;
- Abandonar a ligação genitália-sexo-gênero-performance de gênero;
- Deixar de impor e assumir o gênero das pessoas que chegam ao serviço;
- Mudar formulários administrativos sob uma perspectiva trans;
- Analisar grades curriculares na formação da saúde excluindo perspectivas cis e incorporando produções de pessoas trans nas grades do ensino. (MILLET, p.42, 2020)

As estratégias apresentadas por Millet (2020) sugerem a reorganização do modo de leitura das identidades de gênero com o intuito de retirar o caráter original e biológico das identidades cis. Em outras palavras, antes de patologizar as identidades trans o autor sugere que se repense a naturalidade compulsória da identidade cis. Longe de ser a solução para o olhar patológico instituído pelo campo biomédico sobre as identidades trans, a “decissexualização” aponta horizontes possíveis para a reflexão sobre as normalidades impostas, hiper classificações e cristalizações da noção binária de gênero que por sua vez fundamentam o *modus operandi* da divisão entre o normal e o patológico no campo da saúde.

De modo similar, Prado (2018) traz uma reflexão extremamente rica sobre a despatologização das identidades trans. O autor defende que antes de se pensar a retirada das identidades trans dos manuais, é necessário o trabalho árduo de escuta, acolhimento e principalmente desclassificação das identidades e sexualidades de modo contínuo e permanente com o objetivo de desconstrução e enfraquecimento deste *modus operandi* que fundamenta a patologização.

Nos últimos capítulos de seu livro, Prado (2018) aborda uma lacuna que pode surgir na discussão sobre a despatologização. Para o autor, a decisão de não diagnosticar gênero não implica negligenciar o acompanhamento da afirmação de gênero segura; pelo contrário,

significa assegurar o cuidado e respeitar as próprias subjetividades das pessoas trans. Essa abordagem tem como objetivo evitar a classificação das identidades em caixas normativas e a imposição dos pressupostos normativos e essencialistas da matriz (cis)heteronormativa sobre suas histórias de vida. Nas palavras de Prado, "despatologizar é desclassificar, não descuidar; despatologizar é desconstruir, não desassistir" (Prado, p.55-77, 2018)

O alerta feito por Prado (2018) e corroborado por outros autores como Butler (2009), Ventura e Scharam (2008), Almeida e Murta (2013) e Bento (2017) são extremamente importantes considerando que a manutenção da patologização se justifica na ideia de que o diagnóstico é imprescindível à formulação de diretrizes para o acesso à assistência pública ou suplementar no intuito de adequar todas as identidades de forma similar, desconsiderando, novamente, a ideia de gênero como um devir e processo único de cada trajetória de vida.

Neste cenário de conflitos, onde a autonomia e a saúde da pessoa trans encontram-se em crise, subjugadas pelo poder-saber biomédico, a busca por cuidados básicos relacionados à saúde se torna uma empreitada que exige coragem. Mas qual é a relação entre a patologização das identidades trans e a saúde sexual e reprodutiva das transmasculinidades? A resposta para essa pergunta reside na maneira como o campo biomédico concebe e aborda a existência de corpos e identidades que se desviam das normas estabelecidas. Se as identidades e expressões de gênero não normativas são interpretadas como patológicas, como as experiências sexuais e reprodutivas dessas pessoas podem ser tratadas pelos serviços de saúde sem o viés patológico? Como a gestação de um transmasculino não será considerada de alto risco? Portanto, reconhecer a importância da despatologização das identidades trans significa compreender que, nesse contexto, está diretamente incluído o bem-estar sexual e reprodutivo das transmasculinidades.

5. METODOLOGIA DE PESQUISA

5.1 Objetivos

Identificar nos relatos dos interlocutores :

-As principais barreiras para que homens trans e transmasculinos deixem de buscar os serviços de saúde direcionados à saúde sexual e reprodutiva e os desconfortos vivenciados por eles durante a assistência.

-Como as informações sobre saúde sexual e reprodutiva são transmitidas pelos serviços de saúde às transmasculinidades.

-As estratégias criadas por eles para evitar/fugir da transfobia nos serviços de saúde e os meios criados por eles para conseguir informações sobre SSR fora dos veículos formais de saúde.

5.2 Produzindo dados através de relatos orais e entrevistas semi-estruturadas

O presente trabalho é resultado de uma pesquisa qualitativa exploratória baseada na utilização da técnica de entrevistas semi estruturadas para a construção dos dados através dos relatos orais dos interlocutores sobre suas experiências no contato com serviços de saúde. Esses relatos possibilitaram a compreensão e discussão sobre as barreiras encontradas por eles na busca por atendimentos relacionados à saúde sexual e reprodutiva, as falhas do sistema de saúde em atender às suas demandas e as estratégias encontradas por eles para driblar a transfobia presente nesses serviços.

A escolha pela construção dos dados, fazendo uso da técnica de entrevista semiestruturada, mostrou-se extremamente relevante. A flexibilidade no encaminhamento de temas proporcionada por essa técnica resultou em maior aprofundamento em determinados assuntos, o que não seria possível em modelos de entrevistas mais rígidos e estruturados. Essa técnica é capaz de captar diversas nuances das experiências de vida dos interlocutores, uma vez que, ao surgir algum tema de interesse durante o relato oral do interlocutor, há espaço para desenvolver as ideias dali emergidas segundo os critérios e interesses do tema investigado (LIMA, 2016).

Por meio dessa técnica de construção de dados, as narrativas dos interlocutores durante a entrevista, expressas por relatos orais, abrangiam tanto o passado distante, marcado por situações de constrangimento no início do processo de afirmação de gênero, quanto eventos recentes permeados pela transfobia do cotidiano. Queiroz (1987), ao discutir a relevância dos relatos orais em pesquisas no campo social, explica justamente que eles conseguem, seja em depoimentos, entrevistas abertas ou até mesmo nas semi estruturadas ou semi abertas, exprimir com riqueza detalhes das experiências vivenciadas pelos interlocutores. Além disso, Becker (1999) defende que os relatos orais, amplamente utilizados desde o início do século XX até os anos 50, são valiosos para dar visibilidade ao que ainda não está

devidamente descrito, e esse vácuo se torna evidente nos estudos voltados às temáticas da saúde sexual e reprodutiva de pessoas transmasculinas.

De acordo com Queiroz (1987) os relatos orais narram tanto o passado longínquo quanto o recente marcado pelas experiências do dia a dia. Tais relatos são considerados, pela autora, como a maior base de obtenção de toda fonte de informação e conservação do saber nas sociedades ao longo dos tempos, além de ser o antecessor de outras técnicas de comunicação entre os humanos como o desenho e a escrita. A autora defende que o relato oral narra histórias de vida que contam a existência de uma pessoa de forma temporal e linear na qual se busca relatar os momentos mais marcantes relacionados a determinados assuntos, e disso, o pesquisador pode desvendar as relações do informante com o grupo social.

Segundo Becker (1999), o acesso às histórias de vida proporciona o contato direto com informações de certos grupos, o que possibilita maior riqueza de detalhes por meio de um processo que não é simplesmente uma interação entre um entrevistador e um interlocutor mas antes um “processo observável de interação simbolicamente mediada” (BECKER 1999). Isso quer dizer que para além do campo das objetividades, o acesso aos processos de vida simbólicos do interlocutor podem expressar informações de extrema relevância para o campo pesquisado.

Todavia, ao falar sobre o uso de relatos orais que narram as histórias de vida em seu texto "A Ilusão Biográfica", Bourdieu (1983) ressalta o seu receio de que a ideia do senso comum sobre as histórias de vida seja contrabandeada para o campo das ciências sociais, retirando-lhe sua validade científica. Com isso, Bourdieu destaca que no pensamento comum supõe-se que a vida seja uma sucessão de acontecimentos individuais e lineares, com começo, meio e um fim já delimitados, sem levar em conta todo o processo social no qual o sujeito está inserido. A preocupação do sociólogo é com a literalidade com a qual se interpreta a narrativa da história de vida sem que se considere uma análise crítica dos processos sociais que permeiam esses relatos, como explicam Poupart (2012) e Marinho (2017).

A proposta de Bourdieu (1983) é que se utilize o conceito de “trajetória de vida” no lugar de “história de vida”. Ao propor essa diferenciação, o autor pretende evidenciar que, diferente do segundo, o primeiro é formado por uma série de locomoções não necessariamente lineares que são realizadas por um agente que é, sobretudo, um devir participante de estruturas sociais sujeitas a reajustes na medida em que a sua trajetória exerce influência ao mesmo tempo em que é influenciada pela coletividade:

Não podemos compreender uma trajetória sem que tenhamos previamente construído os estados sucessivos do campo no qual ela se desenrolou e, logo, o conjunto das relações objetivas que uniram o agente considerado ao conjunto dos outros agentes envolvidos no mesmo campo e confrontados com o mesmo espaço dos possíveis (BOURDIEU, 1983, p 190)

Diante das divergências conceituais, terminológicas e epistemológicas, a definição dos caminhos epistemológicos se tornou uma reflexão crucial para alinhar o conceito com os objetivos do estudo. O termo ‘trajetória de vida’, proposto por Bourdieu (1983), se mostrou como o mais adequado para os propósitos desta pesquisa. Ao longo do texto, esse conceito é amplamente utilizado, já que sua essência explica a trajetória de vida como um processo não linear, resultante da desconstrução e reconstrução da subjetividade pessoal, sujeita a negociações e ressignificações permeadas pelo capital cultural e econômico.

A construção das experiências identitárias de gênero, entendidas por sua vez, como um devir que atravessa processos de auto identificação, transição e negociação com as normas vigentes (BUTLER, 1990; BENTO, 2017; PRECIADO; 2018), assemelham-se e são contempladas nessa abordagem de trajetória de vida proposta por Bourdieu. Além do mais, essas experiências também estão suscetíveis a modificações conforme o acúmulo do capital cultural e econômico como foi discutido no início deste trabalho no esforço de explicar a divisão político identitária entre as categorias Homem Trans e Transmasculinos que compõem as transmasculinidades, refletindo uma compreensão dinâmica e multifacetada dessas trajetórias.

Para dar fundamento ao conceito de “trajetória de vida”, Bourdieu também explica que a individualidade dos comportamentos tendem a ser coerentes com as condições construídas socialmente de modo que tais condições constituem o que o autor nomeia como “*habitus*”. A partir dessas condições (comportamentos e estilos de vida) que são marcas reproduzidas no cotidiano e se tornam referências estruturantes, sobretudo, das interações sociais, os comportamentos esperados na sociedade são observados ao longo de um período da história e se retroalimentam pois são reafirmados enquanto geram outros comportamentos embebidos do passado (BOURDIEU, 1983).

Para Bourdieu, o *habitus* seria pois a “interiorização da exterioridade e a exteriorização da interioridade” (BOURDIEU. 1983 p.47). Isso sugere que as formas pelas quais a sociedade se estabelece nas pessoas as “treina” para pensar, agir e sentir. Além disso, o *habitus* guiará a elaboração das respostas individuais diante dos constrangimentos e demandas do meio social em que se vive. Portanto, pode-se afirmar que o *habitus* desempenha um papel essencial na norma (Wacquant, 2006).

Adotar um referencial teórico metodológico ancorado no pensamento de Bourdieu baseado na ideia de construção das trajetórias de vida e na manutenção das normas por meio dos *habitus* e relacioná-los com as discussões vindas dos estudos de gênero possibilitadas por autores da filosofia pós estruturalista, do feminismo, transfeminismo e da teoria queer contribuiu para uma análise mais profunda sobre a construção e práticas dos serviços de saúde que são processos permeados pelo *habitus* (cis)heteronormativo. Além disso, também foi possível a observação sobre como se dão as respostas e quais são os itinerários de fuga e autocuidado encontrados pelas transmasculinidades frente às investidas de um regime (cis)heteronormativo cujo objetivo é manter à parte do convívio social toda e qualquer forma de desvio da norma.

5.3 Processo de coleta dos dados

Na empreitada de encontrar os interlocutores desta pesquisa fiz uma busca ativa, a princípio, em canais do *YouTube* que tratavam de temas da vida cotidiana de pessoas transmasculinas como a afirmação de gênero, saúde mental e física, esportes etc. Essa busca resultou no contato com diversos grupos de homens trans e transmasculinos e a partir dessas trocas fui convidado a participar de um episódio sobre a saúde sexual e reprodutiva das transmasculinidades vinculado a uma série de *lives* que aconteciam no canal do *YouTube* intitulado como “Transmasculines em Foco”, um projeto originado pela parceria entre a ONG Vida Nova e o grupo Família Stronger atuante no movimento social de pessoas trans e liderado pelo jornalista Luiz Uchoa.

Em decorrência da experiência com o canal Transmasculines em Foco, pude aumentar a minha rede de contatos com outros pesquisadores e ativistas dos direitos sexuais e reprodutivos e fui convidado pela Rede de Humanização do Nascimento (ReHuNa) a participar de uma roda de conversa sobre reflexões em torno da gestação, parto e nascimento protagonizados por homens trans. Foi durante essa roda de conversa que encontrei um dos interlocutores deste trabalho. No entanto, diante da dificuldade de encontrar outros transmasculinos ou homens trans que gestaram e que quisessem compartilhar comigo suas experiências, decidi elaborar um material de divulgação da minha pesquisa como forma de convite. Encaminhei esse material para algumas pessoas que conheci por meio das *lives* que assisti e participei ao longo do ano de 2021 e 2022 além de investir nos diálogos com alguns homens trans que encontrei no *Grindr*¹⁹ Uma vez que todos os perfis de homens trans que

¹⁹ Plataforma destinada ao encontro entre homens cis e/ou trans que fazem sexo com outros homens.

tiveram a experiência da gestação e parto no *Instagram* eram perfis verificados e, devido a isso, nenhum deles recebia os meus convites para participar da pesquisa.

A elaboração de um curso sobre saúde da população trans, juntamente com meu orientador e outros colegas do Núcleo de Estudos da Diferença e das Desigualdades na Saúde Coletiva (NUEDI) do departamento de Saúde, Ciclos de Vida e Sociedades da Faculdade de Saúde Pública da USP, proporcionou-me, além do ambiente de aprendizagem e aprofundamento do tema estudado, o contato com outras pessoas trans que me auxiliaram em diferentes momentos desse trabalho. Elas compartilharam o material de divulgação em grupos voltados para pessoas trans, tanto no *Telegram* quanto no *WhatsApp*. Foi a partir dessas divulgações que três homens trans me procuraram, animados para compartilharem os relatos sobre suas experiências relacionadas à busca e atendimento no campo da saúde sexual e reprodutiva. Apenas dois deles seguiram com o interesse em participar da pesquisa, totalizando três interlocutores, sendo um deles transmasculino que se identifica como boyceta, e os outros dois, homens trans.

As entrevistas foram realizadas entre julho e outubro de 2022, da forma como os interlocutores se sentiram mais à vontade para me oferecerem seu tempo. Em Olinda-PE a entrevista aconteceu ao longo do dia no formato presencial, o que me proporcionou um momento bastante interessante de interação com a filha e esposa do interlocutor. Os outros dois interlocutores preferiram o formato online por questões pessoais de locomoção e instabilidade climática na cidade de São Paulo.

As entrevistas no formato *online* se deram por meio das plataformas digitais *Google Meet* e *WhatsApp* e embora a experiência entre o online e o presencial seja diferente em diversos aspectos, acredito que ambos os formatos permitiram a construção de dados em um ambiente de troca respeitosa e acolhedora cujo os dados construídos contemplaram os interesses da pesquisa. Além disso, ainda que a experiência presencial tenha me proporcionado momentos únicos de observação do núcleo familiar, relatos mais calorosos e experiências mais palpáveis, o contato online ofereceu um ambiente tranquilo para o diálogo que já vinha sendo cultivado há um bom tempo por mensagens de texto.

5.3.1 Apresentação dos interlocutores Carlos, Alex e Breno

Carlos é um transmasculino que se auto identifica como “boyceta”; ativista participante do Movimento Independente de Homens Trans e Transmasculinos (MOVIT). Tem 33 anos, é branco, bissexual, formado em Biologia e atualmente exerce a profissão de

desenvolvedor de sistemas, Carlos se declara como Ateu. Na época da entrevista relatou não fazer uso de Testosterona devido à pausa durante a gestação e dificuldade de retornar com o uso do hormônio por questões logísticas do “(cis)tema” de saúde como ele mesmo disse. Porém, manifestou desejo de voltar com a utilização do hormônio assim que possível. Ao ser questionado sobre o desejo de mudanças corporais como parte do processo de afirmação de gênero, Carlos relatou desejo pela mastectomia. O interlocutor vive uma união estável e reside em Olinda-PE com sua família composta por sua filha, uma menina amável de 2 anos e sua esposa, militante, educadora popular, assessora parlamentar, travesti e grande provocadora de debates relacionados à política, família e religião. Além desse núcleo, também existe a presença de duas figuras importantes na rotina da família de Carlos, que é a Dinda, uma mulher trans e madrinha da filha de Carlos e a sua mãe. Duas pessoas presentes de forma integral na vida da família e nos cuidados da criança.

Meu contato com Carlos se deu por meio da internet em tempos de pandemia da COVID-19. Eu já o acompanhava desde uma live que assisti no canal do *Youtube* chamado “Transmasculinidades em foco” gerenciado pela Rede Família Stronger. Após assistir a live entrei em contato com o organizador que me convidou para participar de uma outra *live* a fim de que eu contasse um pouco mais da minha pesquisa. A partir daí consegui ir me inserindo mais na temática da gestação e parto nas transmasculinidades até que, finalmente, pude participar da mesma live que Carlos organizada pela Rede de Humanização do Parto e Nascimento (ReHuNa). Foi aí que estreitamos os laços e conseguimos marcar uma conversa pessoalmente.

Alex é um homem trans de 26 anos, negro, morador da cidade de Cotia, localizada na região metropolitana de São Paulo. Tem ensino médio completo, não frequentou o ensino superior e na época da entrevista estava desempregado. É solteiro e, ao ser indagado sobre sua sexualidade, se declarou heterossexual que mantém relação, principalmente, com mulheres trans e travestis. Tem como religiosidade a doutrina católica. O participante contou que faz uso de testosterona como processo de afirmação de gênero e também pratica atividade física como capoeira e musculação e manifestou desejo pela mastectomia. Por morar em Cotia e por não haver disponibilidade, na região onde vive, de serviços voltados para a dispensação de testosterona ou atendimento do público trans, Alex contou que se desloca até o centro da capital paulista, no UBS da Santa Cecília, para ter acesso às consultas próprias do processo de afirmação de gênero e pegar suas doses de testosterona.

O participante contou que o início do seu processo de afirmação de gênero não foi muito tranquilo mas pôde contar com o apoio de outros homens trans da Casa1 que lhe presentearam com um Binder²⁰ e indicaram a UBS da Santa Cecília para o acesso ao processo transexualizador do SUS. A partir desta indicação Alex está há 6 anos frequentando o local e relata gostar muito da forma como é tratado naquele ambiente, diz ainda se sentir acolhido pelo médico que o atende.

Meu contato com Alex foi possível graças à divulgação feita por minha amiga Julia Freitas no grupos de WhatsApp da UBS da Santa Cecília. Tendo o material de divulgação o participante entrou em contato comigo pelo celular manifestando interesse em participar da minha pesquisa e a partir daí seguimos conversando até que marcamos uma data específica para o encontro que foi online devido ao tempo chuvoso em São Paulo.

Breno é um homem trans de 23 anos de idade, candomblecista, branco, bissexual e noivo de Rogério, também homem trans; ambos residem na zona Sul de São Paulo em união estável. Breno é estudante universitário do curso de graduação em Recursos Humanos, declara que tem desejo de seguir carreira na área de diversidade e inclusão empresarial.

Ao ser indagado sobre o processo de afirmação de gênero, Breno contou que tem vontade de fazer mastectomia e que na época da pandemia estava utilizando testosterona por conta própria mas devido ao aumento do preço da Deposteron de 50 reais para 250 reais no período pandêmico precisou parar com a hormonização, mas pensa em retornar a utilizar a testosterona e dessa vez pelo SUS, na UBS da Santa Cecília. Breno chegou até mim por meio do material de divulgação que criei para ser distribuído em grupos de *WhatsApp* e *Facebook*.

O interlocutor contou que há um tempo tem feito trabalhos do tipo *freelancer* no PoupaTrans, onde conheceu a Júlia (nossa amiga em comum) que lhe fez o convite para participar desta pesquisa. Por meio do PoupaTrans, Breno mantém uma rede de conhecidos do próprio movimento que indicam diversos trabalhos relacionados aos eventos do movimento organizado de pessoas trans.

Ao longo da entrevista Breno manifestou sua vontade de constituir família e pensa em gerar um filho com os seus próprios óvulos, porém não pensa em gestar restando como alternativa que o seu noivo experimente a gestação. Breno contou que toda essa discussão é envolta por muito medo de vários procedimentos que ele sabe que são deletérios para a saúde.

²⁰ Tipo de faixa elástica comumente utilizado pelas transmasculinidades na região do torax para diminuir o volume dos seios.

Brincou que por ser um pouco mais estourado, provavelmente arrumaria briga durante o parto. Essa discussão será mais aprofundada na seção dos resultados e discussão.

A entrevista com Breno aconteceu por meios digitais devido à instabilidade do tempo na cidade de São Paulo. O interlocutor se mostrou muito disponível inclusive antes do encontro *online* durante as conversas pelo *WhatsApp* e após a entrevista quando eu lhe procurava para tirar algumas dúvidas sobre nossa conversa.

5.4 - Análise dos dados e eixos principais de interpretação

Os dados construídos nesse estudo foram tratados e analisados seguindo a abordagem sistemática de análise de conteúdo proposta por Bardin (1977). Essa abordagem compreende um conjunto de técnicas cujo objetivo é exprimir os significados contidos nas mensagens coletadas em jornais, entrevistas, imagens ou outros materiais. A análise temática dos significados presentes nos discursos dos interlocutores, seguiu as etapas de pré-análise, codificação e tratamento dos dados cujo objetivo final é fazer emergir eixos principais de análises.

Na etapa de pré análise, a leitura flutuante das entrevistas transcritas possibilitou a organização e sistematização das ideias, isso levou à seleção do corpus, ou seja, do conjunto de material a ser analisado. A etapa de codificação dos dados envolveu a condensação da essência da informação através de excertos (unidades de contexto) das falas dos participantes, que indicam o conteúdo expresso nos trechos selecionados dentro de seu contexto a fim de que não se perca a informação em seu significado original. Tais excertos suscitaram as unidades de registro que carregam a essência final do conteúdo fragmentado até então e que, posteriormente, foi alocado em eixos temáticos que facilitaram a classificação dos significados em eixos principais de análise (BARDIN, 1977).

A sistematização da análise do conteúdo fez emergir quatro eixos principais de análise 1) (Cis)heteronormatividade estrutural e as barreiras institucionais no acesso a serviços de saúde sexual e reprodutiva; 2) Defasagem e invisibilização: heterossexualidade compulsória e os desafios na atenção à saúde sexual e reprodutiva de homens trans e pessoas transmasculinas; 3) (Auto)Cuidado em redes: resistência à transfobia e as estratégias transmasculinas na busca por informação e autonomia no processo de cuidado. 4) “Transfobia obstétrica: A violência no ciclo gravídico puerperal de um boyceta” que busca detalhar a situação de violência sofrida durante o ciclo gravídico-puerperal de um boyceta, propondo e aprofundando a discussão sobre a categoria “transfobia obstétrica”.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 (Cis)heteronormatividade estrutural e as barreiras institucionais no acesso a serviços de saúde sexual e reprodutiva

Porque a gente não vai em algo chamado, voltado para mulheres né, por exemplo. (Breno, 25)

E é isso assim, afasta né pra ser bem honesto, pessoas transmasculino tem extrema dificuldade de estabelecer uma rotina de cuidado à saúde principalmente saúde ginecológica e isso é um empecilho gigantesco saca? porque assim, mano como que eu vou fazer pra ir num hospital como esse quando o próprio hospital o espaço mais amplo, ele não me acolhe! Como é que eu vou esperar que eu vou chegar lá e as pessoas que estão lá vão me acolher sabe? ou não vão me olhar com estranheza ou algo do tipo sabe? É muito por aí. (Carlos, 33)

As narrativas compartilhadas pelos interlocutores refletem pontos problemáticos relativos ao acolhimento das instituições de saúde às pessoas transmasculinas e evidenciam que o encontro entre a experiência da transexualidade com o serviço de saúde ainda é conflitante e pouco acolhedor. Nessa discussão a tensão em torno da disputa política que envolve a utilização de uma linguagem neutra no campo da saúde e o desafio de acolher pessoas trans sem inviabilizar outras minorias será abordada tendo como ponto de partida as inquietações narradas pelos interlocutores.

Outras problemáticas emergidas nessa discussão como a necessidade de maiores diálogos em torno das questões de gênero e sexualidades, não só nos currículos de formação profissional mas desde os primeiros anos da trajetória da educação institucionalizada, também serão contempladas assim como a importância de um mapeamento eficaz da população trans e a desconstrução dos paradigmas biomédicos no campo da saúde alinhados a uma necessidade de visão mais ampla de saúde que priorize os marcadores sociais da diferença, fatores imprescindíveis para a elaboração de políticas públicas de saúde e práticas inclusivas que garantam a efetividade dos princípios do SUS.

Em um curto espaço de tempo o Processo Transsexualizador no SUS, apesar dos desafios de sua implementação e cobertura (SANTOS, 2020), possibilitou o acesso à afirmação de gênero a uma considerável parcela de homens trans e transmasculinos. Este cenário trouxe consigo novas demandas para o campo da saúde sexual e reprodutiva que, imerso nos paradigmas biomédicos clássicos do essencialismo, não pôde se alinhar com rapidez às demandas em saúde desses grupos e segue a nível de compreensão dessas necessidades, o que interfere diretamente no acesso à saúde por homens trans e

transmasculinos que, por questões fisiológicas, necessitam acessar os serviços de saúde formulados para corpos e experiências identitárias cis.

Uma das barreiras no acesso aos cuidados relacionados à saúde sexual e reprodutiva relatada pelos participantes foi justamente a dificuldade em acessar os serviços de saúde destinados às mulheres cis que comumente levam o nome de “hospital da mulher”, “clínica feminina” ou “maternidade” e somado a isto o constrangimento em aguardar atendimento ginecológico junto com outras mulheres que geralmente lançam olhares nem sempre amigáveis ou acolhedores como expressado pelo interlocutor Alex: “Eu acho ruim porque uma vez eu fui na ginecologista lá no Sta Cecília e só tinha mulher lá e você lá no meio delas no corredor...”.

O desconforto evidenciado pelos participantes revela que ao se dirigirem a tais serviços o sentimento de ter a identidade de gênero invalidada torna-se ainda mais acentuado. A certeza de que a transfobia, manifestada principalmente pelo desrespeito ao pronome, será uma parte intrínseca do atendimento, já está preconcebida com base em experiências pessoais ou de conhecidos próximos. Consequentemente, homens trans e transmasculinos evitam buscar esses serviços chegando até mesmo a desistir do atendimento como foi compartilhado pelo interlocutor Carlos, de 32 anos:

eu tive um sangramento e aí eu fiquei ‘puta que pariu’ vou ter que ir no médico, porque assim, geralmente quando eu tenho qualquer coisa, eu não vou médico, eu tento me virar porque... A última coisa que vão fazer é me tratar no gênero correto né, eu não vou nem com essa esperança (risos)

Primeiro que quando eu precisava ir numa emergência lá no hospital da mulher a galera era super transfóbica assim, não me tratava no masculino de jeito nenhum, era um atendimento assim, eu cheguei a ir num atendimento no hospital pra uma emergência e desistir de ser atendido sabe, dizer, eu não vou ficar aqui porque eu to piorando aqui em vez de sentir que eu vou melhorar sabe? (CARLOS)

Tanto Carlos quanto os demais participantes, ao discorrerem sobre as dificuldades de recorrer aos serviços de saúde destinados às mulheres cis, evidenciam as barreiras estruturais que permeiam o acesso à SSR. Esse cenário faz emergir um debate delicado e que tende a adquirir tons de disputa linguística e representatividade política, mas, sobretudo, de significados simbólicos. Se, por um lado, o uso de uma linguagem neutra se propõe ao acolhimento e proteção de pessoas trans, por outro, a ideia do apagamento do uso da categoria “mulher” dos dispositivos de saúde provoca debates intensos entre teóricas feministas, vertentes de um feminismo mais radical e o movimento de pessoas trans.

A própria teórica feminista negra Djamila Ribeiro (2022) expressa críticas ao uso da linguagem neutra, como "pessoa com útero", "pessoa que menstrua" ou "pessoa gestante". Em sua visão, utilizar esse tipo de comunicação reduz a mulher a uma função biológica e perpetua o fato histórico da intocabilidade da categoria homem: "Não há publicações sobre eles como 'pessoas que ejaculam', por exemplo" (RIBEIRO, 2022). Baseando-se no pensamento de Kimberlé Crenshaw sobre a influência do acúmulo de vulnerabilidades nos processos de violência de gênero, Djamila Ribeiro considera imprescindível refutar a universalidade da categoria mulher com base nas interseccionalidades das diversas experiências de mulheres para então nomear essas realidades e compreendê-las. Fazer uso de uma linguagem neutra, para ela, significa retroceder na história e apagar as diversas formas de ser mulher.

A linguagem é ferramenta elementar para a construção de gênero e perpetuação de suas normas (MEAD, 1935; BUTLER, 1990). É por meio do enunciado e da linguagem que se produz e concretiza o ato do gênero. O próprio enunciado "é um menino" no momento do nascimento tem o poder de moldar toda a trajetória de vida de uma pessoa. Nessa esfera, é nítido que a linguagem não se limita apenas à prática da descrição; ela também tem caráter de função performativa. Sendo assim, o emprego inadequado de pronomes legitima o que se produz diariamente na cultura (cis)heteronormativa ao reproduzir os efeitos prejudiciais desse habitus (cis)heteronormativo que mina a construção simbólica da identidade de uma pessoa trans. Identidade, afinal, que não está unicamente pautada na materialidade do corpo, mas também na complexa relação entre o corpo, signos e pactos sociais da linguagem (PRECIADO, 2014).

Especialmente no contexto dos serviços de saúde, onde o paradigma biomédico é considerado inquestionável, a negociação de recursos que desafiam os pressupostos dessas construções parece ser uma tarefa bastante complexa, se não impossível. Isso é ainda mais evidente no campo da linguagem, que representa um componente essencial das interações sociais. Nesse cenário, também é possível perceber a eficácia do habitus (cis)heteronormativo em perpetuar as normas de gênero o que fica claro ao observar como a normatividade se manifesta não apenas na arquitetura física dos hospitais, especialmente pela divisão binária presente no ambiente desses locais, muitas vezes composto por cores que refletem a dualidade de gênero, mas também nas fachadas, nomenclaturas e linguagens escolhidas para esses estabelecimentos. Além disso, essa influência se estende à prática dos profissionais de saúde, desde a recepção até o corpo de profissionais técnicos.

Em reação à coluna de Djamila Ribeiro, o pesquisador Sereno Sofia que se debruça sobre o envelhecimento das transmasculinidades, imerso profundamente nessa discussão por

experienciar a transmasculinidade, defende o uso de uma linguagem mais inclusiva. Ele afirma que termos neutros não têm o objetivo de apagar categorias identitárias e nem se colocar como uma categoria universal. Pelo contrário, seu propósito é funcionar como “um artifício textual capaz de englobar, além da realidade material das mulheres cis, a experiência de pessoas transmasculinas, não binárias e intersexo” (REPOLÊS, 2022) o que tem o objetivo, antes de tudo, de proporcionar uma linguagem que possa ser empregada principalmente nos veículos de saúde e acolher pessoas trans cujo perfil de saúde é marcado por falta de assistência e expulsão em massa dos serviços públicos.

A utilização de uma linguagem neutra no serviço de saúde possibilita, além da inclusão das transmasculinidades, a desconstrução, justamente, de uma perspectiva biológica acerca da ideia de gênero e a possibilidade de reflexão sobre quais mulheres e suas interseccionalidades um “hospital da mulher” está proposto a atender. Ao falar do seu incômodo ao acessar esses serviços de saúde na busca por resolução de questões ginecológicas, o participante Breno levantou uma reflexão sobre a falta de perspectiva de gênero nos serviços de saúde da mulher em detrimento ao hiper foco sobre as perspectivas biológicas dos corpos nesses serviços:

“Você nunca vai ver mulher trans e travesti, pessoas trans femininas indo pra esses serviços ou usando esses serviços sejam privados ou públicos, os públicos podem ser mais provável, mas ainda bem baixo. É aquilo, é voltado pra isso... eu acredito até que são voltados para as mulheres cis brancas especialmente.” (Breno, 25)

É necessário considerar que, de fato, no ambiente hospitalar, principalmente naqueles com altos níveis de complexidade técnica, as demandas atendidas são estritamente voltadas para a materialidade biológica e aos processos fisiológicos desses corpos e que as questões uro-proctológicas das mulheres trans e travestis não são contempladas em um hospital da Mulher porque o mesmo não conta com tais especialidades em seu escopo de profissionais. Entretanto, de forma contraditória, mulheres trans que passaram pela cirurgia de transgenitalização precisam ser acolhidas nestes espaços devido às necessidades ginecológicas relacionadas à neovagina.

A impressão relatada pelo interlocutor Breno, de que os serviços de saúde “são voltados às mulheres cis e especialmente brancas” faz sentido se pensarmos nos pressupostos da matriz (cis)heteronormativa que instaura a normatização de gênero e requer sua convergência com outros macadores sociais de produção da diferença como classe, raça e sexualidade como explica Butler (1993) em seu livro “Corpos que importam”. Sendo assim,

por experimentarem a abjeção em relação à cisgeneridade, os corpos de pessoas trans não são esperados e acolhidos nos serviços de saúde que, por sua vez, também não são produzidos para esses grupos.

Por outro lado, os estudos de Winter (2016), Nisly et al. (2018) e Stewart et al. (2020) destacam que, apesar das tensões relacionadas ao acolhimento nos serviços de saúde e às dificuldades no uso de pronomes e linguagem neutra, homens trans e transmasculinos que tiveram acesso a serviços de saúde um pouco mais respeitosos apresentaram reduzido desconforto em relação a exames invasivos, como o papanicolau, por exemplo. Além disso, expressaram o orgulho de poder cuidar da própria saúde sexual e reprodutiva, o que resultou em um aumento na procura por esses serviços. Este achado é corroborado pela fala do participante Breno:

Fica mais convidativo pra você ir naquele serviço, ir naqueles profissionais que você sabe que se eles usam esses termos é porque eles estão inseridos nessa proposta de ampliar a saúde sexual, obstétrica, gestacional e tal...

A sensação de deslocamento vivenciada pelos participantes diante dos nomes atribuídos aos estabelecimentos de saúde é apenas uma das muitas barreiras que eles enfrentam. Uma vez superada essa primeira dificuldade, as pessoas transmasculinas deparam-se com a falta de compreensão por parte dos profissionais de saúde sobre as características anatômicas dos sistemas urogenitais e reprodutores dos homens trans e transmasculinos. Embora alguns serviços possam demonstrar maior receptividade às diversidades, eles ainda pecam nos detalhes dos formulários, os quais desempenham um papel crucial para as transmasculinidades. É por meio desses detalhes burocráticos que toda assistência prestada a eles será orientada e adaptada às suas necessidades específicas.

Muitas vezes acho que os médicos são os mais despreparados do mundo, sabe? até a ficha do SUS, por exemplo...às vezes eles dão fichas pra caras que lá vai tá perguntando se você vai no urologista, não sei o que não sei o que... eu imagino que eles nem pensam em mudar porque eles oferecem né... eles falam que atendem caras que não têm pau e coisa do tipo mas também não fazem questão de incluir realmente sabe? Porque podia ter na ficha “Você vai a urologista ou ginecologista?” “Você está em dia com ‘taraná taraná taraná’, sabe, várias opções... podia ser uma coisa mais abrangente pra não envergonhar ninguém ou coisa do tipo... (Carlos, 32)

A falta de confiança da pessoa transmasculina no atendimento médico e dos demais profissionais de saúde condiciona o medo do constrangimento e o receio de ser submetido a

procedimentos desnecessários como toques vaginais que costumam ser invasivos, constrangedores e doloridos, principalmente para pessoas transmasculinas em uso de testosterona devido à atrofia e ressecamento dos tecidos causada pela testosterona. Esse panorama se mostra como um fator agravante para a vulnerabilidade de saúde dessas pessoas que, em decorrência de experiências anteriores relacionadas tanto ao acolhimento quanto à falta de preparo dos profissionais de saúde, tomam a decisão de não buscar atendimento subsequente:

pra maioria dos boys trans que eu conheci pelo menos, quase nunca é uma questão você ir ao ginecologista porque você não vai ter sua identidade validada, não vai ter uma consulta respeitosa sabe?... eu não voltaria hoje tipo pro serviço de saúde para procurar por exemplo sabe. Eu acho que isso é um mau meu, pessoalmente eu não gosto de médico, mas eu acho que é um mau da comunidade trans como um todo, justamente por a gente evitar médico porque não dá pra confiar que eles podem ou não agir com respeito e tudo sabe? (Breno, 25)

O alerta para a necessidade de uma formação profissional alinhada com temáticas trans e familiarizada com as pautas de diversidades sexuais e de gênero está presente em diversos estudos nacionais e internacionais (MELLO, 2011; COLEMAN, 2012; ROCON et al., 2016; ANGONESE e LAGO, 2017; STEWART *et al.*, 2020; ARRUDA et al. 2022). Esses estudos abordam temas como acessibilidade na saúde e saúde sexual e reprodutiva por pessoas trans e sugerem esforços para uma formação mais ampla em termos de diversidades de gênero e sexualidades que dêem conta de abarcar tanto o campo das ciências biomédicas quanto o campo das ciências sociais como um recurso indispensável para que os profissionais de saúde possam ter instrumentos teórico e técnico para garantir a promoção da saúde de grupos mais vulnerabilizados.

De modo mais aprofundado na discussão sobre a formação profissional no campo saúde, Millet (2020) verificou que, de fato, há uma carência de abordagem às questões de gênero nas grades curriculares das graduações tanto da medicina como de outros cursos da área da saúde como a psicologia ou a enfermagem. No entanto, o autor afirma que a problemática não se resume apenas à falta de disciplinas optativas nas grades curriculares das graduações ou na ausência de autores trans nas pós-graduações.

O cerne da questão proposta por Millet (2020) está na necessidade de um processo de desaprendizagem do cissexismo²¹ em todas as trajetórias educativas, desde a infância, o que também exige do profissional educador a habilidade para lidar com temas difíceis de serem abordados como a sexualidade e questões de gênero na educação infantil como narra Cruz (2012)²² e Cruz et al. (2015), até a pós graduação com o intuito de decissexualizar²³ o aprendizado e acabar com a perspectiva naturalizada e internalizada da cisgeneridade como explica, da mesma forma, Flores (2018):

“desconhecer as vidas LGBTIA+ não é falta de informação, é um modo normativo aprendido de interpretar os corpos e estabelecer a distinção entre aqueles que são legítimos e que podem viver e aqueles que são destinados às margens à repressão e à morte” (FLORES, 2018 p. 06, tradução nossa)

Por outro lado, é imprescindível uma reflexão embasada nas teorias críticas²⁴ sobre o currículo como um espaço de disputa pelo poder-saber hegemônico e sobre a escolarização fundamentada nessa hegemonia. Ou seja, o currículo é visto como produto da ação, numa análise marxista, em que se evidencia o interesse na manutenção das diferenças de classe, na produção de injustiças e na perpetuação de ideologias dominantes. Nesse contexto, Tadeu da Silva (2007) discute a contribuição do marxismo para questionar o suposto caráter neutro, científico e racional da educação, que, na realidade, não se apresenta como um elemento facilitador da libertação social, mas sim como um campo de constante disputa, onde ocorre a produção discursiva das subjetividades dos sujeitos e a perpetuação de jogos de verdade (MORITA, CRUZ, s.d.).

Nesse contexto, a troca paradigmática ou a inserção de conteúdos mais aproximados sobre temáticas acerca das questões de gênero e sexualidades nos currículos educacionais, apesar de ecoar mudanças a longo prazo, funcionaria apenas como uma troca de cosmovisão de verdades construídas considerando que “a existência do diferente, do anormal, do

²¹Um sistema que normatiza a identidade cis, Millet (2020) explica que a partir do cissexismo as identidades trans são marginalizadas por não se adequarem as normas.

²² No relato sobre o projeto intitulado “Tecendo gênero” a autora conta sobre as dificuldades dos profissionais da educação infantil na abordagem de temas que os deixam de “cabelo em pé” como, por exemplo, a sexualidade. Os encontros mostraram a importância da discussão tanto da sexualidade como questões de gênero como temas que estão se inserem de forma ampliada à vida das crianças e que também envolvem a comunidade e evidenciam a necessidade de políticas públicas.

²³ Para Millet (2020) decissexualizar é o processo de fazer desaprender ou desestabilizar as produções simbólicas que naturalizam a identidade cis tornando-a mais importante do que as identidades trans.

²⁴ Tadeu da Silva (2007) propõe uma abordagem crítica e reflexiva sobre o processo educacional e os currículos escolares dando ênfase à necessidade de analisar o currículo não apenas como um montante de conteúdos a serem transmitidos, mas como um instrumento político e cultural que reflete as relações de poder na sociedade. Para o autor, o currículo não é neutro e sim influenciado por ideologias e interesses sociais.

irracional e do atrasado nada mais é do que o produto de um discurso que cria todas essas diferenças” (MORITA, CRUZ, p. 141, s.d.). O ponto crucial aqui sobre a educação estaria, portanto, na desconstrução do currículo e não na mera substituição de seu conteúdo. Isso possibilitaria a formação de sujeitos capazes de realizar uma leitura crítica da realidade social, permitindo questionar, por exemplo, a naturalização da identidade cis, conforme apontado por Millet (2020).

Sobre esse tema, conforme Morita e Cruz (s.d.) destacam, embasadas no pensamento pós-crítico, é crucial provocar a reflexão acerca dos modos de agir e pensar. Essa abordagem é essencial para tornar consciente o complexo conjunto de relações de poder que compõem o tecido social. Sob essa perspectiva, o sujeito, longe de existir a priori em relação à sociedade, participa ativamente de relações dinâmicas, incluindo os *habitus* sociais, e contribui tanto como produto quanto produtor nos jogos de poder-saber-verdade. Fato que, por sua vez, colabora para uma constante resignificação de sua própria existência como um devir. Nessa linha de raciocínio, as necessidades do sujeito não podem ser completamente previsíveis, o que fragiliza a ideia de estabelecer um modelo universal de direitos e deveres para os sujeitos e, da mesma forma, questiona a viabilidade de um modelo fixo e universal de educação.

Finalmente, de acordo com as autoras, considerando a impossibilidade de controlar esse processo contínuo de transformação e de auto reflexão sobre a própria existência como um devir, repensar o papel da educação, favorecendo sua natureza libertária e incentivando a reflexão sobre os diferentes modos de viver e agir, em vez de concebê-la como um caminho universal, é o que pode contribuir, de maneira contingente, para criar brechas que possibilitem mudanças paradigmáticas, em níveis mais amplos e também em esferas menores, no campo da educação.

Além das barreiras institucionais marcadas pela falta de acolhimento às transmasculinidades, na dificuldade do uso da linguagem neutra e no respeito aos pronomes, ou na hostilidade do ambiente desses serviços de saúde, ou ainda no despreparo técnico dos profissionais de saúde, destacam-se dois dos três interlocutores que relataram a inexistência, na região onde residem, de serviços destinados ao público trans. Por exemplo, Alex menciona que, quando tem alguma demanda ginecológica, como corrimentos ou cólicas mais intensas, precisa se deslocar de Cotia, localizada na divisa com a cidade de São Paulo, até o CTA da Santa Cecília, um dos principais núcleos de atendimento a pessoas trans da capital paulista. O participante comenta que, embora ainda tenha que lidar com a fila de espera junto às mulheres cis, estar em um ambiente com maior fluxo de pessoas trans já ameniza, de alguma forma, os olhares julgadores e muitas vezes agressivos que receberia se fosse à UBS de seu bairro.

Uma vez eu fui na ginecologista lá no Sta Cecília e só tinha mulher lá e você lá no meio delas no corredor... e lá o pessoal sabe que tem trans mas se fosse aqui na minha cidade ninguém ia entender nada né. É uma questão muito chata (Alex)

O relato trazido por Alex revela que fatores como classe e raça estão diretamente relacionados à acessibilidade aos serviços de saúde. No caso do interlocutor, morar em uma região mais periférica dificulta o acesso aos serviços de saúde por dois motivos: a dificuldade em existir enquanto homem trans preto na periferia e enfrentar o preconceito local, o que faz lembrar a discussão sobre como as experiências identitárias transcorrem de formas diferentes no centro e na periferia (CARVALHO, 2018) e a dificuldade geográfica de atravessar a cidade, o que implica em questões financeiras visto que na época da entrevista o interlocutor estava desempregado e não podia arcar com as despesas do transporte e alimentação.

A ausência de dados demográficos sobre a população trans desempenha um papel crucial na falta de serviços voltados para esse público, pois são esses dados que subsidiam a formulação de políticas públicas e orientam as demais ações do poder público. A inclusão da identidade de gênero no censo demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), por exemplo, é recente, ocorrendo após oito censos realizados pelo órgão desde 1936 (IBGE, 2022). O primeiro mapeamento de Travestis e Pessoas Trans do município de São Paulo, também recente, realizado em 2021 pelo Centro de Estudos de Cultura Contemporânea (Cedec), identificou um total de 1788 pessoas trans, sendo que 24% (430) se identificaram como homens transexuais e 6% como não binárias. Os dados sociodemográficos construídos evidenciam as diversas vulnerabilidades da população trans diante das construções (cis)heteronormativas (CEDEC, 2021).

Além disso, o primeiro mapeamento representa um marco significativo que abre precedentes para a elaboração de mais políticas públicas e materiais, como o “Protocolo para o cuidado integral à saúde de pessoas trans, travestis ou com vivências de variabilidade de gênero no município de São Paulo”. Sua segunda versão, publicada em agosto de 2023, apresenta uma visão integral de saúde para essas pessoas.

No âmbito da saúde pública, os dados do mapeamento mostram que uma parcela significativa dos homens trans (80%) utilizam os serviços de saúde apenas para acesso à afirmação de gênero com testosterona por meio do processo transexualizador e que 56% deles se queixam de não haver um acompanhamento especializado nos serviços de saúde que frequentam e dentre esses, 19% mencionaram a especialidade ginecológica (CEDEC, 2021).

Por não haver especialidades como ginecologia nos serviços de saúde, uma pequena parcela das pessoas trans (8% / N=1788) recorre a serviços de saúde privados em clínicas ou hospitais particulares (CEDEC, 2021). A falta de orçamento para procurar esses serviços tanto para ter acesso a especialidade ginecológica como para ter acesso a um atendimento menos desrespeitoso e mais acolhedor foi comentada como uma dificuldade do acesso pelo participante Breno:

E as pessoas que eu já encontrei que são ginecologistas e obstetras que cuidam de pessoas trans a consulta é a partir de 250 sabe? Então já é baixo contrariando o que poderia ser mas não é acessível de nenhuma forma sabe? (Breno, 25)

Devido a experiências desagradáveis em serviços prestados pelo SUS, o participante Breno que é branco, possui formação de nível superior e mora em um bairro nobre localizado na zona sul de São Paulo explicou que, embora não seja barato, caso ele precisasse de um atendimento ginecológico a sua última opção seria recorrer ao SUS e declarou que só o faria em uma ocasião muito específica de gravidade emergencial: “ só se fosse algo muito grave, sabe? Só se eu estiver tomando a T e do nada eu menstrasse, ou sei lá” (Breno, 25).

O relato de Breno destaca o fato de que a saúde sexual e reprodutiva não se dá da mesma forma entre as diferentes camadas sociais das transmasculinidades assim como acontece com as experiências identitárias no centro e na periferia. O poder de escolha sobre a assistência pública ou privada não é uma realidade para o interlocutor Alex, por exemplo. Com isso, é possível perceber que a igualdade e a universalidade do acesso à saúde não são dependentes apenas do investimento e ampliação dos serviços oferecidos pelo SUS, tampouco na formação dos profissionais e melhoria do acolhimento às pessoas trans nesses serviços, embora sejam fatores cruciais para essa discussão. Consequentemente, o cenário aqui exposto mostra que a saúde de pessoas transmasculinas também está diretamente relacionada à necessidade de proteção social no que diz respeito ao acesso à nutrição, renda e educação e na facilidade de locomoção do indivíduo.

Com o propósito de enriquecer as discussões sem o intuito de esgotar a complexidade do tema, as reflexões em torno dos relatos dos participantes evidenciaram que ainda que haja certo tom de disputa simbólica do campo da linguagem longe de uma resolução, a discussão em torno dessa problemática proporciona material o bastante para a discussão democrática no campo da saúde por meio de diálogos para a construção de caminhos equânimes sem

potencializar as invisibilidades experimentadas por minorias como a população trans e de mulheres cis e suas interseccionalidades.

Contudo, os dados tratados neste eixo de análise também mostram como as barreiras oriundas de práticas (cis)heteronormativas -especialmente aquelas manifestadas na linguagem- apesar de sua natureza simbólica representam um fator de real sofrimento e importante agente da vulnerabilização da saúde de pessoas transmasculinas. A análise desse contexto também mostra que a mudança do cenário não depende apenas da criação de políticas públicas que, sim, são cruciais, porém, faz alerta para o que é anterior a elas, ou seja, a necessidade de um mapeamento da população trans, a aborgagem da saúde relacionada a marcadores sociais da diferença e a desconstrução dos preceitos normativos da educação de base além da necessidade emergencial de se repensar os paradigmas (cis)heteronormativos que conduzem os serviços de saúde a fim de que a integralidade, universalidade e equidade possam contemplar de fato as transmasculinidades.

6.2 Defasagem e invisibilização: heterossexualidade compulsória e os desafios na atenção à saúde sexual e reprodutiva de homens trans e pessoas transmasculinas

É difícil assim, tudo que é relacionado a direito sexual e reprodutivo sabe, e especificamente para pessoa trans, é muito retirada de pauta
(Carlos, 32)

Como discutido anteriormente, os preceitos de uma cultura alicerçada na (cis)heteronormatividade tende a exigir a convergência entre corpo, gênero e sexualidade. Somado a isso, a lógica essencialista sobre os corpos presente no campo da saúde afeta de forma negativa a experiência da sexualidade segura de homens trans e transmasculinos, restringindo-os inclusive no âmbito dos direitos reprodutivos. Os relatos dos participantes revelam suas angústias frente à precarização do cuidado à saúde sexual e reprodutiva. Esse processo de precarização é evidenciado pela invisibilização de pautas sobre SSR e a falta de compreensão dos equipamentos de saúde, notadamente o Processo Transexualizador, às demandas ligadas aos direitos reprodutivos desses grupos. Além disso, os relatos também apontam para o impacto negativo da (cis)heteronormatividade, enquanto norma vigente, à prevenção de IST e promoção da saúde sexual das transmasculinidades.

Ao falarem sobre os seus incômodos durante a assistência, os participantes destacaram que a falta de compreensão por parte dos profissionais de saúde no que diz respeito às questões relacionadas às performances e identidades de gênero é um fator gerador de insegurança sobre a qualidade técnica do atendimento. Além disso, os interlocutores ressaltaram que há certa dificuldade desses profissionais em diferenciar o que é gênero e o que é orientação sexual. De acordo com os interlocutores, a falta de conhecimento por parte desses profissionais, tanto da medicina quanto da enfermagem, dificulta o aprofundamento de temas que comumente são mais complexos de serem abordados, como as questões relacionadas às práticas sexuais, por exemplo. Consequentemente, no lugar de resolução de dúvidas as consultas se tornam um espaço pedagógico em que o usuário educa o profissional de saúde.

A falta de informações concisas sobre contracepção adequada para aqueles que têm relação sexual que pode resultar em gravidez ou a orientação sobre a utilização da testosterona e seus efeitos na capacidade reprodutiva também são pautas importantes que se perdem durante o acesso ao Processo Transexualizador, muitas vezes pelo foco restrito dessa política nos protocolos de afirmação de gênero sem que se considere a vida reprodutiva do homem trans ou transmasculino que busca o serviço de saúde. Todavia, essas pautas também não são contempladas no contato com os outros níveis da RAS como, por exemplo, no contato com a atenção primária, considerada a esfera de saúde responsável pela educação em saúde sexual e reprodutiva e pela oferta de orientação sobre planejamento reprodutivo.

Certamente o Processo Transexualizador, no contexto do SUS, tem um papel extremamente importante na manutenção do vínculo de pessoas transmasculinas com a RAS contribuindo para que as transmasculinidades se mantenham no acesso a outros serviços de saúde de maior ou menor complexidade. No entanto, como discutido na seção anterior, esse acesso possui diversas barreiras que após transpassadas dão lugar a um horizonte de novos obstáculos que influenciam a experiência de busca por saúde sexual das transmasculinidades e que também pode influenciar, de forma negativa, as suas trajetórias reprodutivas.

Ao relatar sua dificuldade em dialogar com o serviço de saúde sobre suas demandas sexuais, um dos interlocutores contou que ao identificar-se como transmasculino no serviço de saúde onde faz parte de sua afirmação de gênero, automaticamente o classificam como heterossexual e, somado a isso, presumem que suas parcerias sexuais e afetivas se dão apenas com mulheres cis:

as pessoas subentendem que porque você é um transmasculino você vai se relacionar com uma mulher cisgênera, fazem essa analogia muito rápida na cabeça e colocam aquilo como verdade (Carlos)

Embora a dificuldade na compreensão da diferença entre orientação sexual e identidade de gênero seja mais evidente no contato direto com os profissionais de saúde, esse não é um problema limitado ao contexto dos consultórios. Pelo contrário, o próprio sistema de saúde do SUS, em nível estadual, não consegue reconhecer essas diferenças, como pode ser observado no Anexo I deste trabalho. No Sistema Informatizado de Regulação do Estado de São Paulo (SIRESP), que fornece acesso à Central de Regulação de Oferta de Serviços de Saúde do Estado de São Paulo (CROSS), o campo destinado ao preenchimento da identidade de gênero de um paciente em espera para transferência entre serviços hospitalares apresenta opções como heterossexual, gay, lésbica, bissexual, travesti e transexual.

Bourdieu (1998) explica que “o mundo social constrói o corpo como realidade sexuada e como depositário de princípios de visão e de divisão sexualizantes” (BOURDIEU, p.24, 1998). O autor comenta que esse princípio é direcionado a todas as coisas do mundo e principalmente ao corpo. O ponto de maior importância desta reflexão bourdiana é justamente a divisão sexualizante que determina, dentre tantas coisas, a ideia fixa de que o corpo masculino além de exercer dominação também deve sustentar a virilidade considerada um potencial reprodutivo, sexual e social. No contexto do *habitus* (cis)heteronormativo e especialmente no campo biomedicalizado da saúde, parece inaceitável a ideia de que um homem trans que constrói sua subjetividade no campo da masculinidade rejeite afirmar a sua virilidade através da relação heteroafetiva com mulheres cis e passe a se relacionar com outros homens trans ou cis gays ou até mesmo com mulheres trans e travestis.

Nessa perspectiva, Foucault (1975, 1976) ao analisar as formas como o poder se estabelece na sociedade, mostra que a pedagogização do sexo da criança regula e moraliza a sexualidade para que posteriormente tais práticas obedeçam a um tipo de socialização das condutas procriadoras. Tal socialização é influenciada pelo discurso médico científico e diz respeito às normas em torno das práticas sexuais, da reprodução e contracepção projetadas para o interesse da sociedade e de sua célula mais importante: a família.

Embora Foucault não aborde em sua obra, de forma explícita, a necessidade de convergência entre gênero, sexo e sexualidade, suas reflexões sobre como a sexualidade é regulada em prol do Estado e desenvolvimento da sociedade auxiliam a compreensão de como a matriz (cis)heteronormativa estabelece a importância de um sistema rígido no qual a

masculinidade é intrínseca à cisgeneridade e à heterossexualidade de forma absoluta e imutável. Dessa forma, a expressão da masculinidade hegemônica na performance e no desejo é fortemente requerida socialmente, principalmente no contexto dos serviços de saúde, com o objetivo de manter um *modus operandi* acostumado com corpos funcionais em termos de reprodução normativa cujo núcleo familiar segue o modelo padrão social.

Nesse cenário os elementos que dão forma à construção cultural e à legitimação da sexualidade propriamente dita são discutidos por Preciado (2014; 2018) que fala sobre a idealização das práticas sexuais serem oriundas da indústria pornográfica, o que interfere diretamente na forma como os corpos são interpretados e aceitos e também direciona as performances sexuais. Esse fenômeno, por sua vez, contribui ainda mais na produção de expectativas em relação à sexualidade em função da imagem corporal bem como das performances sexuais e dos fetiches. Daí a expectativa social de que uma pessoa transmasculina, seja heterossexual e mantenha relações apenas com mulheres cis.

As construções dos padrões e as idealizações de masculinidade são potencializados no regime farmacopornográfico e são legitimados na prática cotidiana do *habitus* (cis)heteronormativo e, com isso, são transmitidos para as gerações seguintes e ainda que possam sofrer flexibilizações com o tempo, estão presentes no senso comum essencialmente. Com efeito, como pode ser observado, os serviços de saúde, de um modo geral, tanto profissionais quanto o sistema que organiza as variadas esferas de saúde, são instituídos nessas construções sociais e, por isso, também serão veículos de sua manutenção e, dentre tantas práticas normativas, principalmente a exigência de convergência entre gênero, corpo e desejo-sexualidade.

Tais exigências também afetam de forma considerável a saúde sexual das transmasculinidades. Por exemplo, a dedução da orientação sexual a partir da expressão de gênero tem no cerne de sua questão o impacto negativo na eficácia das medidas preventivas de doenças como sífilis, hepatites virais e HIV. Embora existam variados meios de prevenção para IST como os métodos de barreira e medicamentos como a PrEP ou PEP²⁵, a seleção adequada desses métodos é um processo que requer o diálogo entre profissional de saúde e usuário do serviço de modo que a singularidade do contexto de vida de cada usuário do serviço norteie a seleção do que faz sentido enquanto práticas de prevenção às IST.

²⁵ PrEP (Profilaxia pré Exposição) e PEP (Profilaxia Pós Exposição): São esquemas que utilizam medicamentos do grupo dos Anti Retrovirais como tenofovir e Entricitabina no PrEP e Lamivudina, Tenofovir e Dolutegravir no PEP, capazes de bloquear o ciclo do vírus no organismo prevenindo assim a infecção contra o vírus HIV.

Portanto, inferir unicamente com base na expressão de gênero que uma pessoa transmasculina experimente apenas práticas heterossexuais, sem uma compreensão precisa derivada de informações obtidas diretamente com o usuário do serviço sobre sua orientação sexual, pode resultar em prevenção e orientações inadequadas para sua prática sexual, e consequentemente expõe o homem trans e o transmasculino a situações de vulnerabilidade, tanto para IST quanto para a gravidez indesejada.

Ávila (2014) ao falar das dificuldades encontradas na relação entre pessoas trans e o serviço de saúde, diz que os profissionais “desenvolvem defesas contra o enigmático da questão trans” (ÁVILA, 2014) e por conta disso, os usuários do serviço não se sentem ouvidos ou compreendidos. Ao desenvolverem barreiras para o diálogo, estes profissionais de saúde acabam com as chances de discussões em torno da sexualidade cabendo ao usuário trazer à tona suas dúvidas sobre o tema, o que foi encontrado na fala de um dos participantes:

“Eu acho que falei da minha sexualidade brevemente com a minha psicóloga só, mas não foi algo mais abordado [...] Acho se só se a própria pessoa, o próprio cara falar algo sobre ou perguntar, mas caso contrário... IST's não existem (Breno, 25)

Neste contexto, é fundamental ressaltar que além da prevenção de IST, a falta de abordagem sobre temas como a sexualidade pelos serviços de saúde que oferecem o processo transexualizador também compromete a eficácia do diálogo acerca da contra-indicação do uso da Testosterona como método contraceptivo. Isso é amplamente abordado em estudos como o de Steinle (2011), Nakamura (2012), Erickson-Schroth (2014), Imborek (2017) e Stewart et al. (2020), assim como pelo Protocolo para o cuidado integral à saúde de pessoas trans, travestis ou com vivências de variabilidade de gênero no município de São Paulo (SMS-SP, 2023). Essa ausência de discussões que envolvem a sexualidade e reprodução é discutida por Paiva et al. (2022) ao relatarem que os serviços de saúde desconsideram que pessoas que vivem com HIV e homens trans podem ter desejo pela reprodução, seja no próprio corpo ou no corpo de uma parceria.

No que diz respeito à utilização da Testosterona e sua interferência na capacidade reprodutiva, considerando que esse hormônio não possui ação direta no eixo Hipotálamo-Hipófise-Gonadal, principal responsável pela regulação hormonal que controla o

processo de maturação de gametas e ovulação²⁶, a falta de orientação contra o seu uso como método contraceptivo é extremamente prejudicial às transmasculinidades que têm prática sexual que pode resultar em gravidez. Tais informações deveriam ser abordadas já na admissão do usuário no serviço de saúde que oferece o Processo Transexualizador de modo que homens trans e transmasculinos possam ter maior autonomia e controle sobre suas escolhas reprodutivas.

Ao serem questionados sobre as informações recebidas nos serviços de saúde referentes ao uso da testosterona e sua relação com a fertilidade, amenorreia e sua contra-indicação como método contraceptivo, houve divergências nos relatos trazidos pelos participantes. Sobre este tema, o participante Breno, bissexual que vive em um relacionamento com outro homem trans, fez a seguinte afirmação:

Eu não cheguei a ter nada disso... eu não sei se é algo que passa pela cabeça deles, sabe? que o boy vai supor que a T não é um método contraceptivo também, coisas do tipo. (Breno, 25)

De outro modo, o participante Alex, sendo heterossexual, tem preferência por se relacionar com mulheres trans e travestis, o que aumenta o risco de uma gravidez indesejada. Ele relatou que faz uso exclusivo de camisinha para prevenir a gestação. Segundo Alex, a escolha se baseia na incompatibilidade de incorporar um método que exige o uso diário de um comprimido à sua rotina. Ele compartilhou que obteve essas informações durante uma conversa sobre o assunto com o médico clínico e ginecologista que o atende no processo transexualizador.

Na conversa, Alex explicou que foi abordada a possibilidade de engravidar mesmo utilizando a Testosterona e ele compartilhou ainda que recebeu a indicação do ginecologista de um anticoncepcional “que se usa no braço” como ele mesmo me descreveu e que não precisaria tomar todos os dias porque a liberação hormonal seria gradual e imperceptível. Alex se referia ao *Implanon*, um anticoncepcional subcutâneo composto por progestágenos (etonogestrel) bastante utilizado neste contexto por não conter estrógenos²⁷ e inclusive por promover a amenorreia para homens trans e transmasculinos que não querem menstruar.

²⁶ Apenas os contraceptivos hormonais compostos por progesterona e/ou estrógenos regulam exclusivamente este eixo por meio do *feedback* negativo, enquanto a Testosterona, embora possa ocasionar a amenorreia por ação local de alterações fisiológicas do endométrio, não atua no ciclo de maturação e ovulação diretamente.

²⁷ Há escassez de estudos que abordam a eficácia da utilização de métodos contraceptivos que combinam estrogênio e progesterona em pessoas que utilizam testosterona como meio de afirmação de gênero, o que faz com que sua utilização não seja comum ou indicada.

O diálogo entre Alex e seu médico é um bom exemplo de como a comunicação entre profissional médico e usuário do serviço torna possível a construção de estratégias que façam sentido de acordo com as demandas pessoais de cada pessoa. Nesse caso, a abertura ao diálogo e o acolhimento das necessidades de Alex por parte de seu médico, que é endocrinologista e também ginecologista, possibilitaram a ele o acesso à informação segura e a um método contraceptivo alinhado com suas necessidades e prática sexual.

Ao falar sobre este mesmo tema, o participante Carlos que é bissexual e vive em união estável com sua esposa que é travesti, afirmou com ênfase que recebeu tais informações no início do seu contato com o serviço de saúde.

Essa informação existe, existiu pra mim particularmente né, geralmente se faz muito a indicação de uso de DIU para transmasculinos não sei porque essa fixação [...]

As diversas experiências entre os interlocutores, quer estejam no mesmo contexto municipal ou em outros estados da federação, como é o caso de Carlos, revelam a ausência de uma uniformidade de abordagens em relação às questões reprodutivas no âmbito do Processo Transexualizador. Esse cenário é especialmente evidente quando se trata dos efeitos da testosterona na capacidade reprodutiva de pessoas transmasculinas. A diversidade de experiências tende a colaborar para um diálogo mais aberto e abre possibilidades para a reflexão sobre práticas que façam sentido de maneira única para cada indivíduo e, conseqüentemente, evita limitar as experiências pessoais a protocolos que não consideram as diferentes subjetividades, como ocorreu com Alex.

Por outro lado, profissionais menos familiarizados com essas temáticas podem enfrentar maiores desafios ao lidar com tais situações. Isso pode resultar em iatrogenia no cuidado, ou seja, orientações inadequadas sobre a prevenção de IST e a exposição a gravidez indesejada e seus possíveis desdobramentos nem sempre positivos como o aborto inseguro e conseqüentemente a possível morte no período gestacional o que eleva a importância dessas questões que são extremamente significativas para a saúde pública.

Visto que a contra indicação da testosterona como método contraceptivo nem sempre faz parte da assistência às transmasculinidades, a falta de atenção sobre as opções e desejos reprodutivos se mostrou, igualmente, um dado relevante no relato do interlocutor Carlos que demonstrou o seu incômodo frente à imposição da esterilidade às transmasculinidades. Carlos contou que desde o início do seu processo de afirmação de gênero lhe foi oferecido o DIU

como método contraceptivo e que ele não entendia tamanha fixação dos profissionais de saúde em oferecer este ou outros métodos de esterilidade, alguns deles irreversíveis como é o caso da histerectomia, para homens trans e transmasculinos sem ao menos haver uma conversa sobre o desejo de gestação ou paternidade com o próprio material biológico:

Quando eu iniciei meu processo de transição, perguntaram se eu queria fazer histerectomia mas ninguém jamais me perguntou se eu queria engravidar, sabe? é o primeiro impacto sobre esse processo de direito reprodutivo de pessoas trans que nunca é debatido, a gente tá sempre nesse processo castrativo: pra gente começar nesse processo de que ela já viu ali uma possibilidade de um boy trans querer engravidar e já não ... vamos cortar daqui... saca? (Carlos, 32)

A ideia de que ao optar pela afirmação de gênero, um homem trans recusa imediatamente o desejo de experimentar a reprodução em seu próprio corpo é um exemplo simples de como o viés da (cis)heteronormatividade é imperativo nos serviços de saúde e igualmente nas políticas públicas que, a priori, deveriam abordar a experiência da transexualidade de modo integral e alinhado às propostas trazidas na PNSILGBT. Na perspectiva da (cis)heteronormatividade, é incabível que a masculinidade requerida pelas transmasculinidades divida espaço com o desejo de gestação, que por sua vez é construído historicamente em torno da experiência cis feminina. Entretanto, estudos (TRAJANO, 2019; PEREIRA, 2021) mostram que existem sim transmasculinidades que veem na gestação e paternagem uma forma, inclusive, de afirmar-se enquanto pessoa do gênero masculino ao ponto de vivenciar tal experiência sem conflitos com sua identidade de gênero.

Da mesma forma como as construções sociais tendem a impor a prática sexual aos homens trans e transmasculinos equivalente ao que se espera enquanto “normalidade”, o mesmo processo ocorre quando é negado às transmasculinidades o direito de decisão sobre sua própria fertilidade. O sentimento de Carlos referente à imposição da esterilidade para as transmasculinidades é profundamente discutido no trabalho de Angonese e Lago (2017) que nomeiam por “esterilidade simbólica” o fato de não haver, em políticas como a PNSILGBT, a garantia do direito de escolha à constituição familiar biológica ou adotiva. As autoras comentam que a esterilidade simbólica da população trans está intrinsecamente ligada ao fato de serem ofertados apenas os métodos contraceptivos de longa duração ou permanentes sem que haja uma discussão aprofundada sobre os desejos dessas pessoas.

então... eu acho que falta muito isso nos profissionais de saúde né, entender a complexidade da gente porque os mesmos desejos que uma pessoa cis pode ter, a gente pode ter (Carlos, 32)

Se o pensamento foucaultiano de que a sexualidade é orientada para o bem do Estado na reprodução de corpos úteis ao trabalho, que lugar ocupam as transmasculinidades que têm sua capacidade reprodutiva ceifada? Essa retórica propõe uma reflexão acerca do modo como o controle sobre a vida é exercido nos processos biológicos da população trans, ou o que Foucault (1976) chama de “biopolítica”. Se outrora causar a morte ou deixar viver caracterizava a prática do poder soberano, atualmente, mesmo que o Brasil seja o país que mais mata pessoas trans de forma violenta e direta, a administração dos corpos e a gestão calculista, sobretudo da reprodução e proliferação nos corpos trans, é o que tem caracterizado o poder sobre a vida e, ao mesmo tempo, mostra o lugar marginal ocupado pelas transmasculinidades nesse contexto.

Há que se considerar, como resultado de uma plano de invisibilização das pautas reprodutivas das transmasculinidades e seus direitos, o abortamento inseguro como uma questão de saúde pública que, se historicamente afeta as mulheres cis, atualmente, no novo cenário de possibilidades de reprodução, também caracteriza a vulnerabilidade produzida pelo ostracismo das transmasculinidades. Embora nenhum dos entrevistados tenha relatado a experiência de um abortamento de gestação em curso, o interlocutor Breno narrou que por ser um homem trans em uso de testosterona e que não menstrua, caso engravidasse e até descobrir a gravidez seria necessário certo tempo. Breno contou que mesmo tendo meios paralelos e inseguros para interromper a gravidez infelizmente não seria possível recorrer ao SUS e relatar o ocorrido devido o cenário penal que envolve o processo de abortamento no Brasil somado à transfobia discutida de modo acentuado até então:

Pior ainda... porque a menstruação não vai vir de qualquer jeito né, então até você descobrir é meio complicado. E a gente tem as coisas pra fazer aqui e ali né...e recorrer ao SUS sem falar que é sobre isso especificamente. Mas infelizmente não dá pra recorrer e falar “Olha não posso com essa gestação por que não posso, não quero, sabe... (Breno, 25)

O ar de desesperança no relato de Breno ao expor a impotência que permeia as situações de abortamento pode ser igualmente percebida nos relatos trazidos nesse eixo analítico referentes ao contexto sexual e reprodutivo desses grupos. A voz dos interlocutores

pôde expressar suas vulnerabilidades frente às demandas de prevenção de IST e questões reprodutivas. Esses dados, ao serem cruzados com as formas com as quais a sociedade se organiza, e nela os serviços de saúde, mostraram que as construções normativas das quais as transmasculinidades experimentam a abjeção produzem as vulnerabilidades ao mesmo tempo em que apontam para a necessidade do alinhamento do sistema de saúde brasileiro e dos profissionais de saúde com as temáticas relativas à diversidade sexual e as diferentes experiências identitárias de gênero a fim de que o cuidado voltado à saúde sexual e reprodutiva tenha como fim promoção de autonomia reprodutiva e se distancie da prática iatrogênica.

A análise dos dados construídos através dos relatos dos interlocutores também mostram a urgência da inclusão das transmasculinidades na agenda de discussão sobre temas que são caros à saúde pública como a ocorrência de IST e as gestações indesejadas ou não intencionais²⁸ que podem resultar em aborto inseguro e no aumento do índice de mortes em pessoas gestantes, fatores que refletem as condições de desenvolvimento humano do país (UNFPA, 2022). Esses são pontos fortemente influenciadores da trajetória de vida de homens trans e transmasculinos e são gastos expansivos à saúde pública, porém, evitáveis por meio da educação integral em sexualidade (o que envolve tanto as transmasculinidades quanto a educação dos profissionais da saúde), planejamento familiar, promoção da autonomia tanto da escolha contraceptiva baseada em informação quanto dos caminhos reprodutivos disponíveis sem fronteiras de identidade de gênero e ademais, a construção de indicadores de saúde específicos para a compreensão da condição de saúde sexual e reprodutiva da população trans.

6.3 (Auto)Cuidado em redes: resistência à transfobia e as estratégias transmasculinas na busca por informação e autonomia no processo de cuidado

A experiência de homens trans e transmasculinos no sistema de saúde aponta para a necessidade de maior empenho no que tange o acolhimento por parte dos serviços. Enquanto tais mudanças não são uma realidade no contexto biomédico e (cis)heteronormativo da rede

²⁸ A Organização das Nações Unidas em seu relatório “Vendo o Invisível: Em defesa da ação na negligenciada crise da gravidez não intencional” elaborado pela” elaborado pelo Fundo de População da ONU (UNFPA) define e diferencia a ‘gestação indesejada’ da ‘não intencional’ sendo a primeira utilizada no campo acadêmico e quando mensurada em pesquisas é definida como uma gestação que ocorreu quando a pessoa não queria engravidar e não reconhece que a pessoa possa mudar o seu sentimento em relação à gestação após a sua ocorrência. A gestação não intencional é aquela que ocorre em momento inoportuno na vida de uma pessoa independente do seu resultado (seja por aborto induzido, espontâneo ou parto não planejado).

formal de saúde, homens trans e transmasculinos precisam driblar a transfobia e ao mesmo tempo buscar meios para ter acesso a informações e manter-se saudáveis. Esses desafios exigem a elaboração de estratégias pessoais e de articulação coletiva para que itinerários alternativos para a promoção da saúde sexual e reprodutiva possam contemplar as demandas das transmasculinidades.

Os diálogos dos interlocutores revelam a importância da organização das redes informais de apoio (pessoais e/ou digitais), que se configuram como espaços genuinamente empáticos, favorecendo a troca de experiências entre diferentes gerações. Por outro lado, evidenciam uma outra faceta das estratégias de busca por informação, que nem sempre são seguras e podem gerar mais danos do que promover saúde e bem-estar. Esses relatos narram, sobretudo, a elaboração de itinerários ora coletivos, ora individuais, cujo objetivo principal é escapar do constrangimento e da transfobia presentes no sistema de saúde.

Frente às dificuldades encontradas para abordar temas mais íntimos que ainda geram constrangimento nas consultas com profissionais da saúde discutidos anteriormente, os interlocutores compartilharam que as dúvidas referentes aos efeitos da testosterona e sua influência na capacidade reprodutiva, o alcance da amenorreia ou até mesmo as variações na libido, são comumente sanadas em sites de buscas da *internet* ou com amigos geralmente mais experientes e que possuem uma trajetória mais longa no processo de afirmação de gênero com a utilização da testosterona.

É mais conversas com boys trans que aí eles sabem falar melhor coisa que nunca, ou vai demorar horrores pra aparecer nas estatísticas mas que os boys sabem por conta de que eles também estão há anos tomando hormônios sabe? (Breno, 25)

A ausência de estudos científicos sobre os efeitos do processo de afirmação de gênero em homens trans e transmasculinos é crucial para a discussão nesta seção. Na verdade, pesquisas científicas aprofundadas sobre os impactos reprodutivos e as decisões reprodutivas em homens trans e transmasculinos em uso de testosterona são escassas em comparação com outros temas, como a "construção da masculinidade" e a "invisibilidade da população trans" (Gaudenzi, Bonan, 2021). Isso ocorre, em parte, porque, do ponto de vista histórico, o Processo Transexualizador no SUS é um equipamento relativamente novo e ainda em expansão, enfrentando diversas barreiras morais e políticas (Santos, 2020). Além disso, é necessário considerar a falta de um censo capaz de acompanhar o uso seguro e controlado da

testosterona por um período significativo, o que também contribui para a ausência de dados estatísticos que poderiam subsidiar outras pesquisas sobre essa temática.

Quando Breno menciona "os boys sabem por conta de que eles também estão há anos tomando hormônios, sabe?", torna-se evidente que o conhecimento empírico compartilhado entre as transmasculinidades de modo intergeracional configura-se como uma estratégia eficaz na busca por informações. Seja em interações pessoais ou em grupos nas redes sociais, esse compartilhamento demonstra que, por meio dessas trocas, o conhecimento tende a ser transmitido de maneira mais acolhedora, com a capacidade não apenas de atender às demandas de resolução de dúvidas, mas também de promover a identificação por meio de encontro de semelhanças mostrando um horizonte de cuidado mais possível uma vez que é por meio da diferença que as transmasculinidades são expulsas da rede formal de assistência à saúde. Esses processos, acima de tudo, contribuem para o autoconhecimento e o fortalecimento de relações e núcleos seguros para as transmasculinidades.

Em consonância com a fala de Breno, Millet (2020) reforça que é por meio dos grupos das redes virtuais (*WhatsApp e Facebook*) que os encontros com maior qualidade de troca de informação se tornam reais. Nessas redes, além de circularem informações sobre autocuidado, tanto da saúde física quanto mental, as experiências entre homens trans e transmasculinos sobre a acessibilidade dos serviços de saúde também possibilitam uma espécie de mapeamento dos serviços de saúde que podem ser considerados, com base na experiência dos usuários desses serviços, como os mais transfóbicos ou os que são mais respeitosos e receptivos às pessoas trans.

Ao comentar sobre a estruturação dessas redes e mapeamentos de serviços acolhedores, Millet (2020) também menciona o fato de que os serviços que se mostram mais abertos e que apresentam menores chances de episódios transfóbicos na assistência, são aqueles que contam com profissionais LGBTIA+ em suas equipes. Carlos, ao compartilhar sua experiência, afirma essa assertiva com a ênfase de quem já experimentou um acolhimento mais resolutivo e menos transfóbico por parte de trabalhadores que pertencem ou se identificam com a comunidade LGBTIA+:

por incrível que pareça eu fui super bem atendido no hospital né, nossa eu fiquei tão aliviado porque tinha uma mulher que tava trabalhando lá de serviços gerais lésbica...Foi uma pessoa assim que surgiu pra efetivamente mesmo ajudar naquele processo, foi assim surreal porque tipo é no final das contas a gente tem poucas pessoas com quem contar e geralmente são pessoas LGBT. (Carlos, 32)

Em outro momento da entrevista, Carlos mencionou mais um episódio de acolhimento vindo de uma pessoa LGBTIA+ no Instituto Materno Infantil de Recife. Na ocasião, o interlocutor relatou que ao buscar o serviço para um atendimento de emergência em decorrência de um quadro grave de hiperêmese gravídica²⁹, um homem cis, gay e que era o médico do plantão o viu na recepção e se ofereceu para atendê-lo. Carlos declarou que pela primeira vez no seu processo de gestação como um transmaculino pôde ser ouvido realmente e ter suas demandas atendidas de forma integral e a sua gestação ser abordada de modo contextualizada sem preconceitos.

A organização em redes e o mapeamento por elas favorecido aliados à presença de profissionais LGBTIA+ pode proporcionar certo nível de segurança na busca por serviços respeitosos. No entanto, a indicação do serviço pautado no relato de uma boa experiência também pode gerar expectativas e, com elas, as frustrações em decorrência das diversas variáveis que podem interferir no contato entre profissional de saúde e usuário do serviço. Esse contato está sujeito, além de outros fatores, às condições individuais e interpessoais como afinidade ou até mesmo a rotatividade de profissionais em um único serviço. Ou seja, apesar do compartilhamento de informações e indicações entre amigos, de fato, serem uma estratégia eficaz para as transmasculinidades, é necessário considerar que uma boa experiência de acolhimento nos serviços de saúde também está sujeita à sorte de encontrar um plantão com profissionais acolhedores e empáticos.

Justamente pelo fato de não poder contar com a sorte de um plantão com profissionais acolhedores e respeitosos, Carlos contou que optou por ter seu parto em ambiente domiciliar como estratégia de fuga à transfobia, que, segundo ele, é intensificada no contexto obstétrico (discussão que será aprofundada na próxima seção). Para o casal, ainda que o processo do parto domiciliar não fosse uma realidade devido ao seu alto custo, o que foi solucionado com a ajuda de uma ampla rede de amigos e familiares, a busca pelo parto fora do contexto hospitalar garantiu menores intervenções, menos constrangimentos e mais segurança no momento do parto, que foi acompanhado por duas enfermeiras obstetras.

Assim como Carlos, Breno também compartilhou optar por atendimentos particulares com profissionais mais humanizados e alinhados com as pautas do movimento social de pessoas trans. Sua justificativa para essa busca é não saber ao certo como será tratado no

²⁹ A hiperêmese gravídica é uma condição específica da gestação de causa multifatorial, porém, há indícios de correlação direta dessa condição com o aumento dos hormônios relacionados com a gravidez como o hCG, estrogênio e progesterona. Nesta condição, a frequência de enjôos e vômitos são intensificados e podem desencadear quadros de desidratação severa, problemas hepáticos, dores abdominais e perda de peso.

serviço público de saúde. Ele também buscou uma ginecologista que lhe deu suporte sobre suas dúvidas relacionadas à testosterona e menstruação. No entanto, pelo valor da consulta seria difícil manter um seguimento mais duradouro com a médica, mas ainda assim afirmou que faria uma caixinha reserva para quando precisar poder pagar uma consulta que seja mais acolhedora e resolutive.

Embora a saúde suplementar seja, popularmente, considerada melhor devido à sua capacidade de oferecer a escolha de profissionais, localidade e diversas abordagens técnicas e tecnológicas, ela ainda se caracteriza como uma estratégia de fuga da transfobia que reflete as dificuldades enfrentadas e potencializadas pelos marcadores sociais das diferenças. Alex, por exemplo, não mencionou em nenhum momento da entrevista a possibilidade de recorrer ao setor privado para obter um atendimento mais respeitoso. Vale considerar que, embora haja um leque de alternativas, não há garantia de que o serviço privado seja mais acolhedor do que o público.

A lógica operante nos serviços que constituem a rede formal de atenção à saúde baseada no pensamento protocolar, biomédico e (cis)heteronormativo não dá conta de compreender as diferentes experiências de vida, além de apagar as multiplicidades que constituem os sujeitos sociais (GOMES e MERHY, 2014). As estratégias traçadas pelos interlocutores desta pesquisa têm seus porquês baseados justamente na tensão da negociação presente entre usuário e serviço de saúde de modo que, em determinado momento, a manutenção desta tensão se torna insustentável, o que obriga homens trans e transmasculinos a buscarem outros meios de (auto)cuidado.

Gomes e Merhy (2014) ao tratar sobre as formas com as quais os usuários se guiam nas estratégias de organização de redes para fora dos muros da organização formal da saúde, afirma que os usuários se organizam em mundos. Tais mundos são caracterizados por novas formas de promoção de cuidado e modos de viver a vida e são inteligíveis às normatividades do campo formal da saúde que permanece distante dessas “outras realidades”. Como constatado tanto neste trabalho quanto em outros (SELLES et al. 2023; PAIVA, FARAH e DUARTE. 2023), as transmasculinidades seguem se organizando em redes de apoio e assim construindo tais mundos de acolhimento, produção de cuidado e construção de suas próprias subjetividades.

Neste contexto, embora a internet seja uma ferramenta crucial e eficaz na organização de redes sociais e intergeracionais, é fundamental alertar para os riscos do acesso a informações imprecisas ou, por vezes, com conteúdo duvidoso. Esse cuidado se torna necessário ao considerar a utilização da internet como estratégia para buscar informações,

especialmente no atual cenário marcado pela disseminação das *fake news*. Assim como a baixa qualidade da informação fornecida por alguns serviços de saúde sobre saúde sexual e reprodutiva pode resultar em assistência iatrogênica, o acesso a informações imprecisas na internet pode acarretar danos com consequências igualmente irreversíveis, bem como gerar ansiedades capazes de transformar situações relativamente simples em problemas extremamente preocupantes, conforme evidenciado no trecho da fala de Carlos

eu já tava sentindo muitas dores na minha mama alguns dias e aí fui pro google: ou é câncer ou é gestação (risos) é sempre assim... (Carlos, 32)

As estratégias comentadas nesta seção revelam a importância da compreensão dos itinerários de saúde elaborados pelas transmasculinidades. As narrativas dos interlocutores evidenciam a resposta comunitária às injustiças sociais. Nesse bojo, a organização em redes do movimento trans é historicamente representativa de lutas e conquistas, visto, por exemplo, a atuação de movimentos sociais e políticos como o ASTRAL e a IBRAT na conquista por direitos básicos a estes grupos. Quando os relatos expressam a estratégia da partilha entre gerações, eles também mostram certa resiliência em um movimento que ilustra a continuidade da luta e a produção de cuidado em rede que certamente exerce papel fundamental para a manutenção da saúde desses grupos.

Frente à necessidade de deslocamento para fora do contexto familiar biológico onde, na maioria das vezes, transmasculinos não recebem acolhimento, a organização de espaços acolhedores construídos na performatividade dos laços de empatia e semelhança, assemelham-se a uma estrutura de parentesco que é baseada, sobretudo, na troca intergeracional e na mutualidade (SAHLINS, 2013). Essa organização estratégica é comum nos grupos marginalizados socialmente que se unem como uma forma de resistência, fortalecimento identitário e sobrevivência.

No entanto, a necessidade de desenvolver estratégias evidencia, em primeiro lugar, a ausência de proteção social à qual as transmasculinidades estão submetidas. Em segundo lugar, destaca-se que os princípios da universalidade, integralidade e equidade, fundamentais e estruturantes do SUS, não alcançam esses grupos. Mesmo com programas e políticas voltados para os direitos das pessoas trans, embora promissores para promover mudanças, mostram-se insuficientes para alterar as estruturas profundamente enraizadas do pensamento (cis)heteronormativo nos serviços de saúde. Além disso, a vulnerabilidade em saúde dos homens trans e transmasculinos torna-se evidente quando o único recurso disponível para

esclarecer dúvidas sobre saúde sexual e reprodutiva é a *internet* ou amigos, devido à falta de acolhimento na rede pública ou à escassez de recursos financeiros para acessar a rede privada ou suplementar de saúde.

A discussão que emerge nesta seção fala sobre a capacidade das transmasculinidades em desenvolver estratégias como um processo de cuidado de si e do outro, o que representa uma resposta ao ostracismo que esses grupos enfrentam. No entanto, é crucial não romantizar esse fato como uma habilidade de autocuidado e resiliência - embora, de fato, o sejam - , mas sim encará-lo de forma realista, reconhecendo que a necessidade de criar estratégias indica, na verdade, uma falha em um sistema que deveria funcionar e acolher adequadamente as diferenças ao invés de expulsá-las. Portanto, as estratégias adotadas pelas transmasculinidades devem ser lidas como uma forma de acusar um sistema que seleciona quem merece viver e marginaliza ao mesmo tempo em que patologiza aqueles que não se encaixam em suas normas.

Para tanto, é essencial que os atuais paradigmas presentes no campo da saúde sejam questionados e reavaliados, de modo a eliminar as barreiras de acesso às transmasculinidades. Com isso, ao conseguirem adentrar aos serviços de saúde sem as barreiras de acesso e aquelas presentes durante a assistência, homens trans e transmasculinos poderão ter experiências substancialmente diferentes daquelas previamente relatadas, com suas demandas contempladas de forma integral, sem constrangimentos, sem prejuízos às suas trajetórias e sem peregrinações estratégicas para desfrutar de um direito mínimo: o acesso à saúde, seja ela qual for o seu âmbito.

6.4 Transfobia obstétrica: a violência no ciclo gravídico puerperal de um boyceta

A partir do momento que eu engravidei, eu perdi o direito da minha identidade de gênero, sabe? (Carlos, 33)

A legitimação das construções em torno das identidades e papéis de gênero se dá cotidianamente por meio do *habitus* (cis)heteronormativo, e por ser a norma vigente, coordena igualmente os serviços de saúde, o que resulta na problemática das barreiras de acesso, na dificuldade de relação entre os profissionais de saúde e as pessoas trans e, finalmente, na obrigatoriedade de busca por saúde no âmbito informal. Neste cenário conturbado e (cis)heteronormativo no qual a saúde sexual e reprodutiva das transmasculinidades está imersa, existem as experiências de gestação, parto e pós parto. Por

um lado, são realidades possíveis na trajetória de vida de alguns homens trans e transmasculinos; por outro, são situações que fazem parte da construção histórica e social dos papéis de gênero atribuídos, exclusivamente, ao ciclo de vida de mulheres cisgêneras. Assim, torna-se intuitivo imaginar que gestar, parir e alimentar um bebê, para uma pessoa transmasculina, seja um processo cercado de desafios, medos e renúncia da própria identidade.

É correto afirmar que no contexto da assistência à saúde sexual e reprodutiva das transmasculinidades, o cuidado integral está longe de ser uma realidade. Este campo ainda se revela em processo de compreensão das diferentes formas de vivenciar o corpo, o gênero e a sexualidade. Nesse processo, há uma dificuldade coletiva em aceitar o que escapa à inteligibilidade social sobre esses aspectos. É imprescindível considerar que os homens trans que passam pelo ciclo gravídico puerperal compõem um grupo de interseção entre as experiências de transfobia e a violência obstétrica. Isso sugere a necessidade de diálogos mais profundos sobre as formas como a transfobia pode ser intensificada nessas ocasiões e quais são os seus efeitos prejudiciais à saúde física, mental e psicológica quando somada à violência obstétrica.

A violência obstétrica está relacionada com a infração aos direitos humanos no acesso à saúde durante o período gravídico-puerperal, o abuso do poder médico sobre o corpo das gestantes ou parturientes e o domínio sobre sua autonomia refletem a desigualdade de gênero. Essa situação expressa uma discrepância no acesso à proteção social entre homens e mulheres e é intensificada quando interseccionada com os marcadores sociais da diferença, como a classe social e principalmente cor/raça, uma vez que mulheres negras estão mais suscetíveis a menos analgesia durante o trabalho de parto e maior peregrinação em busca de maternidades onde parir (TEMPESTA e ENEILE, 2021).

A noção de violência obstétrica refere-se a todo tipo de violência enfrentada por mulheres cis durante o ciclo gravídico puerperal. Contudo, no contexto das transmasculinidades, não há trabalhos que abordem a violência obstétrica sofrida por homens trans ou transmasculinos, considerando que também não há uma quantidade expressiva de casos que dê margem para estudos que abordem a temática. Porém, isso não implica que esses grupos estejam isentos desse tipo de violência, que, no contexto brasileiro, é difícil de ser identificada e nomeada entre as más práticas do cotidiano médico, mesmo entre mulheres cis (LEITE et al., 2022). É possível presumir, portanto, que a situação de homens trans e transmasculinos seja ainda mais crítica.

É fato conhecido que o cenário obstétrico brasileiro é marcado por violências ao longo de todo o período gravídico-puerperal, conforme amplamente abordado pelo movimento de humanização do parto, incluindo aquelas violências mais veladas durante o período pré-natal. A prática obstétrica no Brasil contraria a recomendação com base em evidências. Com uma taxa de cesáreas de 57,6%, o Brasil está na contra-mão das recomendações da OMS, que preconiza a flutuação dessa taxa em torno de 15%. Desse modo, o país ocupa a segunda posição mundial em número de cesarianas, o que também promove o aumento da morbimortalidade relacionada à gestação e ao parto (OMS, 2015; LEMOS, 2023).

No entanto, afirmar que o Brasil é o país com o cenário obstétrico mais violento seria um tanto especulativo, pois os dados indicam que a violência no contexto obstétrico é um fenômeno presente em todo o mundo, não é recente e não se limita a contextos nacionais específicos (TEMPESTA, ENEILE, 2021). Desde a década de 1950, havia denúncias sobre partos violentos nos Estados Unidos da América, conforme relatado pela revista *Ladies Home Journal*. A revista trazia relatos de mulheres submetidas ao chamado "sono crepuscular" induzido por medicações sedativas e analgésicas, como a morfina e a escopolamina, que causavam alucinações e agitações psicomotoras. Durante a assistência ao parto, não era incomum o uso de fórceps em mulheres primigestas sob sedação para facilitar o processo de nascimento. Os relatos apresentados na matéria sob o título "Crueldade nas Maternidades" também descrevem o uso de algemas para imobilizar as parturientes e frequentes hematomas observados no pós-parto (DINIZ, 2005; DINIZ et al., 2015).

O termo "violência obstétrica" é utilizado em diversos países da América Latina para nomear os maus-tratos relacionados ao período gravídico puerperal, incluindo o processo de abortamento. Certos países, como a República Bolivariana da Venezuela, possuem legislação específica que faz uso do termo "violência obstétrica" para denunciar a apropriação do corpo da mulher e dos processos reprodutivos pelo profissional de saúde, que se expressa por um atendimento desumanizado, abuso da medicalização e patologização dos processos fisiológicos, o que tem por consequência a perda da autonomia feminina e de sua capacidade de decidir livremente sobre o próprio corpo e a sexualidade, afetando negativamente a qualidade de vida das pessoas (LEITE et al., 2022).

Diferente dos outros países da América Latina, no Brasil, existe certa tensão entre profissionais da saúde, movimentos sociais e o poder jurídico (este último, principalmente em defesa do Conselho Federal de Medicina) na utilização da expressão "violência obstétrica". Leite et al. (2022) explicam que essa tensão se dá por questões culturais nas quais a medicalização excessiva do parto não é considerada como violência mas, pelo contrário, em

algumas situações ela pode ser vista, segundo dados da pesquisa Nacer no Brasil, tanto por profissionais da saúde quanto por gestantes e parturientes, como parte inerente da assistência.

O movimento de humanização do parto no Brasil é composto em sua maioria por profissionais da área obstétrica ou da saúde pública, dissidentes dos preceitos tecnocráticos da assistência ao parto, e que optam por melhorar a assistência promovendo as práticas de “humanização” no lugar de acusar a violência obstétrica. Para o movimento de humanização, a retórica em viés positivo (humanizar) seria uma estratégia eficaz, “uma forma mais dialógica e diplomática, menos acusatória, de falar da violência de gênero e demais violações de direitos praticadas pelas instituições de saúde, o que facilitaria o diálogo com os profissionais de saúde” (DINIZ, 2005). Entretanto, essa posição não é consensual. Especialmente para algumas vertentes radicais do feminismo, para o combate à medicalização do nascimento é crucial utilizar expressões diretas para nomear e denunciar a violência.

Nesta pesquisa apenas um interlocutor vivenciou a experiência de gestar, parir e alimentar o seu filho com o próprio leite. Os demais participantes, cujas entrevistas são analisadas no capítulo de discussão, relataram não pensar no processo gestacional como plano de vida por variados motivos relacionados ao próprio corpo. Interromper o uso de testosterona e lidar com a falta de passabilidade e, por consequência, intensificação da transfobia e da disforia; também se apresentam os fatores “medo do parto” e “medo de procedimentos desnecessários”, que chamaram minha atenção como elementos importantes que determinam a decisão de não gestar. Cumpre notar que, sendo o corpo de um homem trans naturalmente propício e capaz de realizar uma gestação e um processo de parto, a escolha de não gestar parece estar no campo da cultura médica disponível, incluindo então o poder médico sobre o corpo da pessoa gestante e parturiente nos diversos procedimentos de manipulação do corpo e até invasividade que podem ocorrer em relação à pessoa que está gestando, durante ou após o parto como pode ser observado na fala de Breno

É foda também, você provavelmente deve ter visto... sobre aquelas mini cirurgias que às vezes médicos fazem em mulheres porque elas pariram naturalmente sabe? A gente não para pra pensar que essa poderia ser uma realidade de um cara trans também sabe? E... não é falado isso, a gente não pensa nisso... porque, também não é tão falado pras minas cis... se isso ocorre, isso é horrível... Porque depois que eu descobri isso, depois que a gente lê mais sobre isso e você vê as ocisas que podem acontecer e você fica “como isso é possível e porquê?” porque você se acha no direito com o corpo de outra pessoa por conta “X”, por conta que o parceiro pode gostar mais (Breno, 25)

Quando Breno menciona “mini cirurgias” ele se refere à episiotomia utilizada para “facilitar” e “acelerar” o parto e ao chamado “ponto do marido³⁰” realizado durante a sutura perineal em função da episiotomia. Usada desde meados do século XX sob a crença de que este procedimento preserva a integridade genital das mulheres e apesar de ser amplamente utilizado na assistência médica, possui evidências científicas suficientes que comprovam seus malefícios e contraindicam a sua realização de rotina (WHO, 2018). Tal prática aumenta os riscos de infecções puerperais, dificulta o puerpério imediato devido às dores intensas na região perineal e aumenta a rigidez do períneo predispondo-o a outras episiotomias ou lacerações mais graves durante partos subsequentes, além de tornar a vida sexual menos prazerosa e mais dolorida (DINIZ, CHACHAM, 2006).

A episiotomia de rotina pode ser compreendida como mais uma ferramenta da violência de gênero no campo da saúde sexual e reprodutiva e, além disso, como um produto cultural do sistema (cis)heteronormativo que historicamente, desde a noção de incomensurabilidade entre os sexos discutida por Laqueur (1992), constrói a diferença entre os corpos se pautando na ideia de que a biologia feminina é, naturalmente, débil em comparação à dos homens e a vagina compreendida como órgão passivo, mole e frouxo (DINIZ, CHACHAM, 2006). O que dá ao médico, formado nessa cultura, não só o poder mas o dever, para o seu próprio mérito, de correção do tônus muscular vaginal, controle da intensidade de sua abertura, garantia do prazer sexual pós parto (para o marido) e a salvação do recém nascido espremido no desfiladeiro pélvico considerado estreito e “sem passagem”.

Embora o foco da violência obstétrica se concentre nas salas de parto das maternidades onde muitas vezes podem acontecer as maiores atrocidades contra os direitos humanos como as episiotomias de rotina, cesáreas sem indicação clínica verdadeira e em benefício do profissional de saúde ou outras intervenções desnecessárias e proscritas como a manobra de Kristeller³¹, é importante considerar que a violência obstétrica, em especial para pessoas transmasculinas, também é uma realidade desde a ida ao hospital nos casos de urgência e emergência e durante o pré natal podendo estender-se até o puerpério.

Ao falar sobre sua gestação, Carlos disse que no momento em que descobriu estar gestante optou por viver o êxtase do momento com a sua família. Porém, quando precisou buscar um hospital em decorrência de um episódio de sangramento, começou a sentir o peso

³⁰ Ponto extra realizado na sutura perineal em decorrência do procedimento da episiotomia a fim de manter o introito vaginal mais apertado em prol do prazer sexual do homem cis.

³¹ Pressão realizada no fundo do útero com o objetivo de ajudar a empurrar o feto durante a contração. A manobra de Kristeller é proscrita pela literatura científica devido ao risco de depressão cardíaca fetal e aumento de chances de hemorragia pós parto.

de ser um transmasculino gestante. O interlocutor comentou que ficou desesperado pela necessidade de procurar um hospital visto que raramente buscava atendimento médico devido aos episódios transfóbicos vividos por ele em outras ocasiões. No entanto, sem possibilidade de escolhas, buscou um serviço hospitalar de emergência apreensivo e com medo por já saber da dificuldade do acesso por ser um transmasculino, e completou: “imagine você nesse processo de gestação? A última coisa que vão fazer é me tratar no gênero correto, né? eu não vou nem com essa esperança” (Carlos, 32).

Inesperadamente uma mulher preta e lésbica que trabalhava no serviço de higiene do hospital foi quem deu o melhor acolhimento para Carlos e o acompanhou a todo momento de sua permanência no hospital. O acolhimento vindo da funcionária corrobora com a discussão presente no discurso dos entrevistados sobre a importância da rede de pessoas LGBTIA+ nos serviços de saúde como forma de proteção contra a transfobia nesses ambientes. Por outro lado, ao iniciar o pré natal, deu-se início a uma série de episódios dos quais o interlocutor resumidamente define como um “processo de ansiedade muito grande” (Carlos, 32) no qual era necessário um momento de preparo e muita reflexão junto de sua esposa antes de conseguirem comparecer às consultas.

Foi a partir do pré natal que Carlos teve a experiência do contato mais próximo com a violência obstétrica. O acesso à sua pré-natalista se deu por intermédio de uma amiga responsável pelo departamento de acolhimento às pessoas LGBTIA+ de uma unidade de saúde que a partir da apresentação do caso de Carlos ofereceu introduzi-lo na UBS para que fosse acompanhado pela obstetra do serviço que em outra oportunidade já havia atendido a um homem trans gestante. Porém, incomodado desde o início do pré natal, ao perceber que na fila de espera os outros pacientes rasgavam elogios à médica que o atendia, Carlos pôde entender algumas implicações relacionadas à sua identidade de gênero e à sua sexualidade e como a soma desses dois fatores influenciavam o atendimento prestado a ele.

E a gente não conseguia entender porque a gente tava lá sentado esperando a hora da nossa consulta e todo mundo falava que essa médica era incrível, sabe? (RISOS) ou as pessoas têm uma régua muito baixa sabe? ou não sei, ou o fato da gente ser trans é muito relevante. E pra além disso, acho que foi uma coisa que a gente se questionou e também pensou a respeito foi que o outro homem trans que ela atendeu foi um boy trans, bissexual que tava se relacionando com um homem cis gay naquele período. (Carlos, 32)

A reflexão do casal sobre o cenário transfóbico que vivenciaram no pré natal tem a ver com o pensamento de Rubin (1984) sobre a valoração moral hierárquica das práticas sexuais e

estilos de vida que produz a ideia de que casais heterossexuais reprodutores estão, sozinhos, no topo da pirâmide enquanto heterossexuais solteiros seguem logo abaixo. Casais homossexuais (cis) de longa duração estão no limite do que seria uma respeitabilidade dentre desse sistema. Já as “castas sexuais mais desprezadas, correntemente incluem transexuais, travestis, fetichistas, sadomasoquistas, trabalhadores do sexo como as prostitutas e modelos pornográficos” (RUBIN, 1984). O que pode explicar, de certa forma, a recepção mais hostil experimentada por Carlos e sua esposa durante o pré natal.

De acordo com Carlos, na maior parte do tempo das consultas, a médica do pré-natal não olhava para o rosto dele ou de sua esposa e, além disso, não acolhia suas falas, interrompendo-as por diversos momentos. As consultas tornaram-se gatilhos de ansiedade para o casal, que se via preso naquela situação pela necessidade de atendimento médico e pela preocupação com o bebê que estavam esperando. Apesar de toda a ansiedade e sofrimento, estavam certos de que aquele nível de interação não era o ideal de qualidade para um espaço que deveria contar com uma atmosfera leve e acolhedora. O interlocutor contou ainda que a médica do pré-natal não considerava sua gestação como um processo seguro ou planejado e encarava a situação como um erro do casal.

Ela só não ouvia o que a gente tinha a dizer e sempre tratava a nossa gestação como se fosse um erro, um equívoco que a gente não tivesse se planejado pra isso, sabe? e assim foi se tornando um processo cada vez mais difícil pra gente continuar nesse atendimento e foi quando eu disse, olha, não dá! não vale a pena... a gente queria tanto passar por isso de uma forma bacana sabe? (Carlos, 32)

Carlos e sua esposa decidiram mudar de pré-natalista levando em consideração que nesses atendimentos suas especificidades não estavam sendo contempladas, principalmente em função de uma moral médica que não os respeitava enquanto um casal formado por um transmasculino e uma travesti. Ele relatou que em sua última consulta, após um episódio de sangramento, sua pré-natalista indicou uma “super dosagem” de progesterona via vaginal que, de acordo com ele, desencadeou um processo de hiperêmese gravídica que o deixou acamado sem conseguir se alimentar durante um longo período.

A progesterona comentada por Carlos é popularmente conhecida pelo seu nome comercial “*Utrogestan*”. O medicamento é amplamente indicado como prevenção de abortamento nas doses de 200mg a 400mg por dia nas vias oral ou vaginal. Sua utilização por via oral tem como principais efeitos colaterais náuseas, cefaleia e alta concentração plasmática e a via vaginal, por sua vez, proporciona elevada concentração local do hormônio

no próprio útero e menor, porém, mais constante em termos de tempo do medicamento na corrente sanguínea, o que diminui os efeitos colaterais e torna esta via de administração a mais escolhida (ALVES et al., 2010; DI RENZO et al. 2005).

Em uma meta análise de estudos clínicos randomizados realizados pela Cochrane, os resultados obtidos (alto grau de evidência), concluíram que a utilização da progesterona micronizada (*Utrogestan*) para a prevenção do abortamento espontâneo sem histórico de abortamentos constantes, faz pouca ou nenhuma diferença na taxa de nascidos vivos quando comparada com placebo nos casos de ameaça de aborto espontâneo (dois ensaios, 4090 mulheres, razão de risco (RR) 1,03, intervalo de confiança (IC) de 95% 1,00 a 1,07) (DEVALL et al. 2021). No entanto, a utilização desse hormônio se mostra mais plausível e ainda assim em grau moderado de evidência, apenas nos casos de abortos recorrentes (HAAS, HATHAWAY e RAMSEY, 2019).

Embora os estudos supracitados tenham sido realizados com foco na população de mulheres cis, é importante notar que a indicação da progesterona micronizada não apresenta evidência científica de eficácia na prevenção do aborto espontâneo, especialmente na primeira gestação. O cerne da questão está na falta de preparo do pré-natalista que não considerou a utilização da progesterona e seus efeitos colaterais em um corpo que outrora fazia uso constante de testosterona. O contexto mostra falta de atualização científica do profissional de saúde e seu despreparo para o atendimento das demandas de pessoas transmasculinas no contexto ginecológico-obstétrico. Por outro lado, a situação também traz à tona a necessidade de maiores estudos sobre a utilização da testosterona e suas possíveis interações com outros hormônios, especialmente aqueles diretamente relacionados à gestação, como a progesterona ou os estrógenos.

De um modo geral, a experiência do pré-natal de Carlos ilustra o alerta feito na seção anterior sobre o fato de que, embora a organização em redes seja uma ferramenta indispensável para o mapeamento e a indicação dos serviços de saúde que podem vir a ser mais acolhedores, a experiência pessoal com o serviço de saúde e a relação com os profissionais que ali atuam dependem de outras variáveis, como a rotatividade de profissionais naquele serviço e as afinidades entre o profissional de saúde e o usuário do serviço.

Carlos decidiu procurar outro profissional, mas vivia com receio de passar pelos mesmos episódios transfóbicos que experimentara com sua primeira pré-natalista. O interlocutor comentou que também pensava em não ser mais assistido por ninguém durante esse processo, mas sabia que essa escolha não podia ser levada adiante por preocupar-se com

o desenvolvimento da gestação. Preocupado com a informação que recebeu de que, por ser um transmasculino que já utilizou a testosterona, sua gravidez era considerada de alto risco para o desenvolvimento do bebê e para o momento do parto, o interlocutor decidiu procurar algum profissional de saúde que conhecesse sua trajetória e soubesse de seu processo de afirmação de gênero e que talvez pudesse acompanhá-lo com mais empatia e compreensão de seu contexto de vida.

Ao procurar a médica que o acompanhou desde o início do seu processo de afirmação de gênero para tirar as dúvidas sobre o suposto risco da sua atual gestação, Carlos relatou que foi muito bem acolhido e, por ela ser médica de família, pôde dar continuidade aos cuidados pré natais do interlocutor. Durante a nova fase do pré-natal, ele contou que recebeu orientações concisas sobre sua gestação e que também pôde contar com a ajuda de uma fonoaudióloga e consultora de aleitamento como suporte para as suas dúvidas tanto no pré natal quanto no pós parto.

Embora Carlos tenha recebido suporte profissional durante a gestação, o interlocutor relatou que o processo de gestar foi muito solitário. Sem ter uma rede mais ampla de outros transmasculinos que compreendessem seus anseios, além de seu amigo Theo que passou por uma cesárea e morava em outra cidade, Carlos teve que passar por todos os meses da gestação lidando com diversas mudanças psicológicas e físicas e com os impactos sociais resultantes dessas mudanças sem ter alguém que entendesse de fato essas questões. Ao falar sobre uma amiga que estava grávida na mesma época que ele, Carlos compartilhou que era incompatível trocar informações com ela ou frequentar os grupos para os quais era convidado.

Eu tinha uma amiga que tava gestante no mesmo período que eu até. Ela até tentava trocar algumas coisas comigo, mas era muito difícil pra mim, porque assim, vamos participar de um grupo de gestantes? Mano, não vou, sabe? porque assim eu vou chegar lá e eu vou ser o centro da atenção quando a minha demanda não ser compartilhada ali como eu gostaria, saca? É um processo muito solitário mesmo assim pra gente, é... e no geral é isso... foi muito site de pesquisa, vídeos que a gente teve acompanhamento de doula também, vídeos que ela passava também, só não se aplicava sabe?

Como narra Nery (2011), a jornada da transmasculinidade é, por si só, um processo solitário cercado de conflitos internos e externos e é visível, com base na experiência de Carlos e de outros transmasculinos (LIGHT et al., 2014; PEREIRA, 2021; TRAJANO, 2019), que esses conflitos são exacerbados no período gestacional tanto pela diferença no contexto do convívio social quanto dentro dos próprios círculos de pessoas transmasculinas já que

existem divergências entre aqueles que consideram a gestação de um homem trans algo novo e que pode fazer parte da experiência da masculinidade e aqueles que pensam de forma totalmente contrária (TRAJANO, 2019; PEREIRA, 2021). O próprio interlocutor comentou que durante sua gestação, por exemplo, alguns homens trans o retalharam com o discurso de que homem não engravida.

Independentemente da aceitação ou não por parte de pessoas do próprio movimento social organizado, ser um transmasculino que decide engravidar e vivenciar essa experiência tem implicações simbólicas extremamente importantes. O direito ao uso de banheiro público é um exemplo disso, o qual também compôs as dificuldades do processo de gravidez de Carlos. Como um transmasculino gestante que precisou interromper o uso da testosterona e que, devido à hiperêmese gravídica, enfrentava vários episódios de vômitos ao longo do dia, a ida ao banheiro público sem ser notado tornou-se muito mais difícil. Isso o fazia sair de casa com uma sacola, caso sentisse enjoos, ou, em certos momentos, o desencorajava a ficar longos períodos fora de casa para evitar a necessidade de usar banheiros públicos.

Durante a conversa com Carlos, quando falamos sobre identidade de gênero e gestação, perguntei como o interlocutor reagiu às mudanças corporais durante esse período e se ele ainda tinha forças para lidar com a transfobia e seguir afirmando sua identidade de gênero e ele respondeu enfático que “NÃO! Não existe auto estima suficiente pra isso”. Para ele, ser um transmasculino gestante significa pôr em risco a própria identidade construída durante anos e sob muito esforço e afirmou: “A partir do momento que eu engravidei, eu perdi o direito da minha identidade de gênero, sabe?”. Somado a tudo isso, a sina de lidar com a solidão na busca por informações, rede de apoio e empatia também parece ter sido um fator agravante para que a experiência da gestação na condição de um transmasculino estivesse longe do ideal romantizado do período gestacional que é acessível apenas à cisgeneridade.

A solidão no decorrer da gestação de Carlos foi intensificada pela pandemia da COVID-19. Nessa época, já perto da data provável do parto, a presença de acompanhante no ambiente hospitalar não era permitida em decorrência do isolamento social exigido pelo cenário pandêmico. A presença do acompanhante é amplamente discutida como um fator potencialmente favorável para a redução de intervenções desnecessárias e diminuição dos quadros de violência obstétrica (DINIZ e CHACHAM, 2006; WHO, 2018). A situação do cenário pandêmico não era colaborativa para que Carlos se sentisse seguro em ir para o hospital e muito menos para que arriscasse um parto normal naquelas condições, ainda que o seu desejo fosse por essa via de parto.

Diante da alta probabilidade de ter um parto normal sem a presença de sua esposa e, conseqüentemente, tornar-se ainda mais suscetível à violência obstétrica, Carlos, que desde o início da gestação já refletia sobre os detalhes do parto e as ansiedades que o tema provocava, considerava o parto natural domiciliar como uma estratégia para fugir da violência e da transfobia.

O parto pra mim era uma questão né, era uma questão de muito medo, de muita ansiedade, é de muita reflexão de que processo de transfobia eu ia encontrar nesse momento e o que não dava pra gente aceitar nesse processo porque, enfim, o parto é um momento de muitos hormônios ali entrando em ação e a gente sofrendo uma transfobia num momento como esse corta tudo aquilo sabe? (Carlos, 32)

O desejo pelo parto normal foi intensificado pelo fato de que, nas idas ao Hospital da Mulher, o pronome utilizado por Carlos sempre foi desrespeitado. Após tantos episódios de transfobia, chegou a desistir de ser atendido e relatou ainda que ao ir para o hospital, qualquer estado de saúde piorava em vez de melhorar.

Primeiro que quando eu precisava ir numa emergência lá no hospital da mulher a galera era super transfóbica assim, não me tratava no masculino de jeito nenhum, eu cheguei a ir num atendimento no hospital pra uma emergência e desistir de ser atendido sabe, dizer, eu não vou ficar aqui porque eu to piorando aqui em vez de sentir que eu vou melhor sabe? E a gente começou a pensar sobre isso se pô, se naquele espaço a gente tá indo e tá tendo esses problemas né, imagine se a gente vai ter o bebê lá, como vai ser isso.

Como estratégia de fuga à violência obstétrica e à transfobia, o parto domiciliar se mostrou a melhor opção que o casal poderia ter tomado. Carlos definiu o momento do parto como um espaço de conforto onde ele pôde confiar em seu próprio corpo e receber assistência com integralidade e respeito. O fato de saber que as parteiras que o assistiram estavam alinhadas com os seus desejos e sob uma perspectiva aquém da violência obstétrica o fez definir seu parto como um processo “incrível” e “maravilhoso”. Uma etapa finalizada no conforto de sua casa sem violência, como devia ser

Não tem sensação melhor do que terminar aquilo ali e eu estar deitado na minha cama, sabe? deitado na minha cama descansando e é isso, sabe? nossa, foi incrível (Carlos, 33).

Ao explorar a temática da inserção do profissional médico no contexto do parto, que relegou as parteiras tradicionais e introduziu práticas técnicas de intervenção, como o Fórceps criado pelo médico Peter Chamberlen, Diniz (1996) explica que a construção do conhecimento médico na obstetrícia é fundamentada na percepção do corpo como permanentemente defeituoso, sujeito a correções. Rohden (2001) também afirma que a produção do conhecimento científico em ginecologia está enraizada na histórica visão de inferioridade do corpo feminino, resultando em práticas ginecológicas e obstétricas essencialmente corretivas. Essa correção, argumenta Rohden, varia entre corpos brancos e pretos, assim como entre identidades cis e trans. Nessa linha de pensamento, Rohden explica que o poder médico no âmbito da saúde sexual e reprodutiva abarca o controle físico, orgânico e psicológico, exercendo influência até mesmo sobre a moralidade do processo reprodutivo (ROHDEN, 2021).

A assistência ao parto por profissionais não médicos tem sido recomendada pela Organização Mundial da Saúde com alto grau de evidência científica (WHO, 2018), uma vez que a assistência prestada por obstetizes e parteiras tradicionais tende a ser menos intervencionista com menores índices de medicalização do parto e condutas mais acolhedoras e respeitosas. Além do mais, revisões bibliográficas relatam que o vínculo estabelecido entre parteiras com a pessoa parturiente tende a incentivar a autonomia durante o processo gravídico-puerperal, o que resulta em desfechos prazerosos em relação à experiência de parto e na melhoria dos indicadores de saúde materno-infantil (DE SOUSA, 2022).

Além disso, a atuação dessas profissionais também é pauta relevante na luta pela humanização do nascimento. Segundo Narchi, Cruz e Gonçalves (2013), o trabalho desenvolvido por obstetizes, enfermeiras obstetras e parteiras tradicionais configura a luta pela autonomia da pessoa gestante no processo de parir, o resgate pelo parto fisiológico e a diminuição das desigualdades sociais e raciais no campo da saúde sexual e reprodutiva, fatos que sugerem a necessidade dessas profissionais para a melhoria do cenário obstétrico brasileiro. A presença dessas profissionais no campo da SSR também põe em evidência, de acordo com Zorzam (2023), a subversão ao poder da medicina e da igreja, principais entidades responsáveis pelo controle dos corpos e normatização das práticas sexuais e reprodutivas desde o século XVIII e XIX.

A escolha feita por Carlos pelo parto no ambiente domiciliar, assistido por duas profissionais da enfermagem obstétrica, ilustra o que as evidências científicas mostram sobre os desfechos positivos relacionados ao parto nesse contexto. A autonomia e o respeito dos quais Carlos desfrutou durante o seu parto sugerem que, atualmente, a assistência ao parto

domiciliar, ou no contexto hospitalar assistido por profissionais não médicos, tende a ser uma boa estratégia para evitar a violência e transfobia obstétrica. No entanto, embora a experiência de Carlos com duas enfermeiras obstetras tenha sido positiva, o alerta sobre a necessidade de uma formação alinhada com questões de gênero e sexualidade não se limita apenas ao campo da medicina, mas deve ser expandido a toda a comunidade de profissionais atuantes na área da saúde. Isso ocorre porque a hegemonia do conhecimento biomédico, construída sobre os alicerces da patologização dos corpos, especialmente aqueles dissidentes à norma, está presente em toda formação na área da saúde.

Passada a gestação e todos os desafios enfrentados nesta etapa, o advento do período puerperal se apresentou com novos e ainda difíceis desafios que exigiam superação, adaptação e principalmente negociações pessoais. Durante o puerpério, Carlos se viu no dilema entre voltar a utilizar a testosterona e o compromisso assumido com o aleitamento de sua filha. Nesse período, a falta de estudos relacionados ao aleitamento humano e ao uso da testosterona, bem como a invisibilidade no campo da saúde pública sobre temas como transmasculinidades e o ciclo gravídico-puerperal, eram pontos cruciais e fontes de reflexão e ansiedade para Carlos.

A falta de estudos sobre o uso de testosterona durante o aleitamento intensificou o desconforto do interlocutor, que não via alternativa senão abrir mão da afirmação de gênero e continuar amamentando sua filha conforme a prescrição médica. Os estudos que relacionam a amamentação e o uso de testosterona são escassos, e não havia muitas opções além de renunciar à afirmação de gênero por meio da utilização da testosterona para continuar com o aleitamento, que, com o passar do tempo, tornou-se uma prática extremamente prazerosa tanto para Carlos quanto para sua filha.

Para intensificar o dilema da situação, Carlos contou que estava mais próximo de ter acesso à cirurgia de mastectomia porque o valor do procedimento seria coberto pelo plano de saúde do seu trabalho. Ele mencionou que a espera no SUS pode chegar a mais de 10 anos e que essa era uma oportunidade da qual ele tinha que aproveitar o quanto antes, pois o seu desejo pela cirurgia também foi intensificado após a gestação. O que ele não imaginou, e que seria o ápice da transfobia do período gravídico-puerperal, foi que, por ter êxito no aleitamento de sua filha e não ter sofrido conflito com a sua identidade de gênero, mas, pelo contrário, por ter gostado dos momentos de estreitamento de vínculo com a sua filha, o plano de saúde impôs alguns empecilhos que dificultavam a realização da mastectomia e exigiu um acompanhamento psiquiátrico mais rigoroso, com laudos que atestassem a sua transmasculinidade.

A exigência do plano de saúde de Carlos pela comprovação da transmasculinidade por meio de um laudo médico é ilustrativo do que é amplamente discutido por Ventura e Scharam (2008), Almeida e Murta (2013), Bento (2017) e Prado (2018) sobre a crise na autonomia de pessoas trans em poder escolher como construir e viver seus corpos e subjetividades sem serem condicionados à patologização de suas identidades. Um transmasculino que alimentou com o próprio leite sem conflitar com sua identidade de gênero e que, em decorrência disso, deve apresentar provas de sua transmasculinidade por meio de um diagnóstico médico é a melhor ilustração do dogma primordial da normatividade e dos seus papéis de gênero binários e intransferíveis.

Ao longo de todo o período gestacional e no pós-parto, Carlos experimentou a fusão, por vezes velada e por vezes mais agressiva, da transfobia institucional com a violência obstétrica. Se não fosse complexo o ato de nomear a violência obstétrica no contexto de saúde brasileiro, seria pertinente dizer que Carlos teve sua experiência de gestação e pós-parto atravessada pelo que podemos chamar de "transfobia obstétrica".

Longe de ser apenas mais uma forma de dar nome à violência obstétrica, pensar o conceito de transfobia obstétrica implica em afirmar que a assistência ao ciclo gravídico puerperal de uma pessoa transmasculina pode acontecer com as melhores práticas de cuidado alinhadas com as mais recentes evidências científicas e ainda assim ser repleta de transfobia, o que influencia de forma negativa a experiência de gestação e os desfechos do ciclo gravídico puerperal. Essas influências podem ser observadas nas falas de Breno sobre o medo de procedimentos desnecessários em seu corpo durante o parto ou no relato de Carlos que desencadeou um quadro de ansiedade no pré natal, desejou parar de ser assistido e ainda sofreu com o medo de parir sozinho no ambiente hospitalar por ser transmasculino.

A importância de adotar um termo diferente da violência obstétrica para a violência sofrida por uma pessoa transmasculina gestante está no fato de que por mais que a violência obstétrica seja uma ferramenta analítica útil para que sejam identificados os abusos físicos, psíquicos e morais sofridos durante a gestação, ela não dá conta de contemplar os contornos específicos da trajetória de um transmasculino gestante. O mesmo acontece quando é abordada a violência obstétrica sofrida por mulheres negras. Tempesta e Eneile (2021), por exemplo, explicam que o termo "racismo obstétrico" é capaz de capturar as nuances mais sutis do cuidado prestado às mulheres negras e defendem que os desfechos de uma experiência positiva do parto são extremamente ameaçados por questões raciais que estão aquém do que as lentes da violência obstétrica é capaz de captar.

No artigo intitulado “A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil” cujo os dados foram obtidos pela pesquisa “Nascer no Brasil: Pesquisa Nacional sobre Parto e Nascimento”, Leal et al. (2017) puderam observar que em comparação às mulheres brancas, puérperas de cor preta ou parda possuíram mais chances de um pré natal mal assistido e inadequado com prejuízos na vinculação da gestante com o local de parto (maternidade) e com maiores chances de ter ausência de acompanhante no momento do parto. Essas gestantes também sofrem mais com a peregrinação para achar um local ideal para o parto e recebem menos anestesia local para a episiotomia. Puérperas de cor parda também tiveram maior risco de terem um pré-natal inadequado.

Mulheres negras experimentam diferentes tipos de discriminação de raça e gênero, que, quando se interseccionam, comprometem a sua inserção na sociedade como um sujeito de direito, principalmente no que tange à saúde, onde as desigualdades impostas pelo racismo e sexismo diferenciam as mulheres no acesso aos serviços de saúde assim como na cena do parto (SARAIVA, CAMPOS, p. 4, 2023)

Em complemento a essa discussão, no trabalho de Saraiva e Campos (2023), são discutidos os modos como o racismo institucional determina as trajetórias das mulheres pretas grávidas no serviço de saúde, dificultando a elas, inclusive, o convívio social. A menção que as autoras fazem no título do trabalho à música “carne” composta por Marcelo Yuka e consagrada na voz de Elza Soares cujo refrão diz: “a carne mais barata do mercado é a carne negra”, condensa e ilustra a condição de margem imposta aos corpos pretos e pardos. De modo similar, Butler (1990, 1993), Bento (2003), Preciado (2018) e Millet (2020) explicam como a cisheteronormatividade e o cissexismo condensados na transfobia institucional tornam os corpos trans doentes e os marginaliza restringindo-os do convívio social e minando suas vidas na restrição de um direito humano básico que é o acesso à saúde, por exemplo.

Embora o termo “transfobia obstétrica” possa ser semelhante ao “racismo obstétrico” por seguirem a mesma lógica de compreensão e análise das vulnerabilidades e das muitas violências que podem acometer pessoas gestantes no período gravídico-puerperal e no abortamento, é importante mencionar que não são termos iguais, uma vez que as experiências da população negra divergem da população trans por questões históricas e sociais. Por outro lado, vale lembrar que na interseccionalidade entre raça, classe e gênero, as violências tendem a ser mais intensas e, por isso, embora semelhantes mas não iguais, a transfobia obstétrica e o racismo obstétrico caminham lado a lado e podem se cruzar em certas ocasiões. Portanto,

lançar mão de mais uma ferramenta de análise para identificar as nuances da violência que envolvem raça e expressões de gênero no campo da obstetrícia, é um avanço para o cuidado integral à saúde e para a luta contra a violência e discriminação no campo da saúde sexual e reprodutiva.

A transfobia obstétrica e outras questões relacionadas à gestação não se restringem apenas à experiência narrada por Carlos no campo da SSR, mas também podem ser percebidas na relação entre gestação e convívio social de outros homens trans e transmasculinos, como demonstram os estudos de Monteiro (2018), Trajano (2019) e Pereira (2021). Nestes estudos, a incompatibilidade da gestação com o início da afirmação de gênero, que transforma o corpo em um terreno 'inabitável' (PEREIRA, 2021), o autoconflito e a renúncia da identidade de gênero decorrentes da gestação, além do medo de acessar locais públicos e das dificuldades enfrentadas no exercício da parentalidade, mostram como a construção da gravidez como parte intrínseca da natureza feminina coopera para que toda a trajetória de gestação fora dessa norma seja permeada por violência, medo e transfobia.

Por outro lado, o deslocamento da gestação e do parto para fora do contexto da feminilidade cis anuncia "o clímax do antigo regime sexual e o princípio do seu colapso" (PRECIADO, p. 27, 2019) e evidencia a subversão dos corpos transmasculinos ao sistema médico operante e essencialista ao trazerem novos paradigmas para o campo da SSR, especialmente para a ginecologia e a obstetrícia, que se veem diante da necessidade de revisão de suas práticas normativas, historicamente guiadas e saturadas pela (cis)heteronormatividade. O início dessa proliferação futura, ou o que Preciado (2018) chama de 'um novo regime sexual', também propõe, junto das constantes reivindicações do movimento feminista, a reavaliação da antiga noção do mito do amor materno (BADINTER, 1985), de papéis de gênero pré-estabelecidos e de corpos biologicamente construídos histórica e socialmente apenas para gestar e parir.

O tema abordado nesta seção expõe os dilemas que envolvem a gestação vivenciada fora das margens construídas pelo essencialismo biológico que, junto da transfobia institucional, torna a gestação e o parto de pessoas transmasculinas eventos repletos de conflitos e violências. A experiência de Carlos, bem como os anseios relatados por Breno e Alex sobre engravidar e parir, mostraram que, de um modo geral, a SSR desses grupos é um campo repleto de novos dilemas que apontam para um horizonte de desconstrução e reflexão acerca da democracia no campo da saúde. A assistência ao ciclo gravídico-puerperal, apesar de ser uma realidade, desejada ou não, para muitos homens trans e transmasculinos, ainda não

faz parte da cosmovisão tanto dos profissionais da saúde quanto do campo institucional da saúde.

Em contrapartida, observar que, em sua trajetória reprodutiva, Carlos se deparou com diversos momentos de violência e desrespeito que o afetaram com medo e ansiedade e que o fizeram abrir mão da sua própria expressão de gênero, enfatiza a necessidade de olhar para a violência obstétrica sofrida por pessoas transmasculinas sob uma nova perspectiva mais empática e aproximada do contexto de vida das transmasculinidades. Por isso, aprofundar a discussão sobre a experiência vivenciada por Carlos e outros homens trans (MONTEIRO, 2018; TRAJANO, 2019; PEREIRA, 2021) possibilitou a reflexão sobre a transfobia obstétrica como a emergência de uma nova ferramenta de análise da violência obstétrica direcionada às pessoas transmasculinas.

Finalmente, a perspectiva analítica da transfobia obstétrica apresenta-se como um campo inovador e promissor na construção de novos indicadores de saúde que interseccionam os marcadores sociais da diferença, como raça e gênero, à saúde sexual e reprodutiva, visando a contemplação da saúde da população trans. Essa abordagem busca analisar trajetórias pouco exploradas pela academia e, conseqüentemente, pouco abordadas tanto na formação profissional quanto na elaboração de políticas públicas e programas de saúde. Sob a luz desse novo olhar sobre a experiência gravídico-puerperal de homens trans e transmasculinos, espera-se a emergência de novas abordagens na assistência à saúde sexual e reprodutiva desses grupos. Esses itinerários devem resultar da reflexão sobre as novas formas de vivenciar e experimentar as sexualidades e identidades de gênero, representando produtos da, ainda que gradual, porém imprescindível, desconstrução da (cis)heteronormatividade.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho buscou compreender, a partir da narrativa de dois homens trans e de um transmasculino, as características das barreiras encontradas por eles na busca por serviços direcionados à saúde sexual e reprodutiva, e os seus incômodos no contato com os profissionais com habilidades limitadas para lidar com as demandas de saúde da população trans e pouco instruídos nos assuntos sobre diversidades sexuais e de gênero. A construção de estratégias que visam a promoção do autocuidado e do compartilhamento de informações e experiências entre homens trans também foi objeto de estudo para o conhecimento dos itinerários elaborados pelas transmasculinidades na busca pelo direito à saúde.

De modo particular, a narrativa da gestação e do parto de um dos interlocutores contribuiu para a reflexão acerca da reprodução em corpos transmasculinos como um ponto de tensão significativo para o campo da obstetrícia, historicamente desenvolvido sob paradigmas voltados para lidar com a gestação como experiência exclusiva do corpo cisgênero feminino. Nesse bojo, a intersecção entre violência obstétrica e transfobia foi perceptível na experiência gravídico-puerperal do interlocutor. Esses elementos provocaram uma reflexão mais profunda, levando à inferência do que nomeei como "transfobia obstétrica". Essa categorização da violência bebe da mesma lógica do conceito de "racismo obstétrico" e serve como uma ferramenta de análise para compreender as nuances mais sutis da violência obstétrica enfrentada pelas transmasculinidades durante os processos de gestação, parto, puerpério e abortamento.

Apoiando-me em referenciais que abordam a construção e manutenção das normas sociais e utilizando a perspectiva dos estudos de gênero para analisar como se dá a relação entre os serviços de saúde e as transmasculinidades, foi possível observar que a concepção em torno dos construtos da (cis)heteronormatividade como, por exemplo, a ideia de convergência entre corpo-sexo-gênero-desejo, não apenas produz e perpetua as diferenças, mas também rege o *modus operandi* no campo da saúde. Esse impacto se manifesta na arquitetura física desses locais, na prática dos profissionais de saúde e estende-se às políticas públicas que os regulamentam.

Embora essa influência seja trivial, uma vez que o próprio saber-poder biomédico protagonizou, ao longo da história, a construção do sexo e gênero, e concomitantemente do normal e do patológico, o contato com as narrativas que compõem esse trabalho possibilitou apreender de modo mais aproximado e contextualizado os modos pelos quais os serviços de saúde, envolvidos nesses paradigmas normativos, entram em colapso quando se deparam com as diversidades sexuais e de gênero.

Na promoção da saúde sexual e reprodutiva dentro dos consultórios, por exemplo, verificamos que a dificuldade dos profissionais de saúde formados sob a lógica (cis)heteronormativa e cissexista de que a identidade de gênero deve corresponder à orientação sexual ao ponto de ambas serem consideradas como sinônimos, mostrou-se como um fator primordial para a vulnerabilidade em saúde desses grupos.

Guiados por essa lógica, os profissionais de saúde são incapazes de fornecer orientações adequadas sobre cuidados como contracepção, prevenção de IST, rastreamento do câncer do colo do útero e uso adequado da testosterona em relação à saúde reprodutiva. A assistência prestada nesses espaços, além de ser pedagógica para os profissionais de saúde,

torna-se iatrogênica ao não dialogar efetivamente com o contexto de vida do usuário. Consequentemente, sem orientações precisas capazes de fundamentar uma autoreflexão crítica sobre o cuidado de si, o usuário corre o risco de se expor a comportamentos de risco, tanto para infecções sexualmente transmissíveis quanto para gestações indesejadas, tornando-se mais vulnerável ao aborto inseguro.

No que diz respeito às barreiras no acesso aos serviços de saúde, especialmente aqueles destinados aos cuidados relacionados com a sexual e reprodutiva, a disparidade de investimento na saúde pública entre a periferia e o centro, ou centro expandido, não apenas se configurou como um determinante crucial para a saúde sexual e reprodutiva das transmasculinidades, como também evidenciou a necessidade de um censo demográfico da população trans mais preciso, particularmente dos homens trans e transmasculinos em processo de afirmação de gênero por meio do Processo Transexualizador do SUS, a fim de que novos indicadores de saúde sejam pensados para mapear as necessidades desses grupos. Vale lembrar que, nesse contexto, as barreiras para o acesso aos serviços de saúde também foram potencializadas por indicadores sociais como raça e classe.

Ainda nesse contexto, o fator “linguagem” se mostrou um grande dilema para o campo da saúde, primordialmente para a saúde sexual e reprodutiva. O cenário emergente dessa discussão é composto, de um lado, por homens trans e transmasculinos vulnerabilizados por serem dissidentes à norma e, por isso, marginalizados no convívio social em diferentes níveis. Do outro lado, apresenta-se o campo da saúde da mulher construído a partir da luta feminista de longa data em defesa da liberdade, autonomia e garantia de direitos como a saúde integral da mulher cisgênera, também oprimida historicamente pelas normas construídas em torno da hegemonia do homem branco, cis e hetero.

Certamente, o dilema relacionado ao uso da linguagem neste cenário requer uma abordagem parcimoniosa. É inegável a urgência em se priorizar a saúde das pessoas trans, especialmente em um país que registra a maior taxa de homicídios dessa população no mundo. Porém, é igualmente indispensável ponderar que as transformações ao longo da história costumam acontecer de maneira gradual, em passos pequenos e progressivos. Este padrão evolutivo é evidente ao observarmos os muitos anos de luta do movimento feminista, que, ao longo de suas três ondas, abordou diversas demandas como o direito ao voto e a autonomia reprodutiva das mulheres, por exemplo, e atravessou diferentes gerações. Mesmo hoje, o movimento feminista continua sua jornada, expandindo-se de maneira organizada em várias vertentes específicas integrando as mais variadas interseccionalidades na busca por igualdade de gênero.

Longe de encontrar uma resposta definitiva para esse dilema, acredito que o ponto crucial dessa discussão reside na compreensão de que o poder-saber, como explicado por Michel Foucault (1975, 1976), não se concentra em um só agente. Em vez disso, ele se manifesta nas redes relacionais que são produto e, ao mesmo tempo, produtoras das diferenças e desigualdades. No entanto, há que se refletir sobre o papel primordial da (cis)heteronormatividade como precursora de opressão e produtora de vulnerabilidades sociais, com destaque para as mulheres cis e para as identidades de gênero dissidentes à norma.

Sendo assim, no lugar de disputas entre grupos vulnerabilizados, se faz necessária a reflexão de que os esforços de combate às opressões e vulnerabilidades devem ser direcionados às minúcias subjetivas dessa matriz presente na construção de cada sujeito, o que pode ser alcançado por meio da conjunção entre educação, consciência de classe, gênero e os demais marcadores sociais. Ou seja, é a partir da compreensão e desconstrução dessas minúcias da matriz (cis)heteronormativa que estratégias mais eficazes para desafiar as normas opressivas podem ter potencial de mudança social calcada na educação enquanto agente provocador da reflexão libertária e questionadora do *status quo* da sociedade (CRUZ et al. 2015).

Contudo, frente à necessidade de mudanças é preciso “esperançar”³². Por isso, no campo da saúde, a abordagem técnica deve guiar-se pela ética coletiva. Isso quer dizer que gestores de saúde, profissionais e os demais envolvidos devem ter consciência de que os serviços de saúde, principalmente os de porta aberta, também lidam com as demandas de saúde da população trans. Embora o dilema seja complexo e as mudanças vagarosas, a linguagem, por sua vez, é dinâmica e viva e pode ser adaptada de maneira específica e pontual para acolher esses grupos sem a intenção de substituir ou invisibilizar permanentemente outras lutas. Dessa forma, as mudanças, embora graduais, têm o potencial de ação e tendem a ser resolutivas e podem ser iniciadas, por exemplo, com esforços cotidianos de adaptações pontuais no atendimento e até mesmo na ambiência dos locais de saúde comumente generificados pela divisão binária azul-rosa como os locais de parto, por exemplo.

Embora emergentes, os dilemas apresentados neste trabalho reforçam a não recente necessidade de mudança dos paradigmas no campo da saúde, especialmente aqueles que configuram a atenção à saúde sexual e reprodutiva, comumente hostil às minorias em vista do

³² Utilizo o termo “esperançar” cunhado por Paulo Freire em seu livro “Pedagogia da Autonomia: Saberes Necessários à Prática Educativa” onde, para o autor, o ato de esperançar envolve a ação de construir a esperança de maneira coletiva o que não se trata apenas de esperar passivamente por mudanças, mas sim de agir de maneira consciente na construção de um futuro mais justo e igualitário

cenário obstétrico violento às mulheres cis e intensificado de acordo com as suas interseccionalidades. Longe de ser a solução para o campo da SSR, a emergência das transmasculinidades enquanto demanda de saúde de um campo específico surge como uma nova forma de abordar e questionar a categoria 'homem', intocável sob a égide da heterossexualidade compulsória.

Ao deslocar para o campo da masculinidade questões que anteriormente eram restritas à saúde da mulheres cisgêneras, como a criminalização do aborto, surgem novos prismas para a abordagem dessa discussão. Tais mudanças seriam potencialmente o início de um colapso interdisciplinar entre o Estado nas esferas da saúde e do Direito. Por exemplo, se o aborto é tido como ilegal e proibido às mulheres cisgêneras conforme mencionado no art. 124 do Código Penal Brasileiro³³ surgem questionamentos sobre a situação dos homens trans e transmasculinos. Poderiam eles praticar o aborto sem enfrentar punições legais? Caso contrário, seria pertinente que o Estado reconhecesse e incluísse as transmasculinidades no texto do código penal e demais documentos, reconhecendo assim, definitivamente, a legitimidade da identidade transmasculina em seus direitos e deveres e além disso, reconhecendo tais identidades como aquelas capazes de gestar na condição de masculinidade.

Esse questionamento ilustra a complexa relação entre Estado, saúde e o reconhecimento pleno das identidades trans. Ele evoca o episódio épico na luta pelo direito ao nome social, quando a ativista travesti Indianarae Siqueira³⁴ foi presa em 1995 na primeira Parada LGBTIA+ de Copacabana ao expor os seios em protesto, e posteriormente, declarar:

"Se me prender estará reconhecendo legalmente que eu sou mulher e o que vale é minha identidade de gênero e não o sexo declarado em meus documentos. Se dizer que sou homem estará me dando o direito de caminhar com os seios desnudos em qualquer lugar público." (Indianarae Siqueira)

As narrativas apresentadas neste trabalho também mostraram que, apesar das dificuldades encontradas na empreitada de uma vida saudável, homens trans e transmasculinos têm se organizado e criado estratégias que possibilitam trocas importantes com outras pessoas trans, em um processo acolhedor de cuidado de si e do outro. Por outro

³³ Ao falar sobre o aborto provocado pela gestante ou com o seu consentimento, o código penal brasileiro impõe sobre a mulher cisgênera a responsabilidade criminal com pena de 1 a 3 anos pelo processo do abortamento: "Art. 124 - Provocar aborto em si mesma ou consentir que outrem lho provoque".

³⁴ Indianarae Siqueira é uma importante personalidade para a luta do movimento Trans, especialmente para o reconhecimento civil da não binaridade de gênero e a utilização do nome social no estado do Rio de Janeiro. Presidenta do grupo TransRevelação, Indianarae encabeça projetos como o PreparaEnem cujo objetivo é qualificar pessoas trans para prestarem o exame nacional do ensino médio (ENEM).

lado, a necessidade desses grupos em criar estratégias mostrou que a saúde sexual e reprodutiva das transmasculinidades ainda é um campo a ser explorado e desenvolvido, e que requer maiores esforços não apenas para a formação dos profissionais de saúde, mas da sociedade como um todo no que diz respeito ao desenvolvimento social com base na diminuição das desigualdades sociais geradoras, sobretudo, de violências entre as próprias minorias.

Os objetivos alcançados neste estudo, de caráter exploratório, para a compreensão do status da saúde sexual e reprodutiva de homens trans e transmasculinos, geraram tanto respostas quanto novas perguntas e reflexões sobre os novos desafios que emergem nesse contexto. Conclui-se, portanto, que sim, a saúde sexual e reprodutiva das transmasculinidades ainda é um campo em construção que solicita e incita mudanças sociais e paradigmáticas.

Além disso, a emergência dos dilemas apresentados neste trabalho, como as disputas em torno do uso da linguagem no campo da saúde, a importância da discussão sobre gêneros não normativos nesse cenário e a própria gestação deslocada do corpo cis feminino, são excelentes exemplos da dinamicidade social. Esse fato revela que, embora a norma seja transmitida de modo geracional por meio do *habitus* e orientando o comportamento social, diante de novas experiências e dilemas, conforme explicado por Bourdieu (1983), esse mesmo *habitus* também apresenta certa maleabilidade e tende a mudanças e adaptações que, embora lentas, sinalizam a importância do movimento crítico reflexivo acerca do *status quo* social.

Referências:

ALMEIDA, Guilherme. 'Homens trans': novos matizes na aquarela das masculinidades?. **Revista Estudos Feministas**, v. 20, p. 513-523, 2012. Disponível em <<https://www.scielo.br/j/ref/a/wkWvfpf58vHyvr35KTZyvtr/abstract/?lang=pt>> Acesso em 01 de agosto de 2022

ALMEIDA, Guilherme; MURTA, Daniela. Reflexões sobre a possibilidade da despatologização da transexualidade e a necessidade da assistência integral à saúde de transexuais no Brasil. *Sexualidad, Salud y Sociedad* (Rio de Janeiro), p. 380-407, 2013. Disponível em <[Reflexões sobre a possibilidade da despatologização da transexualidade e a necessidade da assistência integral à saúde de transexuais no Brasil](#)> Acesso em 23 de janeiro de 2023

ALVES, Júlio Augusto Gurgel et al. Ameaça de aborto: Conduta baseada em evidências. **Femina**, 2010. Acesso em 30 de outubro de 2023 disponível em <[Ameaça de aborto: conduta baseada em evidências | Femina:38\(2\)fev. 2010. tab | LILACS \(bvsalud.org\)](#)>

ARRUDA, Pâmela Mendes et al. Saúde sexual e reprodutiva de homens transgêneros e mulheres homoafetivas: Revisão Integrativa. *Research, Society and Development*, v. 11, n. 2, p. e35311225676-e35311225676, 2022. Disponível em <[Sexual and reproductive health of transgender men and homoaffected women: Integrative Review | Research, Society and Development](#)> Acesso em 27 de fevereiro de 2023.

BADINTER, E. **Um Amor Conquistado: o Mito do Amor Materno**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

BARBOSA, Raoni. Reflexões etnográficas sobre a construção goffmaniana do ator social. **Dilemas-Revista de Estudos de Conflito e Controle Social**, v. 3, pág. 421-438, 2016. disponível em <<https://www.redalyc.org/pdf/5638/563866492002.pdf>> acesso em 05 de janeiro de 2024

BARBOSA, Bruno César. **Imaginando trans: saberes e ativismos em torno das regulações das transformações corporais do sexo**. 2015. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo. Disponível em <<https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8134/tde-09092015-173956/?gathStatCon=true>> acesso em 05 de janeiro de 2024

BECKER, Howard. A história de vida e o mosaico científico. In: BECKER, Howard. **Métodos de pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: Hucitec, 1999.

BENTO, Berenice. 2008. **O que é transexualidade**. São Paulo: Brasiliense. 181 p.

_____. Berenice. **A diferença que faz a diferença: corpo e subjetividade na transexualidade**. Bagoas: Est. Gen. Sex. 2009; 3(4): 95-112. Acesso em 13 de outubro de 2023, disponível em <[Vista do A diferença que faz a diferença: corpo e subjetividade na transexualidade \(ufrn.br\)](#)>

_____. Berenice. **Transviad@s: gênero, sexualidade e direitos humanos**. Salvador BA, EDUFBA, 2017 p.53

BRASIL. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, 18 ed. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em <[Constituição](#)> acesso em 11 de janeiro de 2023

_____. Portaria n.º 1.707, de 18 de agosto de 2008. Institui, no âmbito do SUS, o processo transexualizador e ser implementado nas unidades federadas, respeitadas as três esferas de gestão Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF,

_____. Ministério da Saúde. Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. disponível em <[CARTA DOS DIREITOS DOS USUÁRIOS DA SAÚDE](#)> Acesso em 01 de agosto de 2023

_____. Portaria n.º 2.803, de 19 de novembro de 2013(a) Redefine e amplia o Processo Transexualizador no âmbito do SUS. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF,

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral LGBT: Princípios e Diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Participativa, Departamento de Apoios à Gestão Participativa, 2013(b) Disponível em <[Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais \(saude.gov.br\)](#)> Acesso em 10 de maio de 2022

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2012 [2006]. Disponível em <[Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.](#)> Acesso em 11 de janeiro de 2023

_____. Governo Federal. Ano de 2022 marca os 150 anos do primeiro recenseamento feito no país. O levantamento realizado pelo IBGE subsidia a formulação de políticas públicas e decisões governamentais. 26 de abril de 2022. Disponível em: <[Ano de 2022 marca os 150 anos do primeiro recenseamento feito no país](#)> . Acesso em: 01 agosto de 2023.

BOURDIEU, Pierre. **O senso prático**. tradução de Maria Ferreira. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2009. 431 p. Originalmente publicado em 1983.

_____, Pierre. **A ilusão biográfica. Usos e abusos da história oral**, v. 8, p. 183-191, 1996. disponível em <[A ilusão biográfica](#)> Acesso em Dezembro de 2022.

_____, Pierre. **A dominação masculina: Seguido de algumas questões do movimento gay e lésbico**. Tradução de Julia Ferreira. 2ª edição. Lisboa: Editora Relógio D'Água, 2002. 150 p. Originalmente publicado em 1998.

BUTLER, J. **Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade**. Tradução: Renato Aguiar, Rio de Janeiro RJ, Civilização Brasileira. 2003. Originalmente publicado em 1990.

_____. Desdiagnosticando o gênero. **Physis: Revista de saúde coletiva**, v. 19, p. 95-126, 2009. Disponível em <[Desdiagnosticando o gênero](#)> Acesso em 20 agosto de 2022.

_____. **Corpos que importam: sobre os limites discursivos do "sexo"**. Tradução de Renato Aguiar. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2017. Publicado originalmente em 1993.

CARVALHO, Mário. “Travesti”, “mulher transexual”, “homem trans” e “não binário”: interseccionalidades de classe e geração na produção de identidades políticas. **cadernos pagu**, 2018. Disponível em <[“Travesti”, “mulher transexual”, “homem trans” e “não binário”: interseccionalidades de classe e geração na produção de identidades políticas](#)> Acesso em 31 de agosto de 2022.

CEDEC – Centro de Estudos de Cultura Contemporânea (Organizadores). **Transver o mundo: existências e (re)existências de travestis e pessoas trans no 1o mapeamento das pessoas trans no município de São Paulo**. 192 p. São Paulo: Editora Annablume, 2021 disponível em <[MAPEAMENTO DAS PESSOAS TRANS NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO RELATÓRIO DE PESQUISA Janeiro - 2021](#)> acesso em 01 de agosto de 2023

CORRÊA, Sonia; ALVES, José Eustáquio Diniz; DE MARTINO JANNUZZI, Paulo. Direitos e saúde sexual e reprodutiva: marco teórico-conceitual e sistema de indicadores. **Livros**, p. 27-62, 2015. disponível em <<http://www.abep.org.br/publicacoes/index.php/livros/article/download/142/140>> acesso em 21 de maio de 2023

CRUZ, Elizabete Franco. São Paulo tecendo gênero. In: Cláudia Maria Ribeiro. (Org.). Tecendo Gênero e Diversidade Sexual nos Currículos de Educação Infantil. 1ed.Lavras: UFLA, 2012, v. 1, p. 65-78. Disponível em <[Tecendo gênero e diversidade sexual nos currículos da educação infantil | PDF \(slideshare.net\)](#)> acesso em 01 de janeiro de 2024

_____. et al. Gênero, saúde e educação um convite à mudança social. **Participação política: Atores e demanda**. 1 ed São Paulo editora Annablume 2015, v. 1, p. 75-89.

DE SOUSA, Taciane Melo et al. A assistência ao parto por parteiras leigas: Uma revisão integrativa. **Saúde em Redes**, v. 8, n. sup1, p. 191-205, 2022. disponível em <<http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/3332>> Acesso em janeiro de 2024

DEVAL, Adam J. et al. Progesterone for preventing miscarriage: a network meta-analysis. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 4, 2021. Acesso em 30 de outubro de 2023. disponível em <[Progesterone for preventing miscarriage: a network meta-analysis - Devall, AJ - 2021 | Cochrane Library](#)>

DINIZ, C.S. G. **Assistência ao parto e relações de gênero**: elementos para uma releitura médico social. Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996

_____. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência & saúde coletiva**, v. 10, n. 3, p. 627-637, 2005. Disponível em <<https://www.scielo.org/pdf/csc/v10n3/a19v10n3.pdf>> acesso em Dezembro de 2023

DINIZ, Simone Grilo; CHACHAM, Alessandra S. O “corte por cima” e o “corte por baixo”: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo. **Questões de saúde reprodutiva**, v. 1, n. 1, p. 80-91, 2006. <[corte por cima e corte por baixo](#)>

DINIZ, Simone Grilo et al. Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção. **J Hum Growth Dev**, v. 25, n. 3, p. 377-376, 2015. Acesso em 20 de outubro de 2023 disponível em <[Português 25\(3\) Art 18.pmd \(bvsalud.org\)](#)>

DI RENZO, Gian Carlo et al. Progesterone and pregnancy. **Current Opinion in Obstetrics and Gynecology**, v. 17, n. 6, p. 598-600, 2005. Acesso em 30 de outubro de 2023 disponível em <[Progesterone and pregnancy - PubMed \(nih.gov\)](#)>

DUBET, F. **Sociologia da Experiência**, Lisboa, editora Instituto Piaget, 1994.

ERICKSON-SCHROTH, Laura (Ed.). **Trans bodies, trans selves: A resource for the transgender community**. Oxford University Press, 2014.

FLORES, V. Pedagogías del deseo. Deseterosexualizar el conocimiento o ¿ es posible hacer de la danza una experiencia de (des) generización. 2018. Disponível em <<https://es.scribd.com/document/390752364/Pedagogias-del-deseo-val-flores-pdf>> Acesso em Junho de 2023

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e Punir**: Nascimento da Prisão. Tradução de Raquel Ramalhe. 34ª ed. Petrópolis: Vozes, 2018 [1975].

_____. **História da Sexualidade I**: A vontade de saber 23ª ed. São Paulo: Paz e Terra, 2003 [1976].

GOFFMAN, E. **Comportamento em lugares públicos**. Petrópolis: Vozes, 2010.

_____. **Ritual de interação: Ensaio sobre o comportamento face a face**. Petrópolis: Vozes, 2011.

_____. "Gender Display". **Gender Advertisements**: Communications and Culture. London: Palgrave, 1976.

GOMES, Maria Paula Cerqueira; MERHY, Emerson Elias (Ed.). **Pesquisadores IN-MUNDO: um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental**. p.105 Editora Rede Unida, 2014.

HAAS, David M.; HATHAWAY, Taylor J.; RAMSEY, Patrick S. Progesterone for preventing miscarriage in women with recurrent miscarriage of unclear etiology. **Cochrane database of systematic reviews**, n. 11, 2019. Acesso em 30 de outubro de 2023. disponível em <[Progesterone for preventing miscarriage in women with recurrent miscarriage of unclear etiology - Haas, DM - 2019 | Cochrane Library](#)>

HARAWAY, Donna. **Antropologia do Ciborgue: As Vertigens do Pós-Humano**. Manifesto ciborgue Ciência, tecnologia e feminismo-socialista no final do século XX p. 33-118, Autêntica Editora, [1985] 2015.

IMBOREK, Katherine L.; GRAF, Elizabeth M.; MCCUNE, Kaitlyn. Preventive health for transgender men and women. In: **Seminars in Reproductive Medicine**. Thieme Medical Publishers, 2017. p. 426-433 Disponível em <[Preventive Health for Transgender Men and Women](#)> Acesso em janeiro de 2023

KINSEY, A.C. **Sexy behavior in the human male**. 1 ed Philadelphia: W.B. Saunders Company.

LAQUEUR, T. **Inventando o sexo: Corpo e gênero dos gregos a Freud**, 2 ed. Rio de Janeiro, editora Dumará, 1992.

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, 2017. Disponível em <<https://www.scielo.br/j/csp/a/LybHbcHxdFbYsb6BDSQHb7H/?format=html&lang=pt>> acesso em dezembro de 2023

LEITE, Tatiana Henriques et al. Desrespeitos e abusos, maus tratos e violência obstétrica: um desafio para a epidemiologia e a saúde pública no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, p. 483-491, 2022. Acesso em 20 de outubro de 2023 disponível em <scielo.br/j/csc/a/vWq9rOOg8B8GhcTb3xZ9Lsj/?format=pdf&lang=pt>

LEMOS, Simone. Brasil tem o segundo maior número de cesáreas no mundo, apesar dos riscos. **Jornal da USP**, 2023. Acesso em 11 de novembro de 2023. Disponível em <[Brasil tem o segundo maior número de cesáreas no mundo, apesar dos riscos – Jornal da USP](#)>

LIGHT, Alexis D. et al. Transgender men who experienced pregnancy after female-to-male gender transitioning. **Obstetrics & Gynecology**, v. 124, n. 6, p. 1120-1127, 2014 Disponível em <https://journals.lww.com/greenjournal/FullText/2014/12000/Transgender_Men_Who_Experienced_Pregnancy_After.9.aspx?> Acesso em 01 de Agosto de 2022.

LIMA, Marcia. O uso da entrevista na pesquisa empírica. *In*: CEBRAP. **Métodos de Pesquisa em Ciências Sociais: bloco qualitativo**. São Paulo: SESC, 2016. p24-42.

LOURO, Guacira Lopes. **Gênero, sexualidade e educação**. Petrópolis: vozes, 1997. Disponível em <[Gênero, Sexualidade e Educação - uma perspectiva pósestruturalista - Guacira Louro.pdf \(usp.br\)](#)> acesso em dezembro de 2023

MARINHO, Marco Antonio Couto. Trajetórias de Vida: um conceito em construção. **Revista do Instituto de Ciências Humanas**, v. 13, n. 17, p. 25-49, 2017. Disponível em <<http://periodicos.pucminas.br/index.php/revistaich/article/view/15710/12445>> Acesso em 07 de novembro de 2022

MEAD, Margaret. **Sexo e Temperamento**. 4ª ed. 305p. São Paulo, SP: Perspectiva, 2003 (1935)

MERHY, Emerson Elias et al. Redes Vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde**, p. 31, 2016. Acesso em outubro de 2023. Disponível em <https://www.researchgate.net/profile/Debora-Bertussi/publication/318471427_A_regulacao_a_quente_e_a_atencao_especializada_viva_como_dispositivosde_compartilhamento_do_cuidado_em_saude>

MILLET, An. **Cissexismo y salud. Algunas ideas desde otro lado** in Colección justicia epistémica. 1 ed, Buenos Aires, Ediciones, 2020

MONRO, Surya. Non-binary and genderqueer: An overview of the field. **International Journal of Transgenderism**, v.20, n. 2-3, p. 126-131. 2019. disponível em <[Non-binary and genderqueer: An overview of the field](#)> acesso em abril de 2023

MONTEIRO, Anne Alencar. Homens que engravidam: um estudo etnográfico sobre parentalidades trans e reprodução. 2018. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social e Cultural) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2018. Disponível em [homens que engravidam: um estudo etnográfico sobre parentalidades trans e reprodução](#)> Acesso em junho de 2022

MORITA, Helena CPO; CRUZ, Elizabete Franco. **MUDANÇA SOCIAL, EDUCAÇÃO E CIDADANIA: APROXIMAÇÕES PÓS-CRÍTICAS E PÓS-ESTRUTURALISTAS** s.d. Disponível em <[mudança social, educação e cidadania: aproximações](#)> Acesso em Dezembro de 2023

NARCHI, Nádia Zanon; CRUZ, Elizabete Franco; GONÇALVES, Roselane. O papel das obstetrias e enfermeiras obstetras na promoção da maternidade segura no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, p. 1059-1068, 2013. Disponível em <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000400019>> acesso em novembro de 2022

NAKAMURA, Aya et al. Dose-response analysis of testosterone replacement therapy in patients with female to male gender identity disorder. **Endocrine journal**, p. EJ12-0319, 2012. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23117148/>> Acesso em 01 de agosto de 2022

PERLONGHER, N. **O negócio do michê**: prostituição viril em São Paulo. São Paulo: Brasiliense, 1987

NEWTON, Esther. **Mother Camp**: Female Impersonators in America Chicago, IL: University of Chicago Press, 1979 [1972]

NISLY, Nicole L. et al. Unique primary care needs of transgender and gender non-binary people. **Clinical obstetrics and gynecology**, v. 61, n. 4, p. 674-686, 2018. Disponível em: <https://journals.lww.com/clinicalobgyn/_layouts/15/oaks.journals/downloadpdf.aspx?an=00003081-201812000-00005> Acesso em 30 de julho de 2023.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS - ONU. Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. Disponível em <[Objetivos de Desenvolvimento Sustentável | As Nações Unidas no Brasil](#)> . Acesso em 20 novembro 2023

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Declaração da OMS sobre taxas de cesáreas. **Hum Reprod Program**, p. 1-8, 2015. Acesso em 15 de novembro de 2023, disponível em <[WHO_RHR_15.02_por.pdf](#)>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Saúde sexual, direitos humanos e a lei** [e-book]. 2020. Disponível em <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/175556/9786586232363-por.pdf>> Acesso em 19 de setembro de 2022.

PAIVA, Camila Rodrigues; FARAH, Beatriz Francisco; DUARTE, Marco José de Oliveira. A rede de cuidados à saúde para a população transexual. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 33, p. e33001, 2023. Disponível em <[A rede de cuidados à saúde para a população transexual](#)> Acesso em dezembro de 2023

PEREIRA, Pedro Paulo Gomes. **De corpos e travessias: uma antropologia de corpos e afetos**. São Paulo: Annablume, 2014.

PEREIRA, Pamella Liz Nunes; GAUDENZI, Paula; BONAN, Claudia. Masculinidades trans em debate: uma revisão da literatura sobre masculinidades trans no Brasil. **Saúde e Sociedade**, v. 30, p. e190799, 2021. Disponível em <<https://www.scielo.org/article/sausoc/2021.v30n3/e190799/pt/>> Acesso em 29 de julho de 2021.

PEREIRA, Pamela Liz. Nunes. **De barba e barrigão: histórias de gestação e parentalidade de homens trans**. Tese (doutorado acadêmico em saúde da criança e da mulher) - Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Rio de Janeiro, 2021. disponível em <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/56430>> Acesso em 29 de agosto de 2022.

POPADIUK, Gianna Schreiber; OLIVEIRA, Daniel Canavese; SIGNORELLI, Marcos Claudio. 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. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 1509-1520, 2017. Disponível em <[avanços e desafios A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgêneros \(LGBT\) e o acesso ao Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde \(SUS\)](#)> Acesso em 11 de fevereiro de 2023

Portaria nº 2.803/2013, Redefine e Amplia o Processo Transexualizador no SUS. Brasil, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013. Disponível em <https://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/saudelegis/gm/2013/prt2803_19_11_2013.html> Acesso em 26 de julho de 2022.

POUPART, Jean et al. **A pesquisa qualitativa: Enfoques epistemológicos e metodológicos**. 3º ed. Tradução de Ana Cristina Arantes Nasser. Petrópolis, RJ. **Vozes**, 2012.

PRADO, M. A. S. *Ambulare*, Belo Horizonte MG, PPGCOM UFMG, 1 ed.2018

PRINCÍPIOS DE YOGYAKARTA. s.l., 2007, 39 p. Disponível em: <http://www.clam.org.br/uploads/conteudo/principios_de_yogyakarta.pdf> Acesso em 22 de Agosto de 2022.

PRECIADO, Paul B. **Manifesto contrassexual** Tradução de Maria Paula Gurgel Ribeiro. São Paulo: n-1 edições, 2014.

_____, Paul B. **Testo Junkie: sexo, drogas e biopolítica na era farmacopornográfica**. Tradução de Maria Paula Gurgel Ribeiro, São Paulo: n-1 edições, 2018.

_____, Paul B. **Um apartamento em Urano: Crônicas da Travessia**. Tradução de Eliana Aguiar. Rio de Janeiro: Editora Schwarcz, 2019. 247 p.

QUEIROZ, Maria Isaura Pereira de. Relatos orais: do indizível ao dizível. **Ciência e cultura**, v. 39, n. 3, p. 272-86, 1987.

REPOLÊS, Sereno Sofia Gonçalves. "Dizer 'pessoas que menstruam' é vital para a inclusão de todes." Folha de São Paulo, São Paulo, 12 dez. 2022. disponível em <<https://www1.folha.uol.com.br/ilustrada/2022/12/pessoas-que-menstruam-e-termo-vital-para-que-todes-acesse-m-politicas-publicas.shtml>> Acesso em dezembro de 2022

RIBEIRO, Djamilá. Não somos pessoas que menstruam. Folha de São Paulo, São Paulo, 02 dez. 2022. Disponível em: <[Nós, mulheres, não somos apenas 'pessoas que menstruam' - 01/12/2022 - Djamilá Ribeiro - Folha](#)>

ROCON, Pablo Cardozo et al. Dificuldades vividas por pessoas trans no acesso ao Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 2517-2526, 2016. Disponível em <[Dificuldades vividas por pessoas trans no acesso ao Sistema Único de Saúde](#)> Acesso em janeiro de 2023

ROHDEN, F. **Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2021
_____. A construção da diferença sexual na medicina. **Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 19, Supl. 2, 2003**

RUBIN, Gayle. **Pensando o sexo: notas para uma teoria radical das políticas da sexualidade**, 1984. Disponível em <[Pensando o Sexo: Notas para uma Teoria Radical das Políticas da Sexualidade](#)> . Acesso em abril de 2023..

SARAIVA, Vanessa Cristina dos Santos; CAMPOS, Daniel de Souza. A carne mais barata do mercado é a carne negra: notas sobre o racismo e a violência obstétrica contra mulheres negras. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 28, p. 2511-2517, 2023. Disponível em <<https://www.scielo.br/j/csc/a/sFDfnydHkyXcQLbLLPyjLkz/>> acesso em janeiro de 2024.

SALIH, Sarah. **Judith Butler e a Teoria Queer**. Tradução de Guacira Lopes Louro. 1ª edição. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2015. 120p.

SANTOS, Márcia Cristina Brasil et al. Aos trancos e barrancos: uma análise do processo de implementação e capilarização do processo transexualizador no Brasil. 2020. (Tese de Doutorado em Serviço Social) Disponível em <[BDTD: Aos trancos e barrancos: uma análise do processo de implementação e capilarização do processo transexualizador no Brasil](#)> Acesso em março de 2023.

SELLES, Beatriz Rodrigues Silva et al. Redes sociais de apoio às pessoas trans: ampliando a produção de cuidado. **Saúde em Debate**, v. 46, p. 148-161, 2023. Acesso em 19 de outubro de 2023. Disponível em <<https://www.scielo.org/article/sdeb/2022.v46nspe6/148-161/pt/>>

SILVA, T. T. **Documentos de Identidade**: uma introdução às teorias do currículo. 2ª ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2007.

SIMMEL, G. **A Metrópole e a Vida Mental**. In: O fenômeno urbano. Rio de Janeiro: Zahar, 1973 [1903]. p. 11-26.

SOUZA, Eloisio Moulin de. A teoria queer e os estudos organizacionais: revisando conceitos sobre identidade. **Revista de Administração Contemporânea**, v. 21, p. 308-326, 2017. Disponível em <<https://www.scielo.br/j/rac/a/NprSqjnqvb7F9WCtzYg9yMn/>> Acesso em Setembro de 2023

STEWART, Talia; LEE, Y. Angie; DAMIANO, Ella A. Do transgender and gender diverse individuals receive adequate gynecologic care? An analysis of a rural academic center. **Transgender Health**, v. 5, n. 1, p. 50-58, 2020. Disponível em <[Do Transgender and Gender Diverse Individuals Receive Adequate Gynecologic Care? An Analysis of a Rural Academic Center](#)> Acesso em janeiro de 2023

Ribeiro, Djamila. "Nós, mulheres, não somos apenas 'pessoas que menstruam'." Folha de São Paulo, São Paulo, 1 dez. 2022. Disponível em <<https://www1.folha.uol.com.br/columnas/djamila-ribeiro/2022/12/nos-mulheres-nao-somos-apenas-pessoas-que-menstruam.shtml>> acesso em dezembro de 2022

Resolução nº 1.707/2008, Institui no âmbito do SUS o Processo Transexualizador, Brasil, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1707_18_08_2008.html> Acesso em 26 de julho de 2022.

STEINLE, Kate. Hormonal management of the female-to-male transgender patient. *Journal of midwifery & women's health*, v. 56, n. 3, p. 293-302, 2011. Disponível em : <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/j.1542-2011.2011.00037.x?casa_token=itXJpiOfFCMAAAAAA%3Av6tfnrt6UihWkFEIVerM9LE0o7IcauHG9Zqb5EVZzvRXG_avJaU9fnNWLNaH_TVCOqiliT5y1ZQXLqi> Acesso em em 13 de março de 2022

TRAJANO, Maria Gracindo. **Entre a cruz e a espada: Experiências de parentalidade de homens e mulheres trans em contextos cisheteronormativos**. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde da Criança e da Mulher)- Instituto de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Rio de Janeiro - RJ, 2019 disponível em <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/44508>> Acesso em 12 de dezembro de 2022

TEMPESTA, Giovana Acacia; ENEILE, Morgana. Racismo obstétrico: a política racial da gravidez, do parto e do nascimento. **Amazônica-Revista de Antropologia**, v. 12, n. 2, p. 751-778, 2021. Disponível em <<https://periodicos.ufpa.br/index.php/amazonica/article/view/9194>> acesso em janeiro de 2024

UNFPA. Divisão de Comunicações e Parcerias Estratégicas. *Vendo o Invisível: Em defesa da ação na negligenciada crise da gravidez não intencional*. Brasil: Ian McFarlane, 2022. (I).

WACQUANT, Loïc. Seguindo Pierre Bourdieu no campo. **Revista de Sociologia Política**. Curitiba, vol.26. p.13 - 29, jun. 2006. Disponível em <<http://periodicos.pucminas.br/index.php/revistaich/article/view/15710/12445>> Acesso em 07 de Novembro de 2022

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO recommendations on intrapartum care for a positive childbirth experience**. World Health Organization, 2018.

WITTIG, Monique. **Le corps lesbien**. Paris: Les éditions de Minuit, 1973.

_____, **The straight mind: And other essays**. Beacon Press, 1992

WINTER, Sam et al. Transgender people: health at the margins of society. *The Lancet*, v. 388, n. 10042, p. 390-400, 2016. Disponível em:

https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673616006838?casa_token=qFl0yB2xaEcAAAAA:PygSbWU8samsh8c_HhcN1lpAnz8BV0fDGnlRZukqBudTslOMpu4YHi5Cdhgab2olvrFDdkfXs2Q> Acesso em 27 de maio de 2022

ZORZAM, Bianca Alves de Oliveira. **Práticas de cuidado de parteiras tradicionais e obstetrizas: resistência, afetividade e subversão**. 2023. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo. Disponível em

<<https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6143/tde-17102023-183016/en.php>> Acesso em Janeiro de 2024

Anexos

ANEXO A - Ficha Cadastral do Serviço do Sistema Informatizado de Regulação do Estado de São Paulo – SIRESP e da Central de Regulação de Oferta de Serviços de Saúde do Estado de São Paulo o CROSS

Governo do Estado de São Paulo
Secretaria da Saúde

MÓDULO DE REGULAÇÃO DE URGÊNCIAS

Perfil: Usuário Padrão | Unidade: SANTA CASA COSMOPOLIS

Cadastro | Urgência | Internação | Relatório | Consulta | Receptor

Fale Conosco | Help Desk

CNS - Cartão Nacional de Saúde

CNS

Código Nome paciente* Nome Social CPF RG Data de Expedição

Filiação

Filiação 1* Filiação desconhecida Filiação 2

Data nascimento* Sexo* Nacionalidade* Estado Civil Raca/Cor*

Paciente deseja informar identidade de gênero? *

Sim Não

DDD Celular DDD E-mail Nome Contato DDD Tel. Contato

CEP Endereço Número Complemento

Bairro UF* Observação:

Pessoa com necessidades especiais

* Campos obrigatórios.