

ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA  
FUNDAÇÃO GETULIO VARGAS

GUILHERME CALIXTO VICENTE

Direitos sexuais e reprodutivos de homens  
trans, boycetas e não-bináries: uma luta por  
reconhecimento e redistribuição de saúde  
pública no Brasil

SÃO PAULO

2020

GUILHERME CALIXTO VICENTE

DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS DE HOMENS TRANS, BOYCETAS E  
NÃO-BINÁRIES: UMA LUTA POR RECONHECIMENTO E REDISTRIBUIÇÃO DE  
SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

Trabalho de conclusão do curso de graduação em Administração Pública.

Orientadora: Gabriela Lotta

SÃO PAULO

2020

# Resumo

Este trabalho tem como objetivo principal compreender se o Sistema Único de Saúde busca atender aos direitos sexuais e reprodutivos de homens trans, boyceatas e pessoas não-binárias com vagina. Trata-se de uma investigação autoetnográfica que também se utiliza de entrevistas com profissionais, pesquisadoras/es e ativistas da área, assim como homens trans e não-binários que gestam ou gestaram, contando também com idas a campo para averiguar melhor a questão. Concluiu-se que atualmente existe um grande vazio institucional a este respeito, o que se traduz como a manutenção e afirmação da cisgeneridade enquanto estrutura de poder que define como e para quem a saúde pública é produzida no Brasil.

**Palavras-chave:** direitos sexuais; direitos reprodutivos; transgeneridade; SUS.

# Sumário

1. Resumo	3
2. Prólogo	5
2.1. Objetivos e Hipótese de Pesquisa	9
2.2. Metodologia	10
3. Marcadores Sociais da Diferença	14
3.1. Sexo, Identidade de Gênero, Orientação Sexual	14
3.1.1. Homens trans, boycetas e pessoas não-binárias	17
3.2. Redistribuição, Reconhecimento e Implementação de Desigualdades	20
4. Direitos Reprodutivos e Sexuais	24
4.1. Mapeando discussões, Tecendo reflexões	24
4.2. A construção histórica	29
4.3. O Conceito	40
5. Direitos Sexuais e Reprodutivos de Homens Trans, Boycetas e Não-binários AFAB	47
5.1. Trabalho Autoetnográfico	47
5.1.1. Questões Sexuais	48
5.1.2. Questões Reprodutivas	69
5.2. Uma análise das políticas públicas existentes	82
6. Provocações	92
7. Conclusão	94
8. Referências Bibliográficas	95

## Prólogo

Não lembro bem qual foi o percurso que fiz para chegar até lá, mas tenho a impressão que tudo começou com uns exames de rotina que eu não fazia há anos e que decidi colocar em dia durante as férias (do meio de 2019, talvez?). A médica, loira e jovem, me perguntou se eu já tinha feito e eu disse que não, fazendo ela levar um baita susto por eu não ter feito esse tipo de exame tão importante no auge dos meus 20 anos. Bem, para tudo tem uma primeira vez.

Eu acordei e fui para a Unidade Básica de Saúde (UBS) da Vila Ema, que fica perto de casa (perto mesmo, dá uns 10 minutos a pé). Tinha exame marcado. Ir a essa UBS nunca foi ruim para mim, sempre me senti acolhido e respeitado - foi lá, inclusive, que eu atualizei minha carteirinha do Sistema Único de Saúde (SUS), deixando o nome e o sexo antigos para trás e atualizando com o meu novo Eu: Guilherme Calixto Vicente, sexo masculino. Sexo masculino? Gênero tudo bem, porque eu sou boyceta então estou dentro das (trans)masculinidades. Agora... Sexo? Bem, sim, com certeza. Se meu gênero tem algo a ver com a masculinidade, todo o meu corpo tem, inclusive meus seios e vagina. É cissexista atribuir a essas partes do corpo, tidas como sexuais, à feminilidade e/ou à mulheridade. Pessoas cis designam as partes dos próprios corpos, mas também de outres. Sendo partes do meu corpo, eu decido quais performances, nomes e categorizações dou a elas. Tudo bem, então, sexo masculino - se bem que eu acho meio tosco dizer que órgãos genitais são masculinos ou femininos, mas enfim...

O ponto é: o SUS compreende e considera o meu raciocínio? E, se o faz, como ele diferencia os corpos testiculados, ovariados ou intersexo (assim que deveríamos chamar, e não 'masculino' ou 'feminino') um dos outros, independentemente de gênero? Porque, no fim das contas, estamos falando de saúde, de algo que tem a ver com o corpo, o metabolismo, e esses três modos de ser diferem um dos outros (sobretudo o intersexo, que é múltiplo por si só). Pensando bem, corpos ovariados que fazem uso de hormonização com testosterona são diferentes de corpos ovariados que fazem uso de hormonização com estrogênio ou progesterona, por exemplo, então talvez tenhamos que pensar

inclusive dentro dessas categorias. Em outras palavras, o corpo e o funcionamento do corpo de um homem trans, boyceta ou pessoa não binária com vagina que aplicam testosterona é diferente do corpo e do funcionamento do corpo de uma mulher cis que utiliza anticoncepcional. Será que isso tem implicações médicas a ponto de termos de diferenciar um do outro, ao invés de tratar a ambos unicamente como 'corpos ovariados'? E as mulheres trans que fazem cirurgia de construção de uma vagina? Ou os homens trans que fazem cirurgia para construir um pênis? O homem trans deixa de ter ovários, mas não passa a ter testículos. A mulher trans deixa de ter testículos, mas não passa a ter ovários. Como operacionalizar biopoliticamente esses corpos em sistemas de saúde, sobretudo os públicos? Como fazer meu corpo simplesmente existir tal como ele é no SUS? E quais as implicações disso ainda não ser uma realidade?

A resposta para essa última pergunta eu estava prestes a descobrir.

Tinha uma salinha específica para isso, no final do corredor. Quando chamaram meu nome eu fiquei feliz - chamaram o meu nome pra fazer esse exame e isso é uma vitória. O Eu de 14 anos estaria orgulhoso. Fechei o livro - meu melhor amigo nos momentos de ansiedade - levantei e fui. Primeiro conversei com uma enfermeira. Ela perguntou se eu me relacionava com homens ou mulheres, com quantas pessoas eu estava transando atualmente e se eu usava camisinha. Eu disse que usava quando dava, porque com algumas pessoas simplesmente não existe preservativo pensado para a dinâmica dos nossos corpos juntos, e ela não entendeu bem, falou que era necessário usar sempre (como se fosse possível). Depois disso, saiu da sala e eu fiquei sozinho esperando a médica. Meu coração estava saindo pela boca. Olhava ao redor procurando alguma ameaça - nada, tudo tranquilo. A médica chega, me pergunta se eu já tinha feito antes e minha resposta negativa não só a impressiona como também gera um olhar de complacência. Troco a minha roupa por um aventalzinho de hospital e sigo as instruções dela: deito numa maca, arreganho as pernas para uma completa desconhecida e ela me penetra - mas definitivamente não estamos transando, é algo estritamente profissional (ainda que sexo também possa ser algo estritamente profissional). Antes de colocar o espécuro ela me mostra, diz como vai ser (colocar o espécuro, abrir um pouco,

passar uma espátula lá dentro, tirar a espátula, tirar o espéculo) e avisa: ‘vou colocar agora, tá?’.

Eu estava uma pilha de nervos. Minhas mãos estavam fechadas, com o dedão apertando o indicador, e meus dentes mordiam a minha boca. ‘Eu preciso que você relaxe’. Me sentia humilhado. Na verdade sentia isso desde que saí do banheiro sem as minhas roupas e sabendo do que aconteceria. O pior momento foi quando ela olhou pra mim - ou melhor, uma parte de mim. A partir daquele momento, na minha cabeça, ela me entenderia como uma mulher. Me chamaria pelo meu nome de registro se tivesse acesso a ele. Mudaria o pronome com o qual me tratou. A partir daquele momento eu deixaria de existir, seria atropelado por uma visão biomédica pouco flexível a compreender que ela própria é a expressão de uma cultura branca, cisgênera, heterossexual e portanto, colonizadora. A questão não é minha vagina ferir a minha masculinidade - ao contrário, a reforça e potencializa - mas sim a leitura cisgênera que a médica faria do meu corpo, ferindo não só a minha masculinidade mas todo meu Eu, tudo o que eu lutei muito para conseguir fazer possível de existir. Foi a possibilidade dessa morte simbólica que me estarreceu.

Como tudo na vida, o exame acabou. Eu saí da maca, coloquei minha roupa, joguei o avental fora e percebi que tinha passado por uma das experiências mais horríveis da minha trajetória: o meu primeiro papanicolau. Tão pior quanto o exame em si foi como eu fiquei no resto daquele dia, com uma crise de ansiedade horrível e intensa, sem que eu conseguisse identificar o porquê daquilo - eu mal conseguia falar. Era uma quinta-feira.

Passados alguns dias, fui buscar o resultado do exame. Para minha surpresa, ele não estava disponível. Uma médica me explicou que o laboratório devolveu meu exame porque tinham percebido um erro fundamental: o meu nome. Como alguém chamado Guilherme Calixto faria um exame ginecológico? Como alguém do sexo masculino, um homem, faria um papanicolau? Oras, o envio só poderia estar errado. Eu fiquei atônito - a transfobia finalmente me reencontrara, me impedindo de viver todas as esferas da minha vida plenamente - neste caso, a esfera da saúde. A médica, então, propôs que eu fizesse um outro exame, que seria enviado para o laboratório sinalizando que eu sou ‘homem trans’. Entendi a situação e topei. Fiz o exame novamente em menos de 2 meses. Da segunda vez não foi tão ruim, talvez porque eu já estivesse acostumado e psicologicamente fortalecido. Quando fui buscar o resultado do exame fiquei sabendo que o plano das médicas

tinha falhado, mesmo indicando que eu sou uma pessoa trans o exame foi devolvido sem ser analisado por causa do cissexismo.

As consequências do meu corpo não ser inteligível dentro do SUS faz com que eu não saiba se eu tenho alguma infecção vaginal como a candidíase ou vaginose bacteriana, doenças sexualmente transmissíveis como o HPV ou gonorreia, cistos e até mesmo câncer de colo de útero. Em entrevista que realizei com Ana Thaís Vargas, médica ginecologista e obstetra, ela me informou que homens trans e lésbicas cis são os grupos com maior risco de morrer de câncer de colo de útero por falta de triagem, já que por serem maltratados/as pelo serviço de saúde eles e elas evitam realizar consultas e exames, diminuindo a chance de prevenção e cuidado dessa doença.

E se eu tiver câncer de colo de útero? Não vou saber. Não vou poder tratar. Eu, e tantos outros iguais a mim, morreremos. Primeiro simbolicamente, depois materialmente. Além do meu direito à saúde sexual e reprodutiva não ser atendido porque a existência do meu corpo não é tida como possível, essa invisibilização se materializa como necropolítica, conceito desenvolvido por **Achille Mbembe** (2018) que diz respeito à forma como o Estado, ao invés de delimitar limites sobre violência e direitos, acaba por criar 'zonas de morte', nas quais certos corpos, sobretudo os não-brancos, são descartáveis através de ações de 'deixar morrer'.

Essa autoetnografia parte de uma reflexão individual acerca dos direitos sexuais e reprodutivos de homens trans, boycetas e pessoas não-binárias com vagina para uma investigação científica de como esses direitos são tratados no SUS. Primeiramente, são apresentados os conceitos básicos necessários ao entendimento do tema, tal como identidade de gênero e direitos sexuais e reprodutivos. Feito isso, são apresentados de forma autoetnográfica o resultado de entrevistas, discussões feitas em eventos e pesquisa sobre as políticas públicas brasileiras deste campo.

## Objetivos e Hipótese de Pesquisa

Essa pesquisa tem como objetivo principal compreender como o Sistema Único de Saúde busca atender ou não os direitos sexuais e reprodutivos de homens trans, boyceatas e pessoas não-binárias designadas mulheres no nascimento.

Como objetivo secundário pretende-se buscar compreender o que são os direitos reprodutivos e sexuais, além de delimitar a identidade de gênero como um marcador social da diferença e suas implicações no acesso à saúde sexual e reprodutiva.

Existe a hipótese de que o SUS reduz as demandas de saúde de pessoas transmasculinas ao Protocolo Transexualizador, deixando de lado a atenção e serviços relacionados à direitos reprodutivos e sexuais, o que se traduz como esterilização simbólica e cissexismo institucional, evidenciando a existência de hierarquias reprodutivas. Esta é uma forma de injustiça de reconhecimento e distribuição de saúde pública que se traduz como implementação de desigualdades.

## Metodologia

Esta é uma investigação exploratória e qualitativa que mescla diferentes tipos de metodologia, sendo elas: a escrita autoetnográfica, análise documental, revisão bibliográfica e entrevistas semi-estruturadas.

Para a realizar esta investigação fora realizada uma leitura sistemática de textos sobre o tema dos direitos sexuais e reprodutivos e identidade de gênero, além de entrevistas com nove pessoas, das quais 6 são trans e 3 são negros/es, sendo, no total, 2 pesquisadores/as do assunto, dois homens trans que passaram pela experiência da gestação, uma pessoa não-binária grávida, 3 profissionais da saúde (sendo 2 do sistema público) e um militante da causa transmasculina no Brasil. Como trabalho de campo essa pesquisa conta com a presença em dois eventos (antes da pandemia): o primeiro realizado no dia 09/03/2020 em um grupo de discussão sobre questões trans da UBS República, cujo tema foi HIV-AIDS e homens trans, e o segundo no dia 12/03/2020 em uma roda de discussão chamada 'Cai de Boca', que integrou a trilha de conversas do Precisamos Falar sobre Sexo realizada pela Casa1, tendo como tema questão sexual e reprodutiva de pessoas com vagina que são LBTs. Aqui é importante dizer que, ainda que pessoas que foram designadas homens no nascimento possam ter uma vagina (através da cirurgia de afirmação de gênero), nesta pesquisa me refiro como 'pessoas com vagina' aquelas que foram designadas como mulheres no nascimento. Também foram realizados testes experimentais com preservativos internos a fim de mapear sua eficácia na prevenção sexual entre e para este público.

A estratégia adotada para encontrar pessoas para entrevistar foram diversas: desde a mobilização de redes sociais e de afeto até o acompanhamento de postagens em grupos de facebook e a própria presença nos eventos já referidos.

O prólogo faz jus ao método autoetnográfico, que tem como principal característica a narrativa pessoal (BLANCO, 2012; SANTOS, 2017) e o princípio da reflexividade, sendo um método baseado em três orientações: i) metodológica, que tem como base a etnografia e a análise; ii) cultural, que tem como base a interpretação dos acontecimentos vividos através da memória e o aspecto relacional entre quem pesquisa e quem e/ou o que é pesquisado, e; iii) do conteúdo, que tem

como base a autobiografia e a reflexão. Outros pontos importantes para o método é pensar qual o papel político de quem pesquisa em relação ao o que e/ou quem é pesquisado e a influência de quem escreve nas escolhas e sentidos investigativos (SANTOS, 2017).

O termo 'autoetnografia' começou a ser usado no fim dos anos 1970, e mais fortemente dez anos mais tarde. Durante a década de 1980 foi iniciado um movimento interno de questionamento à forma como as ciências sociais produziam o saber científico até então, abrindo caminhos para que os modelos de investigação tradicionais, atrelados ao paradigma positivista, tivessem alguma concorrência com modelos diferentes de se construir pesquisas científicas, fosse na proposta ou na apresentação de resultados. Essas discussões se consolidam nos anos 90, quando são reivindicadas diferentes maneiras e formatos de se fazer ciências sociais e humanísticas. Mercedes Blanco (2012) chama esses momentos de 'crise de representação' e 'giro narrativo', respectivamente, e constrói uma metáfora em que a investigação qualitativa é uma grande árvore, com 'múltiplos galhos, de diferentes tamanhos, texturas e pontos fortes', o que ajuda na compreensão sobre as várias possibilidades metodológicas.

Nos anos 2000 a segunda e a terceira edição do Manual de Pesquisa Qualitativa foram lançadas contendo ensaios e referências sobre 'etnografia pessoal, narrativa pessoal, autobiografia, reflexividade e experiência pessoal', assim como capítulos voltados exclusivamente para a autoetnografia. Além disso, em 2005 o Congresso Internacional de Pesquisa Qualitativa, reconhece a importância da experiência pessoal e da reflexividade na investigação (SANTOS, 2017). Silvio Matheus Alves Santos (2017) conceitua a reflexividade não só como o ato de reflexão de quem escreve, mas sim como a consciência, avaliação e reavaliação da sua própria influência/contribuição à pesquisa intersubjetiva e de seus resultados.

No início, a abordagem autoetnográfica referia-se ao estudo de um grupo social ao qual o/a/ê investigador/a/e pertence, distinguindo-se dos demais estudos sobre este grupo devido ao seu caráter autobiográfico. Carolyn Ellis e Arthur Bochner são os precursores e fundadores do gênero da autoetnografia, considerando-a como um dos melhores caminhos para a realização de pesquisas

qualitativas, uma vez que permite ‘entender o significado do que as pessoas pensam, sentem e fazem’, sendo ‘um gênero de escrita e investigação autobiográfico que conecta o pessoal com o cultural’. Nos anos 2000 Elis, Bochner e Laurel Richardson aumentam este entendimento, acrescentando que a autoetnografia também envolve relatos pessoais e autobiográficos, como a experiência do etnógrafo enquanto pesquisador (BLANCO, 2012).

Ao estudar a obra Jullia Watson, Daniela Beccaccia Versiani (2002) traça paralelos entre autobiografia e autoetnografia. Para a autora, por muito tempo a autobiografia foi marcada por uma noção de sujeito metafísico e universal próprio do modelo iluminista, sendo necessária uma mudança de paradigma em que é feita uma ruptura com esse sujeito metafísico, dando vida à noção de ‘sujeito histórico construído de modo dialógico a partir das relações que estabelece com outras subjetividades’. Assim, Watson advoga em favor da ‘criação discursiva de identidades multifacetadas e subjetividades plurais’, que acabaria por transformar a próprio fazer autobiográfico. Ela ainda aponta que poucos teóricos dedicam seus trabalhos a autobiografias de minorias sociais, e quando o fazem, atuam ainda dentro de uma perspectiva de sujeito universal, como que em um processo de assimilação. Versiani (2002) percebe que essa quebra de paradigma se relaciona também com algumas experiências textuais etnográficas que buscam a inclusão de diversas vozes, por meio por exemplo de uma escrita dialógica e/ou polifônica, em que as obras são escritas em co-autoria entre quem estuda e quem é estudado. Assim, não se fala ‘sobre’ ou ‘pela/o/e’ Outra/o/e, mas ‘com’ ela/ele/elu. É a partir da aproximação dessas reflexões que a autora fundamenta a autoetnografia, uma alternativa teórica para quem se preocupa em ‘superar uma série de dicotomias’ e também corresponde à busca pela inclusão de diferentes vozes culturais.

Este último aspecto é o que Adams, Ellis e Jones *apud* **Silvio Matheus Alves Santos** (2017) chamam de quatro razões fundamentais para realizar a autoetnografia, sendo elas: i) fazer uma crítica contundente, de forma a contribuir e/ou estender a pesquisa e teoria existente; ii) acolher a vulnerabilidade como um modo de compreensão das emoções e melhora da vida social; iii) quebrar tabus, silêncios e recuperar vozes perdidas e desconsideradas; e iv) fazer da pesquisa algo acessível a diversos públicos. De acordo com esses autores, a escrita autoetnográfica também tem prioridades, sendo elas: i) colocar a experiência

pessoal em primeiro plano tanto na pesquisa quanto na escrita; ii) apresentar os processos de tomada de sentido; iii) usar e demonstrar reflexividade; iv) apresentar um conhecimento fruto da informação privilegiada de um fenômeno experiência social (ou cultural); v) descrever e criticar normas culturais, práticas e experiências; e vi) procurar respostas nas audiências (com os leitores, pares e sujeitos pesquisades).

**Santos** (2017) também apresenta algumas críticas feitas a este método, sendo uma delas o argumento tecido por Delamont, que diz que o método autoetnográfico anula o dever de 'sair e coletar dados' atribuído a quem pesquisa, além de dizer que, em sua concepção, questões relevantes não se relacionam com 'angústia pessoal'. Frente a isso, **Santos** (2017) comenta que esses podem ser questionamentos válidos caso a autoetnografia seja o único método empregado para se realizar uma pesquisa empírica, sendo importante ter em mente que esta forma de fazer pesquisa torna possível a problematização do papel de quem pesquisa no momento da sua inserção e atuação em campo (ou seja, nas relações sociais).

Foi com isso em mente que a metodologia dessa pesquisa foi pensada de maneira híbrida, com idas a campo, entrevistas, realização de experiências com caráter de testagem de métodos de prevenção sexual, revisão bibliográfica e análise documental. Optou-se por hibridizar o formato dos diferentes métodos de investigação tendo como horizonte a escrita autoetnográfica. Além disso, a escrita autoetnográfica por vezes traz nuances da vida sexual do pesquisador, escolha feita com o intuito de quebrar certos tabus e falar sobre sexualidade de uma perspectiva também do desejo, e não apenas acadêmica.

Do ponto de vista do fundamento teórico, o método utilizado é o transfeminismo, corrente feminista que

prolifera na internet, anuncia-se em blogs e se confraterniza em redes sociais, e pode ser definido como uma linha de pensamento e de prática feminista que rediscute a subordinação morfológica do gênero (como construção psicossocial) ao sexo (como biologia), condicionada por processos históricos, criticando-a como uma prática social que tem servido como justificativa para a opressão sobre quaisquer pessoas cujos corpos não estão conformes à norma binária homem/pênis e mulher/vagina (...) O

transfeminismo está em construção, é uma literatura de fronteira. (...) Em um trabalho arqueológico, identifiquei os seus fundamentos políticos no processo de consciência política e de resistência de pessoas trans (...), e seus fundamentos teóricos no feminismo negro. - **Jaqueline Gomes de Jesus** (2015, p. 19-20)

É relevante considerar o local de fala a partir do qual o pesquisador produz essa investigação, sobretudo devido à metodologia adotada. Trata-se de um corpo-sujeito magro, endossexo<sup>1</sup>, latino e branco cuja identidade de gênero é transgênero, assumindo o gênero boyceta, a pansexualidade como orientação sexual e a não-monogamia como forma de exercer a afetividade, além de ser residente da periferia da zona leste de São Paulo, pobre e bolsista integral da Fundação Getúlio Vargas.

A pesquisa emprega o uso de linguagem neutra sempre que possível. Isto é, ao invés de flexionar as palavras com os gêneros femininos (através da letra 'a') ou masculinos (através da letra 'o'), é utilizada uma escrita de gênero neutro (através da letra 'e'). Assim, ao invés de filha ou filho, diz-se filhe, por exemplo. Também é importante explicar como ocorre os pronomes nesta nova linguagem - ao invés de 'ela/dela' ou 'ele/dele', utiliza-se 'elu/delu' para as pessoas que utilizam pronomes neutros<sup>2</sup>. Além disso, ao longo deste trabalho são colocadas em ação algumas práticas acadêmicas que vêm sendo construídas por meio de discussões dentro dos movimentos sociais. Trata-se de sinalizar, de alguma forma, qual o local de fala de quem citamos a autoria das fontes de pesquisa utilizadas. Assim, opta-se por escrever o nome completo da autoria em citações diretas, a fim de situá-las em termos de gênero, negrita-lo caso a pessoa seja negra e/ou escrevê-lo em itálico caso a pessoa seja trans. Para saber sobre tais informações fora realizada uma rápida busca na internet, principalmente através de facebook e currículo lattes, buscando a forma como a pessoa em questão se reivindicava. Em casos em que as informações não foram encontradas, optou-se por não diferenciar a escrita dos nomes.

---

<sup>1</sup> Endossexo é toda a pessoa que não é intersexo. O termo será melhor abordado no decorrer do texto.

<sup>2</sup> A linguagem neutra, também conhecida como neolinguagem ou linguagem inclusiva, é um ato político que está em construção. A maioria das pessoas utilizam os pronomes 'elu/delu', mas há quem prefira o 'ile/dile', assim como estão sendo pensadas formas para se neutralizar a língua portuguesa brasileira em todos os seus âmbitos. Para saber mais, acesse <[www.is.gd/sistemaelu](http://www.is.gd/sistemaelu)> último acesso em 24/07/2020.

## Marcadores Sociais da Diferença

Para que possamos entender a problemática deste trabalho é necessária uma investigação inicial sobre marcadores sociais da diferença para que então possamos situar a identidade de gênero enquanto tal e, a partir disso, compreender seus efeitos para os direitos sexuais e reprodutivos de pessoas transgênero que foram designadas como mulheres ao nascer (*afab - assigned female at birth*).

Elaborados para se fazer pensar a hierarquização das diferenças, marcadores sociais da diferença são entendidos como 'sistemas de classificação que organizam a experiência ao identificar indivíduos com determinadas categorias sociais' (ZAMBONI, 2014). Assim, permitem situar e desnaturalizar de relações de poder, enfatizando que diferenças e desigualdades humanas não são naturais, sendo um instrumento de análise fundamental para compreender, neste trabalho, como opera a cisgeneridade. Além disso, Márcio Zamboni (2014) evidencia que esses marcadores 'nunca aparecem de forma isolada, eles estão sempre articulados na experiência dos indivíduos, no discurso e na política', tratando-se do conceito de interseccionalidade - termo cuja autoria está em disputa - a fim de evidenciar a interdependência das relações de poder que envolvem raça e gênero. De modo geral, o conceito foi utilizado amplamente pelas feministas negras dos anos 80 para criticar a universalização da categoria mulher, colocando em discussão que mulheres negras enfrentam não apenas questões relacionadas a gênero, mas também a raça e classe. Com isso, abre-se um leque de discussões e recortes analíticos (intersecções) para (re)pensar as várias posições de sujeito produzidas em nossa sociedade.

## Sexo, Identidade de Gênero, Orientação Sexual

No seio (nada sagrado) das discussões e práticas feministas uma série de conceitos são criados para trazer à tona fenômenos que passavam despercebidos. O principal – gênero – surge nos estudos de biologia e logo é apropriado pelos estudos de gênero feministas como forma de desnaturalizar a opressão sofrida por mulheres. Neste contexto o gênero aparece como a construção social e cultural da diferença sexual, sustentando que o sexo é puramente uma verdade anatômica, ou seja, que não estaria sujeito a construção cultural, enquanto o gênero evoca,

especialmente, a diferença social, cultural e política das mulheres - o que, de acordo com *Paul Preciado* (2018), torna a retórica feminista mais um aparato de normatização sexual e controle social.

A fim de avançar nas discussões de gênero, surge com o Transfeminismo a noção de 'cisgênero', que define quem se identifica com o gênero que lhe foi atribuído no nascimento (*VERGUEIRO*, 2015). Assim, 'cisgênero' é um termo cunhado pela militância trans para tensionar mais um discurso regulador de corpos, já que "o conceito de 'cisgeneridade' pode funcionar como uma ferramenta a desterritorializar uma concepção fundacionalista do gênero" (*LEONARDO; ATHAYDE; POCAHY*, 2017).

Aqui, é importante fazer uma pausa para uma reflexão. Pessoas cisgêneras, quando se entendem enquanto tais, costumam acreditar que são alinhadas ao seu sexo biológico, e de fato são - assim como pessoas trans que acreditam que são alinhadas ao seu sexo biológico, também o são. Discutir o alinhamento entre sexo e gênero é um falso problema, que mantém uma divisão cisnormativa sobre os corpos-sujeito. Assim, é preferível dizer que pessoas são cis ou trans a partir do alinhamento ou não alinhamento com o gênero atribuído em seu nascimento, e não na a genitália que essa pessoa possui, uma vez que existem pessoas trans que se sentem confortáveis em seus próprios corpos (como o pesquisador que lhes escreve) e não há nada de errado com isso, assim como não são menos trans do que as pessoas que demandam realizar mudanças corporais.

Mas, voltando: o uso analítico do termo 'cis' permite que se problematizem discursos e práticas que naturalizam uma norma cisgênera (a cisnormatividade) em função da marginalização e violência para com existências que não sejam cisgêneras – sendo o conjunto de violências direcionadas à população T chamado por transfobia. Estrategicamente falando, é um 'conceito-prática de intervenção social' que 'pode funcionar como uma ferramenta para a ampliação das formas de reflexão-prática política' (*LEONARDO; ATHAYDE; POCAHY*, 2017) surgido nas discussões do Transfeminismo para fazer frente à patologização das identidades não-cis.

Contudo, o termo encontra resistências na área acadêmica e entre algumas militâncias. Segundo *Beatriz Bagagli* (2004), mais do que resistências, existe um profundo silêncio com relação à cisgeneridade - e é com base nesse silêncio que são produzidas as normas do binômio sexo/gênero. Para a autora, o

gênero é significado no silêncio, produzindo 'coerências e inteligibilidades às identidades dos sujeitos cisgêneros e interdições à plena identificação de gênero aos sujeitos transgênero' sendo que é essa interdição que produz 'abjeções relacionadas à transgeneridade' (BAGAGLI, 2004). Para *Caia Coelho* (2017) 'a cisnorma custa a ser nomeada' uma vez que ela é responsável pela produção dos padrões de 'naturalidade, sanidade e salubridade'. Cissexismo é, portanto, não apenas uma dinâmica de discriminação baseada no sexo, mas também baseada na quebra de expectativa de gênero que determinado sexo carrega, enquanto a cisgeneridade compreende todo um sistema de poder baseado no cissexismo, na cisnormatividade e na transfobia.

Assim, a identidade de gênero de alguém pode ser cis(gênero) - sendo esta 'a identidade de gênero que ocorre dentro do limite das expectativas ditadas pela sociedade quando a pessoa nasce' (COELHO, 2017) - ou trans(gênero), que implica na quebra de expectativas do binômio sexo/gênero (que define homem/pênis e mulher/vagina). Não deve ser confundida com gênero, que se trata das representações e relações sociais que classificam pessoas como homem, mulher, travesti, boyceta, não binário, entre outros. Também não deve ser confundida com a sexualidade, ou orientação sexual, que diz respeito ao desejo sexual de alguém (heterossexual, bissexual, homossexual, assexual, pansexual, entre outros). Há ainda o 'sexo', categoria socialmente construída que se refere a identificação de pessoas enquanto 'machos', 'fêmeas' ou 'intersexo'.

Judith Butler (1999) provoca: o processo de sexuação do corpo, isto é, de identificá-lo enquanto 'fêmea', 'macho' (ou intervir cirurgicamente em corpos intersexo até que estes passem a ser categorizados como algum dos outros dois), é uma formação discursiva que incide sobre a materialidade – portanto, o corpo é um artefato sob o qual incide uma série de fluxos culturais, e o corpo sexuado é um constructo social que integra um sistema de poder biopolítico responsável por instaurar noções de 'naturalidade' e 'anormalidade' para manutenção do que a autora chama de 'matriz heterossexual'. Vale dizer que a militância intersexo cunhou o termo 'endossexo' para se referir às pessoas que não são intersexo, dando início à discussões profícuas sobre mais um marcador social da diferença. Assim, endossexual é a pessoa que nasceu com sistema reprodutor, anatomia genital, cromossomos ou hormônios que se encaixam na definição usual de masculino ou feminino, enquanto pessoas intersexo são pessoas que nasceram com sistema

reprodutor, anatomia sexual, cromossomos ou hormônios que não se encaixam na definição usual de homem e mulher. Até 2018 era usado o termo 'diádico' para referir-se a essas pessoas, mas a militância intersexo mudou para 'endossexo/endossexual' por entender que este é um termo mais inclusivo, já que 'diádico' diz respeito somente a características genitais.

Todos estes são marcadores sociais que guardam uma estreita relação entre si na hierarquização das diferenças, ainda que sejam distintos. Por fim, resta dizer que eles não andam sozinhos, existindo interseções entre si e também com outros (como por exemplo raça, etnia, nacionalidade, classe, capacidade, religiosidade, idade e corporalidade). Sabendo disso, nos debruçaremos mais especificamente sobre a questão dos homens trans, boycetas e pessoas não binárias.

## Homens trans, boycetas e pessoas não-binárias

Segundo Camilo Braz e Érica Souza (2016, p. 6) 'é relativamente recente a entrada dos homens trans na arena do ativismo transexual no Brasil' - enquanto o termo travesti tornou-se uma categoria identitária ao longo dos anos 1970 e 1980, tendo sido institucionalizado pelo movimento LGBT ao longo de 1990, a participação de homens trans, individualmente, remete ao começo dos anos 2000, surgindo ao longo da década de 2010 algumas organizações ativistas de projeção nacional.

Dizer que este é um sujeito político novo, entretanto, é diferente de dizer que é um sujeito social novo, já que essa figura também povoa o imaginário social brasileiro, ainda que estas histórias estejam sob um véu de invisibilidade. No livro *A Queda Para o Alto*, temos acesso à história de vida de *André Herz*, homem trans que passou grande parte da vida na FEBEM paulistana. Por meio da leitura de suas vivências é possível perceber que a palavra 'machão'/'machões' permeia variados contextos regionais para classificar de forma pejorativa sujeitos designados mulheres ao nascer que ao longo da vida assumiam uma identidade masculina, sendo usada de forma opressora especialmente em relações de poder que envolviam um 'machão' (no caso, o André) e homens cis (HERZ, 2007). Desta forma, ainda que sejam escassas as pesquisas sobre homens trans e pessoas transmasculinas, esta é uma narrativa que nos ajuda a entender que não se trata

de uma ‘nova figura’ social, ainda que a emergência destes sujeitos políticos seja algo relativamente novo. No Brasil, a questão dos homens trans começou a ser discutida em 2004 no II Encontro Paulista LGBT, em São Paulo. Esse foi o início de profícuas discussões sobre o grupo em diferentes esferas da vida. Na opinião do ativista Alexandre Peixe, em live elaborada pelo Fórum Nacional de Travestis e Transexuais Negras e Negros (FONATRANS), no I Festival Afrotransmasculinidades, o maior avanço do movimento até agora foi quando ativistas levaram para o Ministério Público a questão da mamoplastia e histerectomia do Protocolo Transsexualizador do SUS serem de caráter experimental, o que levou a retirada dessas duas cirurgias da categoria ‘experimental’ – sem contar que esta política pública começou a ser discutida em 2005 mas somente em 2013 os homens trans foram incluídos. Ainda de acordo com Alexandre, até 2008 poucas pessoas se reconheciam como homens trans. Um exemplo disso é que na I Conferência Nacional LGBT havia apenas 5 homens trans, que tiveram de travar uma verdadeira disputa com as regras da Conferência para que pudessem participar de mais de um grupo de trabalho (GT) e, assim, garantir a presença de pelo menos um homem trans em cada um dos 15 GTs. Alexandre Peixe foi o primeiro homem trans a ser presidente da Parada LGBT em São Paulo, em que conta que a parceria com as travestis foi primordial (**FONATRANS**, 2020)

**Guilherme Almeida** (2012) alerta que quem decide produzir conhecimento sobre este grupo enfrenta pouca visibilidade, já que grande parte da sociedade desconsidera a possibilidade de transição de gênero do feminino para o masculino devido ao falocentrismo associado às representações de masculinidade. Além disso, aponta que ‘sua rápida capacidade de *passing* [passabilidade]<sup>3</sup>’, feito o uso da testosterona, contribui para sua invisibilização. Além disso, ao pesquisar sobre a masculinidade de homens trans, o autor comenta que:

‘A possibilidade de ter uma vida organizada sob padrões hegemônicos tende a ser valorizada principalmente por aqueles que se consideram heterossexuais, expressando-se em semelhança com o ‘modelo convencional’ de masculinidade. Apesar disso, a adesão a performances convencionais declina quando cresce o reconhecimento público da

---

<sup>3</sup> Passabilidade é a capacidade de uma pessoa transgênero ‘passar’, aos olhos de pessoas cisgêneros, por alguém do seu gênero. Então, quando um homem trans é percebido como homem, diz-se que ele é ‘passável’.

condição de homem, mesmo entre os 'heterossexuais' – **Almeida** (2012, p. 520)

Entretanto, considerar que todas as pessoas trans que possuem vagina são homens trans incorre em um erro profundamente binarista - o pressuposto é de que, ao ser trans, a pessoa vai de um gênero ao outro, como se fossem dois opostos, e então o único caminho possível ao sair de 'mulher' seria ir para 'homem'. A existência de gêneros não-binários, isto é, de gêneros que fogem à essas duas categorias, nos mostram que esse é um raciocínio falacioso. Alguns gêneros não-binários têm a ver, em algum grau, com expressões e identidade masculina, mas nem todos. Assim, também é um erro categorizar todas essas pessoas como simplesmente 'transmasculinas', já que algumas não-binariedades ocorrem sem ligação com a masculinidade (e/ou feminilidade) - como por exemplo os gêneros neutro e agênero.

Além disso, pelo menos em São Paulo, as pessoas não-binárias que antes definiam a si próprias como transmasculinas vem reivindicando, cada vez mais, outro nome para si: boyceta. Da mesma forma como a travestilidade foi construída como uma possibilidade de gênero à parte, para além do 'ser homem' e do 'ser mulher', a construção de 'boyceta' vem se mostrando também enquanto um gênero próprio (muitas pessoas, inclusive, se valem deste paralelismo entre travesti e boyceta para explicar a nova identidade). A diferença entre boyceta e homem trans, tal qual travesti e mulher trans, é de autodeclaração, mas implica também em reivindicar uma masculinidade que não evoca a ideia de homem, muitas vezes passando pelo lugar do transviado, da anunciação de uma masculinidade que além de não ser falocêntrica se propõe a não ser tóxica e frágil tal qual é a masculinidade cis-hétero-patriarcal, não se limitando à uma reprodução impensada da mesma.

No que tange à visibilidade social, entende-se que o debate sobre não-binariedade tem avançado na sociedade, sobretudo devido às redes sociais (estando, às vezes, muito restrito à elas), mas muitas vezes é acompanhado em tom de deboche e transfobia tanto por pessoas cisgênero quanto por pessoas trans binárias, de forma que pessoas não-binárias ainda tem muito preconceito a enfrentar. Por outro lado, faltam mobilizações deste grupo que ultrapassem os limites da vida *online*, ainda que encontrem espaços dentro de discussões trans de modo geral, como por exemplo o Instituto Brasileiro de Transmasculinidades (IBRAT), que recebeu esse nome, ao invés de situar-se apenas para homens trans,

tendo em mente vivências transmasculinas que não necessariamente remetessem ao binário de gênero - o que permite também a participação de boycetas, que também carecem, enquanto grupo, de mobilizações.

Assim, para abranger da melhor forma possível a maior quantidade de pessoas possíveis, neste trabalho optou-se por diferenciar esses sujeitos a fim de respeitar suas singularidades ao mesmo tempo em que é feito o reconhecimento de demandas em comum, sendo estas justamente a questão do atendimento aos direitos reprodutivos e sexuais pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Nas próximas páginas, serão abordados os temas dos direitos sexuais e reprodutivos, contando com uma contextualização teórica, histórica e possíveis definições, em uma tentativa de fornecer o que fundamenta esses direitos e qual sua importância. Logo a seguir, foca-se no recorte de homens trans, boycetas e pessoas não binárias AFAB, capítulo em que procura-se especificar quais as demandas desses grupos no que diz respeito aos direitos reprodutivos e sexuais, apresentando as entrevistas realizadas ao longo da pesquisa e também um panorama das políticas públicas que existem (ou não) voltadas para essa questão.

## Redistribuição, Reconhecimento e Implementação de Desigualdades

Os marcadores sociais da diferença são bons instrumentos de análise para se compreender em que se baseiam as dinâmicas de desigualdades e injustiças de uma sociedade. Buscando compreendê-las melhor, Nancy Fraser (2002, 2006) as tipifica em duas: a injustiça econômica e a injustiça cultural/simbólica.

Enquanto a primeira se relaciona com exploração, marginalização econômica e privação do acesso a uma vida material adequada, a segunda refere-se a dominação cultural, ocultamento (invisibilidade) e desrespeito. Assim, podemos categorizar a transfobia e o cissexismo como formas de injustiça de reconhecimento - mas não só, pois também tem implicações distributivas, como veremos na seção provocações.

A saída para a injustiça econômica, na visão da autora, são os 'remédios' de redistribuição, isto é, medidas de reestruturação político-econômicas que podem incluir a redistribuição de renda, reorganização da divisão do trabalho, dentre outros.

Já os 'remédios' para dar conta da injustiça simbólica são da dimensão do reconhecimento, o que pode ocorrer do ponto de vista da valorização das identidades subalternas e diversidade cultural ou até mesmo por uma mudança radical que transforme não apenas o sentido do grupo injustiçado, mas de toda a sociedade.

Fraser também tipifica esses 'remédios', separando-os em afirmativos e transformativos. Se por um lado os remédios afirmativos são 'remédios voltados para corrigir efeitos desiguais', os transformativos são 'voltados para corrigir efeitos desiguais precisamente por meio da remodelação da estrutura gerativa subjacente', ou seja, alterando a ordem que produz a injustiça e não apenas atacando seus resultados (FRASER, 2002, p. 237).

A autora relaciona os remédios afirmativos de redistribuição ao Estado de bem-estar liberal e suas medidas que compensam da má distribuição sem alterar a estrutura político-econômica, o que ocorre, por exemplo, com medidas de transferência de renda e "auxílios 'focalizados' ao 'exército de reserva' ", aumentando o consumo de grupos empobrecidos sem que haja uma reestruturação no sistema de produção, o que passa a sustentar e moldar a divisão de classes. Além disso, Fraser chama atenção para o fato de que a partir dessas medidas podem surgir injustiças de reconhecimento, uma vez que, com o passar do tempo, a classe beneficiada por essas medidas pode ser vista como privilegiada pelas demais. Os remédios transformativos de redistribuição, por outro lado, a autora associa ao socialismo e à políticas públicas universais de bem-estar social, assim como políticas macroeconômicas voltadas para o pleno emprego que busquem não só garantir emprego para todos, todas e todos como também dissociar consumo de emprego - o que se aproxima da ideia de desmercadorização de Esping-Andersen (1990), que diz respeito à emancipação dos indivíduos com relação ao mercado, ou seja, ao efeito dos indivíduos exercerem autonomia com relação ao mercado, não dependendo dele para sobreviver. Assim, remédios transformativos de redistribuição tendem a dissolver a diferenciação de classe, reduzindo a desigualdade social sem criar a injustiça de reconhecimento trazida pelas medidas afirmativas de redistribuição (FRASER, 2002).

No que diz respeito à dimensão do reconhecimento, Nancy Fraser classifica as iniciativas que tem por objetivo valorizar identidades de grupos injustamente desvalorizados como 'multiculturalismo *mainstream*', relacionando-o com remédios

afirmativos de reconhecimento. Os remédios transformativos de reconhecimento, por sua vez, têm a ver com a ‘transformação da estrutura cultural-valorativa subjacente’, o que faz com que as identidades e diferenças grupais sejam desestabilizadas de forma a transformar não só o sentido de determinado grupo, mas de todos. Ou seja, ‘enquanto os remédios de reconhecimento afirmativos tendem a promover as diferenciações de grupos existentes, os remédios de reconhecimento transformativos tendem, no longo prazo, a desestabilizá-las, a fim de abrir espaço para futuros reagrupamentos’ (FRASER, 2002, p. 237). Para exemplificar cada medida, a autora relaciona as políticas gays e lésbicas às medidas afirmativas e a política *queer* às transformativas.

A filósofa acrescenta que existem ‘comunidades bivalentes’, isto é, grupos que necessitam de remédios tanto da dimensão do reconhecimento quanto de redistribuição, apresentando a raça e o gênero como exemplos de coletividades em que padrões de valorização cultural são incorporadas ao Estado e também na vida econômica, de modo a torná-los indissociáveis. Para lidar com isso, Fraser lança mão do conceito de ‘justiça bifocal’ ou ‘concepção bidimensional de justiça’, em que ambas as dimensões de injustiça funcionam conjuntamente (FRASER, 2002).

Com essas classificações em mente podemos compreender melhor uma série de políticas públicas, sendo que este trabalho se dedica às que se relacionam com os direitos sexuais e reprodutivos de pessoas não-binárias, boycetas e homens (trans). Mas, antes, é relevante tratar da forma como ‘remédios’ em forma de políticas públicas podem acabar por aumentar as desigualdades e injustiças sociais.

É isso que nos diz Roberto Rocha C. Pires (2019) na introdução do livro *Implementando Desigualdades: Reprodução de Desigualdades na Implementação de Políticas Públicas*. Ele explica que, a partir dos estudos que compõem o livro, é possível verificar que as interações entre políticas públicas e grupos vulnerabilizados podem reforçar a marginalização desses grupos ao invés de mitigá-la. Isso ocorre devido ao ‘efeito social da implementação’, termo que designa as ‘repercussões que o envolvimento com um serviço ou uma política pública pode gerar sobre a posição, a trajetória e a identificação social de um sujeito’ (PIRES, 2019, p. 19). Pelos estudos analisados, Pires percebe que o efeito social da implementação pode ser da dimensão material, que assumem a forma de ‘barreiras de acesso ou critérios de seleção não formalmente previstos’ que interferem na lógica alocativa da política, e também da dimensão simbólica, relacionada a

‘produção de categorias e definições daquilo que é oficial, legal ou tolerado’, em suma, de quem é considerado legítimo (PIRES, 2019).

Ao mapear as diferentes formas como esses efeitos acontecem, são formados dois grandes grupos: um relacionado aos arranjos e instrumentos da política pública e outro com as práticas e interações que ocorrem durante a implementação. Dentro do primeiro grupo as principais questões voltam-se para participação e representação institucional, buscando compreender quem tem seus interesses levados em consideração e quem não, seja por (não) fazer parte do arranjo institucional ou por (não) conseguir agenciar fatores como conectividade e centralidade. Inclui também os instrumentos utilizados para rotinizar e organizar as atividades da política pública, já que eles ‘materializam preconceções e valores e, portanto, não são uma procedimentalização neutra’ o que pode ‘(des)empoderar alguns atores, distribuir desigualmente o ônus e o bônus, tornar as coisas mais fáceis e acessíveis para alguns e mais difíceis e fora do alcance para outros’ (PIRES, 2019, p. 32).

O segundo grupo de mecanismos possui uma abordagem *bottom-up*<sup>4</sup> e voltada para a burocracia de nível de rua, mais precisamente para a forma como seu poder discricionário interfere na implementação da política pública. Dito de forma rápida, isso abrange: i) resistências de realizar determinadas diretrizes, normas ou decisões vinda de superiores; ii) estratégias de *coping*<sup>5</sup> que criam sistemas de classificação que situam usuáries/as/os como menos ou mais merecedores/as de receber os benefícios/serviços prestados; iii) regulação moral quanto a forma como quem é beneficiade/a/o deve ser e agir, o que pode ‘interferir na construção do sentido de lugar e valor social dos usuários’ (PIRES, 2019, p. 40).

Conhecer as formas como políticas públicas reforçam desigualdades ao invés de enfrentá-las nos ajuda a pensar em modos de reverter os efeitos sociais da implementação que impactam negativamente a realização da política. Com essas classificações em mente podemos compreender melhor uma série de políticas públicas, sendo que este trabalho se dedica às que se relacionam com os direitos sexuais e reprodutivos de pessoas não-binárias, boycetas e homens (trans).

---

<sup>4</sup> Trata-se de um jargão da administração pública que diz respeito à políticas públicas que são feitas ‘de baixo para cima’, ou seja, que são criadas a partir da base hierárquica e não do ‘topo para baixo’ (top-down).

<sup>5</sup> Estratégias de enfrentamento à pressão.

# Direitos Reprodutivos e Sexuais

## Mapeando discussões, Tecendo reflexões

Magarita Díaz, Francisco Cabral e Leandro Santos (2004, p.7) fazem notar que 'a construção e vivência da sexualidade e da reprodução sempre foram reprimidas, controladas e cercadas de mitos, tabus e preconceitos', uma vez que essa construção é baseada no argumento de que o sexo tem por finalidade a reprodução. Essa concepção encontra bases no cristianismo, sendo que a Igreja Católica vem, historicamente, interferindo em questões relacionadas à sexualidade e à reprodução (ÁVILA, 2003; MATTAR, 2008; CORREIO, 2015), no sentido de controlá-las. Sobre isso, Rosângela Angelin Correio (2015) afirma:

'A submissão das mulheres aos princípios e ditames patriarcais envolveram várias dinâmicas e processos, entre eles o controle de seus corpos e das sexualidades, ações essas construídas no decorrer da história e que, na atualidade, seguem apresentando reflexos estruturantes na organização social e no acesso das mulheres a direitos humanos, como os de liberdade e autonomia.' - Correio, 2015, p. 188

Neste sentido, há inúmeros estudos, sobretudo no campo feminista e de gênero, que apontam para a forma como à mulher é relegada a esfera privada em função da pública, criando papéis que se traduzem em trabalho doméstico, emocional, sexual e reprodutivo não remunerados. Para pensar nessa dinâmica, os estudos feministas lançam mão do conceito de divisão sexual do trabalho. Mas para uma abordagem transfeminista e interseccional, isto não é suficiente, uma vez que a própria noção de divisão sexual do trabalho pressupõe (ou é produzida por) estruturas que são constantemente naturalizadas, sendo necessário nomeá-las, dissecando suas formas de funcionamento, e dando voz e vez aos corpos-sujeito que são por elas esmagados.

Para que a divisão sexual do trabalho seja possível, são necessários outros dispositivos biopolíticos, sendo eles: a norma endossexual (ou dimorfismo sexual), a cisgeneridade, a heterossexualidade, a branquitude e o colonialismo. Isso porque a divisão sexual do trabalho tem como base a diferenciação biológica de órgãos genitais de acordo com a lógica do dimorfismo sexual, que serve para essencializar uma noção de gênero (que, claro, deve ser fixo) de forma naturalizada, e, em cima

disso, criar papéis de gênero para cada corpo. Essa divisão sexual, por sua vez, não é aplicável a todos os corpos. **Ochy Curiel** (2018), ao explicar sobre decolonialidade, comenta sobre um argumento de **Angela Davis** que aponta para o fato de que a noção de que homens e mulheres realizavam trabalhos diferenciados em função de seu sexo não é aplicável aos corpos escravizados (negros e indígenas) durante os períodos de escravidão legal. Esses corpos, independentemente de serem homens ou mulheres, estavam tanto nas plantações quanto no âmbito doméstico e “por isso, a divisão sexual do trabalho é aplicada somente para *certas* experiências de mulheres e de homens, em *certas* características” (**CURIEL**, 2018, tradução livre, grifo nosso). Aqui, fica explícito como a branquitude está diretamente associada com a divisão sexual do trabalho. A antropóloga relata também que, em suas pesquisas, se deparou com as Leyes de Burgos da Espanha de 1512. Essas leis tornaram obrigatório o uso de roupas pelos povos originários, definindo também que mulheres e homens indígenas deveriam se casar de acordo com a fé cristã, restando às mulheres os deveres domésticos enquanto aos homens seria imposto o pagamento de tributos ao Rei. Assim, “o gênero foi uma imposição colonial” (**CURIEL**, 2018, tradução livre).

*Paul Preciado* (2016, p. 26) explica que ‘o processo de criação da diferença sexual é uma operação tecnológica de redução que consiste em extrair determinadas partes da totalidade do corpo e isolá-las para fazer delas significantes sexuais’, sendo que o dimorfismo sexual, isto é, a narrativa de que existem diferenças sexuais que constituem dois sexos, ganhou força a partir do século XVIII opondo-se ao isomorfismo até então vigente (*PRECIADO*, 2018). De acordo com o autor:

‘Até o século XVII, a epistemologia sexual do regime soberano era dominada pelo que o historiador Thomas Laqueur denomina de “um sistema de similaridades”; a anatomia sexual feminina foi estabelecida como uma variação frágil, interiorizada e degenerada do único sexo que possuía uma existência ontológica, o masculino. Os ovários eram considerados os testículos internos, e a vagina seria um pênis invertido que serve de receptáculo para os órgãos sexuais masculinos. (...) No começo do século XVIII, ganha forma um regime sexopolítico novo e visual, dependente de um “sistema de oposições” - e já não de “similaridades”. Ele mapeia uma nova anatomia sexual em que o sexo feminino não é mais uma inversão ou uma interiorização do sexo masculino, mas sim um sexo inteiramente diferente, cujas formas e funções respondem à própria lógica anatômica. (...) a diferença sexual é elevada a uma categoria não apenas natural, mas também transcendental (superando os contextos históricos e culturais. (...) Os dispositivos sexopolíticos que se desenvolvem com a estética da diferença sexual e das identidades sexuais no século XIX são técnicas

mecânicas, semióticas e arquitetônicas de naturalização do sexo' - *Preciado*, 2018, p. 80-83.

Dessa forma, fica claro que o dimorfismo sexual é produzido, e não um dado puramente biológico, por um código de inteligibilidade pré-discursivo que se relaciona em muito com o que Butler (2003) aponta como matriz heterossexual mas, como aponta *Bagagli* (2004), não se resume a ele, exigindo também um recorte específico para a cisgeneridade - que já foi elaborado no capítulo anterior, junto com o conceito de marcadores sociais. *Preciado* (2018) acrescenta que a diferença sexual, assim como a racial, existe em função de uma hierarquia entre os sexos e as raças.

Assim, uma vez artificializada a existência de somente duas possibilidades corporais ('macho' e 'fêmea'), sob esses corpos são conformados dois gêneros (seguindo o binômio sexo/gênero) e também um desejo, que é heterossexual, para então dar início, em corpos artificializados por meio da cultura, à divisão sexual do trabalho. Aqui, não podemos perder de vista que a heterossexualidade é antes um sistema político do que uma orientação sexual como as outras, e assim é também com a cisgeneridade. Essas três dinâmicas sociais constroem marcadores sociais da diferença próprios, independentes e relacionados uns aos outros, como já dito anteriormente.

É a partir desses conceitos que podemos pensar a divisão sexual do trabalho e a "escravização do sexo feminino" (GOMES, 2003 *apud* PEGORER e ALVES, 2012), tendo em mente que a epistemologia utilizada tradicionalmente volta a naturalizar os processos apresentados, sendo necessário um exercício criativo em busca de novas epistememes e, conseqüentemente, novas formas de enxergar e lidar com o mundo, além de um exercício científico, já que a inclusão de marcadores aumenta a complexidade analítica.

Rosângela Angelin Correio (2015), por exemplo, afirma que:

'Um dos grandes riscos gerados para as mulheres nas sociedades patriarcais encontra-se no fato da naturalização de seus papéis, baseados especialmente em suas condições biológicas que acabam, muitas vezes, sendo uma justificativa para o exercício de relações de poder e opressão das mulheres. (...) os corpos das mulheres e dos homens foram sendo regulamentados, em especial, a partir de processos biológicos, o que garantiu eficácia argumentativa, em especial para as

mulheres, dentro de uma sociedade patriarcal e androcêntrica' - Correio, 2015, p. 184 e 189.

Percebemos, aqui, que a autora não se dá conta de que há toda uma construção e gestão biopolítica das concepções em torno desse processo biológico (e portanto do processo em si) que subalternizam não apenas 'as mulheres', mas também de outros corpos-sujeito, como por exemplo as pessoas intersexo, trans e não-heterossexuais.

Ao estudar sobre a construção dos direitos sexuais enquanto direitos humanos, Sonia Correa (2006) endossa esse argumento. Valendo-se de uma leitura habermesiana, a autora apresenta que no começo da modernidade a categoria 'sexo' se tornou suporte de articulação entre o 'mundo da vida' e o corpo político, sendo que, nessa relação

' (...) as mulheres não foram excluídas do contrato social, mas sim posicionadas desigualmente e confinadas de jure ou de facto à esfera privada. (...) Embora posicionadas desigualmente em razão de "sua sexualidade" as mulheres ocupavam (e ocupam) uma função nuclear no contrato social: a "reprodução" (patrimônio, herança, filiação, manutenção da vida cotidiana, a face submersa da economia). Por efeito dessa centralidade as leis das "mulheres" foram (e continuam) predominantemente inscritas nos códigos civis. Em contraste, os demais "sujeitos sexuais" têm sido, sistematicamente, pensados como objetos dos códigos penais. Dito de outro modo, enquanto as "mulheres" se situavam (ainda se situam) "desigualmente" no interior do contrato, os outros sujeitos potenciais dos direitos sexuais estavam (e estão), de fato, posicionados na sua margem (excluídos). (...) A "interioridade" das mulheres também está associada à fusão entre sexo e gênero, que é muito frequente na teorização feminista. Várias autoras e autores identificam nesta fusão um apagamento da sexualidade como esfera diferenciada de discursos e práticas (Corrêa, 1999; Parker, 1991; Rubin, 1984).' - Correa (2006, p.111-112)

Como sintoma dessa dinâmica, a autora explica que o movimento feminista tem apontado para 'maior confiança' na lei, fazendo reivindicações de direito positivo, enquanto outros 'sujeitos sexuais', que ela define como homossexuais, trabalhadoras do sexo, transexuais, etc, possuem grande desconfiança da lei, dado seu potencial de violência, preferindo demandas de direitos negativos, além de possuir especial relutância com medidas de proteção estatal.

Se até agora falamos que sujeitos que não apenas as mulheres são subalternizados no que diz respeito ao usufruto de seus direitos sexuais e reprodutivos, é importante se atentar também para o fato de que 'mulher/es' não é uma categoria única e universal, existindo diferenças e assimetria entre as mulheres, e não apenas com relação a outros grupos.

Nesse sentido, é interessante o estudo realizado por Laura Davis Mattar e Carmen Simone Grilo Diniz (2012), que pontua a existência de hierarquias reprodutivas no exercício da maternidade. Essas hierarquias são atravessadas de forma transversal por ‘raça, classe, geração/idade e parceria sexual’, mas as autoras também comentam sobre: (a) portar ou não alguma IST, em particular para mulheres HIV positivas ou que possuem sífilis; (b) possuir alguma deficiência física ou mental; (c) ser moradora de rua; (d) ser usuária de drogas; (e) ser trabalhadora sexual e (f) ser infratora, principalmente para as que já estão presas. Todos esses fatores ‘determinam a legitimidade e a aceitação social destas maternidades, e, portanto, suas vivências’. Por mais que as autoras não façam menção à cisgeneridade, adicionam em seu texto um trecho de Gayle Rubin que cita que ‘as castas sexuais mais execradas incluem atualmente os transexuais, travestis, fetichistas, sadomasoquistas, profissionais do sexo como prostitutas e modelos pornô, sendo o mais baixo de todos aqueles cujo erotismo transgride fronteiras de geração’ (RUBIN, 1999 *apud* MATTAR; DINIZ, 2012).

Feito o recorte de identidade de gênero, fica nítido que hierarquias reprodutivas dizem também respeito a paternidades, já que homens trans, boyceas e pessoas não binárias afab também engravidam, isto é, podem gerar e parir. Ou seja, da mesma forma como a mulheridade (o ser mulher) não é restrita à reprodução, a reprodução não é restrita à mulheridade.

**Anne Alencar Monteiro** (2017) publicou um artigo chamado ‘cavalos-marinhos: gestação e masculinidades trans’, no qual estuda homens trans que passaram ou estavam passando, durante a pesquisa, pela experiência da gestação. O uso do termo ‘cavalos-marinhos’ se dá pois ele é usado em contextos trans para se referirem a paternidade trans, já que no caso dos cavalos-marinhos, é o macho que engravida – ainda que nem todos se identifiquem com a palavra. A pesquisadora explica que o que possibilita a gravidez de homens trans é o fato da transmasculinidade (e transgeneridade em geral) ser múltipla, assim, há quem não tenha realizado a histerectomia, quem tenha interrompido o tratamento hormonal ou mesmo nunca começado, quem não use nenhuma forma de contraceptivo e também há quem deseje gestar.

‘A potência que há nos corpos transmasculinos de gestar não é vista como algo que negue a masculinidade dos homens trans, mas eles (re)significam isso a partir das suas vivências e experiências transmasculinas. Nesse sentido, a gravidez é pensada dentro de um contexto que envolve relações de poder, relações de gênero, em que o processo reprodutivo é um importante elemento que conecta as pessoas em diferentes espaços e entre diversos sujeitos sociais (REZENDE, 2015). A gestação aqui pode qualificar também a masculinidade que é vivenciada por esses homens trans. Assim, a possibilidade de uma gestação paterna posta pelos homens trans grávidos, desestabiliza a gravidez como atributo exclusivo que compõe o feminino e a feminilidade. O fato é que há corpos que gestam, mas esses corpos não devem ser naturalizados enquanto corpos femininos. Engravidar também faz parte do que é ser homem’ - **Anne Alencar Monteiro** (2017, p.8)

Dada a diversidade de agentes que são atuantes e impactados por uma mesma questão, podemos, talvez, compreender isso como um indício de que é possível enfrentar a atual crise do feminismo, que se relaciona com o questionamento da política identitária adotada, abrindo margem para o que **Angela Davis** (2018) propõe em seu texto *Solidariedades Transnacionais*: que o conceito de interseccionalidade não vale somente para a interseccionalidade de identidades, mas principalmente de ‘interseccionalidade das lutas’, tendo em mente também a necessidade de tentar ‘criar solidariedade internacional e conexões que atravessem as fronteiras nacionais’. elaborar alianças nas lutas, e que todas as lutas estão imbricadas umas nas outras. Entretanto, no que tange aos direitos sexuais e reprodutivos, Marge Berer (2013 *apud* ANGONESE, 2016) considera existir certo fracasso na elaboração de uma pauta comum para todes, e não apenas para mulheres cisgêneras. Eu diria que, ao menos, descobrimos por onde não devemos ir - e isso já é um começo.

Digressões à parte, fica evidente a necessidade de se elaborarem lentes teóricas e alianças políticas que possibilitem que cada vez mais vidas sejam enxergadas enquanto tais, na integridade das potencialidades que possuem e/ou possam vir a desenvolver. No que diz respeito aos direitos reprodutivos e de parentalidade de pessoas trans, algo já foi começado no Brasil. Mônica Angonese (2016; 2017) explora as políticas nacionais brasileiras direcionadas para direitos reprodutivos e sexuais de pessoas trans e conclui que essa população é violentada por meio do que chama de esterilidade simbólica, que ‘remete à impossibilidade da escolha pela reprodução e de exercer a parentalidade, seja essa biológica, por processo de adoção ou na função de cuidado’ (ANGONESE, 2017, p.262) devido ao lugar de abjeção em que corpos trans são colocados socialmente. Este tópico

será melhor explorado mais a frente, quando for verificado os direitos sexuais e reprodutivos de homens trans, boycetas e pessoas não binárias afab no Brasil.

É claro que a demiurgia de novos paradigmas relaciona-se com a infiltração de sujeitos políticos subalternes nos espaços de produção de conhecimento e de tomada de decisão, ou seja, no processo de construção desses conceitos-práticas - ainda que não se restrinja a isso. A seguir, compreenderemos melhor como isso ocorreu no que diz respeito aos direitos sexuais e reprodutivos.

## A construção histórica

Fato é que a criação dos conceitos de direitos reprodutivos e sexuais é fruto de pautas dos movimentos feminista, gay e lésbico, assim como de acordos internacionais sobre a temática demográfica, tendo interferência também do movimento trans e do movimento negro no desenvolvimento dessas lutas. Os primeiros a se desenvolver no debate público foram os direitos reprodutivos, mas sob outra roupagem.

O primórdio dessa discussão relaciona-se com uma questão político-econômica voltada para debates demográficos inspirados pelas ideias do Marquês de Condorcet e Thomas Malthus que tinham especial preocupação com o aumento populacional no pós-guerra, criando a necessidade de intervenção estatal na vida reprodutiva. Mayara Pegorer e Pedro Alves (2012) indicam que as cinco Conferências Mundiais de População tiveram como tema de debate assuntos ligados a população e crescimento econômico entre as nações de 'primeiro' e 'terceiro' mundo. De acordo com Díaz (2004), houve a introdução massiva de métodos anticoncepcionais nesses últimos, sobretudo na América Latina, em função do interesse estadunidense em diminuir o crescimento demográfico desses países. Esse argumento é corroborado por **Damasco** (2012), que discute especificamente o contexto brasileiro, no qual houve a esterilização massiva de mulheres negras ao longo da década de 1980 - assunto melhor abordado ao longo desta seção. Os debates da época podem ser divididos em três vertentes: natalismo, controlismo e neutralidade populacional (PEGORER, ALVES, 2012).

Paralelo a isso, o feminismo norte-americano dos anos 60 e 70 voltava sua atenção para o *slogan* 'meu corpo, minhas regras', pautando assuntos como fertilidade, aborto e sexualidade feminina. Por mais que a primeira aparição concreta do que viria a ser os direitos reprodutivos tenha ocorrido na Declaração Final da I Conferência Internacional de Direitos Humanos, em 1968 - onde previu-se a decisão livre e responsável sobre a quantidade de filhos e o espaçamento entre eles enquanto um direito humano dos pais (e mães) - o termo em si foi lançado no I Encontro Internacional de Saúde da Mulher, em 1984, em substituição ao termo 'saúde da mulher' para referir-se à autodeterminação reprodutiva das mulheres. Neste evento, ocorreu também outra escolha gramatical decisiva para o avanço das questões reprodutivas: o Tribunal Internacional de Saúde e Direitos Reprodutivos realizou uma série de críticas às questões demográficas dos países do sul global, sobretudo com relação ao uso da contracepção para objetivos controlistas (ÁVILA, 1993), e substituiu o termo 'controle' por 'planejamento', trazendo consigo toda um novo sentido para a reprodução e sexualidade, que agora passam a levar em conta os direitos da mulher. Neste mesmo ano, na cidade do México, a Conferência Mundial de População e Desenvolvimento trouxe para os governos a obrigação de disponibilizarem programas de planejamento familiar universalmente.

Mas é só em 1994, na Conferência Internacional de População e Desenvolvimento (CIPD), ocorrida em Cairo, no Egito, que 'a mulher passou de objeto a sujeito de programas de desenvolvimento e população', fazendo com que a perspectiva masculina do corpo da mulher (cis) enquanto um objeto de controle e regulação fosse anulada (MATTAR, 2012, p.110). Margarita Díaz (2004) acrescenta que nesta conferência não houve consenso para que os direitos sexuais fossem definidos separadamente, sendo, portanto, considerados nos direitos reprodutivos, mas de maneira prejudicada.

No Brasil, a temática encontra espaço na agenda feminista nacional somente em 1980, já que durante os anos 70 o contexto era de ditadura civil-militar. Assim, em 1983 surge o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), voltado para a saúde reprodutiva e o planejamento familiar. Amorim (2008 apud PEGORER, ALVES, 2012), aponta que o programa trouxe um 'novo campo de visão e ação da saúde da mulher, ao romper com o modelo materno-infantil retrógrado e conservador, que via a mulher como uma mera reprodutora'. Com o contexto de redemocratização, também foram criadas a Comissão Nacional de Estudos dos

Direitos da Reprodução Humana no Ministério da Saúde, o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM) em 1985, e a Primeira Conferência de Saúde e Direitos da Mulher, o Programa Nacional de Prevenção das DST (1986) e o Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD, 1988). Para Margarita Díaz, Francisco Cabral e Leandro Santos (2004), esses programas demonstram que, dez anos antes da Conferência realizada em Cairo, o Brasil já possuía programas convergentes com as suas recomendações.

Entretanto, foi também durante a década de 80 que o feminismo negro brasileiro empenhou-se em denunciar a esterilização cirúrgica em massa a qual as mulheres negras do país estiveram sujeitas, configurando, assim, 'supostas políticas de controle de natalidade que teriam como alvo principal a população negra' (DAMASCO, 2012, p. 137).

Damasco (2012) explica os fatores que permitiram essa narrativa. Primeiramente, foram percebidos 'planos e práticas controlistas sobre a população negra' por meio, principalmente, de três acontecimentos. O primeiro deles foi um estudo feito em 1982 pelo economista Benedito Pio da Silva, membro de um dos grupos de assessoria e participação (GAP) criados pelo governo de Paulo Maluf, sob o nome de 'O Censo de 1980 no Brasil e no Estado de São Paulo e suas curiosidades e preocupações'. O estudo reportou um aumento demográfico das pessoas negras (pretas e pardas) em comparação às pessoas brancas, enfatizando a necessidade de se criar formas de impedir que a população negra fosse superior do que branca a partir da ideia que, uma vez maioria, as pessoas negras passariam a ser eleitas - e para impedir isso, se necessário, as eleições brasileiras deveriam ser extintas. O segundo fato foram as 'campanhas publicitárias de Elsimar Coutinho, em 1986', em Salvador, que possuíam cunho altamente racista e com o objetivo de controle de natalidade. Por último, no mesmo ano, fora lançada uma Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) que demonstrou que 71% das mulheres brasileiras casadas/unidas e que tiveram filhos, de 15 a 54 anos, usavam algum método anticoncepcional, sendo o mais usado a esterilização (44%). A maior quantidade de mulheres esterilizadas estava no Nordeste do país, região em que a população negra é maioria. Além disso 'as ativistas negras afirmaram não haver na época a disseminação de informações e a oferta de métodos contraceptivos pelos serviços de saúde - além da cirurgia de esterilização' (DAMASCO, 2012, p. 142). Assim,

‘As feministas negras que já vinham desde o início da década de 1980 denunciando planos e práticas controlistas sobre a população negra, tais como o GAP do governo de Maluf, em 1982, e as campanhas publicitárias de Elsimar Coutinho, em 1986, encontraram na PNAD de 1986 mais elementos para subsidiar suas afirmações de que havia em curso no Brasil um plano racista direcionado a reduzir a população negra.’ - **Damasco** (2012, p. 140)

Por fim, em 1993 é criada uma Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPMI) com o objetivo de investigar a esterilização em massa de mulheres no Brasil e, por mais que suas investigações não tenham confirmado que existiram políticas oficiais de controle de natalidade das pessoas negras brasileiras, este é um episódio importante para a compreensão de um panorama dos direitos reprodutivos no Brasil, além da dúvida que fica no ar dada a coerência da argumentação das feministas negras frente aos fatos e ao conhecimento do racismo enquanto ideologia e estrutura que determina quais (vidas) e narrativas são interessantes ou não, sobretudo as de denúncia.

Assim, no Brasil de 1980, os direitos reprodutivos foram pautados sobretudo em esterilização, aborto, concepção e assistência à saúde (ÁVILA, 1993) de tal forma que a discussão sobre direitos reprodutivos não só recebia ecos do que acontecia internacionalmente como se fazia ecoar, dada a presença de feministas brasileiras nos momentos de definição mais ampla dos direitos reprodutivos, como na CIPD de 1994.

Em 1996 é aprovada a Lei 9263, que trata sobre planejamento familiar, definindo-o como orientado ‘por ações preventivas e educativas e pela garantia de acesso igualitário a informações, meios, métodos e técnicas disponíveis para a regulação da fecundidade’, sendo de dever do Estado fomentar essas ações através do SUS, podendo ser exercidas ‘pelas instituições públicas e privadas, filantrópicas ou não’ (BRASIL, 1996).

Em 2004, o PAISM deu lugar à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), que voltou-se para ações de controle de patologias e o atendimento de mulheres em pré-parto, parto e pós-parto, casos de anticoncepção, situações de infertilidade, prevenção e cuidado do câncer de mama e cérvico-uterino e em fase de menopausa, além de contar com um olhar atento para as especificidades relacionadas ao grau de vulnerabilidade social, grupos étnicos e

outros elementos que atravessam a trajetória das mulheres. Entretanto, sua implementação ocorreu de forma desigual no país. (PEGORER, ALVES, 2012).

Em 2005 é lançada a Política Nacional de Direitos Sexuais e de Direitos Reprodutivos, que previa indicações de boas práticas nas maternidades e no SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência) no que diz respeito ao atendimento obstétrico e neonatal, assim como a qualificação do atendimento à emergências e urgências obstétricas. Para Shana Vieira Telo (2016), esta é a política que, junto ao PNAISM, fornece orientações para medidas em saúde sexual e reprodutiva em todo o Brasil. Mas, ao pesquisar sobre a Política Nacional de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, encontramos apenas um documento institucional; trata-se de apenas um *powerpoint* com propostas e diretrizes para o período de 2005-2007, sem maiores atualizações sobre como a política se dá hoje, quais foram/são seus resultados, etc.

Pegorer e Alves (2012) destacam também o surgimento de iniciativas não governamentais, tal como a Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, que atua por meio do desenvolvimento de conteúdo (dossiês, cartilhas, publicações, campanhas, jornais) com o objetivo de fomentar a informação para o público feminino. Acrescento, aqui, duas organizações não governamentais: a Tamo Junta, que atua por meio de facebook e whatsapp disponibilizando informação sobre 'aborto seguro conforme estudos médicos recentes e protocolos internacionais' (texto retirado da descrição da página do facebook da organização) e a *Woman Help Woman (WHW)*, que articula mundialmente outras iniciativas relacionadas à contracepção e aborto. Além disso, devem ser considerados os estudos sobre ginecologia autônoma realizados por diferentes grupos feministas. Mas não deve ser descartado o fato de que essas iniciativas tendem a essencializar uma noção biológica de gênero.

Até agora, falamos mais especificamente dos direitos reprodutivos e sua trajetória ao redor do mundo e no Brasil. Portanto, as próximas páginas serão dedicadas a estudar os direitos sexuais.

Como já foi dito, os direitos sexuais foram suprimidos do texto final da Conferência Internacional de População e Desenvolvimento (CIPD) de 1994, tendo ressurgido um ano depois na Plataforma de Ação de Pequim, iniciativa voltada para definir os direitos das mulheres na temática da sexualidade. Em sua primeira aparição, os direitos sexuais diziam respeito a um único sujeito (que tão pouco era

concebido enquanto multifacetado por si só): a mulher (endossexo, cisgênera, heterossexual, monogâmica, etc). O texto final do parágrafo 96, onde se delimitaram os 'direitos sexuais das mulheres' foi amplamente criticado, não apenas por não dar conta des múltiples agentes que se envolvem com o tema como também porque é enfatizada a dimensão da discriminação, coerção e violência, sem dar margem para se pensar sexualidade sob um viés de prazer e autonomia.

Segundo relata Sonia Corrêa (2009), as 'controvérsias' que vieram à tona com a CIPD se intensificaram por ainda alguns anos nos debates realizados na Organização das Nações Unidas (ONU), quando alguns países foram contra a participação de representantes LGBTI+s nos mais variados debates. Ainda sim, a pesquisadora afirma que o debate sobre sexualidade cresceu rapidamente na ONU já que em cerca de dez anos, considerando que em 1993 o termo 'sexo' correspondia apenas a um marcador de gênero, os Estados membro estavam debatendo sobre orientação sexual.

Isso foi possível pois, a partir de 1990, a ONU esteve aberta para a participação de organizações da sociedade civil. Outro aspecto muda: se na Conferência de Caio a participação massiva foi das feministas, em Pequim, há a atuação de ativistas lésbicas, sendo que a presença de gays ocorre a partir de 2001 e de pessoas trans e intersexo a partir de 2003.

O processo político de elaboração dos direitos sexuais é marcado por 'sutis jogos de linguagem', como uma visível tensão entre o 'norte' e 'sul' global quando o tema era posto em debate, já que América Latina e parte da África agiam de acordo com o Vaticano, enquanto os Estados Unidos, União Europeia, Canadá, Nova Zelândia e Japão adotavam uma postura mais progressista e Índia e China variavam seus posicionamentos - os países islâmicos, por sua vez, agiam de formas diferentes, não sendo possível traçar um bloco monolítico para esse grupo. Com o tempo, parte dos países latino-americanos pararam de seguir os pronunciamentos do Vaticano, dentre eles, o Brasil.

Mesmo assim, era inexistente um código normativo sobre direitos humanos, orientação sexual e identidade de gênero. Foi então que, a partir de 2005 a Comissão Internacional de Juristas e o Serviço Internacional de Direitos Humanos começaram um projeto visando a criação de uma série de princípios jurídicos internacionais que abordassem a aplicação da lei internacional em casos de violações de direitos humanos com base na identidade de gênero ou orientação

sexual. A partir disso, um documento preliminar é elaborado e entre 6 e 9 de novembro de 2006 ocorrem reuniões que contam com 29 especialistas em direitos humanos, vindos de 25 países diferentes, na Universidade Gadjah Mada, na Indonésia, mais precisamente em Yogyakarta. É a partir daí que surgem os conhecidos Princípios de Yogyakarta (PRINCÍPIOS, 2007), que são lançados em 2007, na cidade de Genebra (Suíça). Um mês após seu lançamento, o documento é lançado também aqui no Brasil, em Porto Alegre, São Paulo, Nova Iguaçu e Rio de Janeiro.

Corrêa (2009, p. 29) ressalta que esses Princípios 'não são uma declaração de aspirações ou carta de reivindicação de direitos', mas sim que servem para evocar os deveres dos Estados, não se tratando de um 'documento estatal negociado' mas sim de um documento que 'permite que seus conteúdos sejam debatidos, contextualizados, ampliados e ajustados, inclusive para superar lacunas e limites'. Assim, os Princípios não são obrigações assumidas pelos Estados, o que é, inclusive, alvo de crítica por parte de algumas pessoas. Para a autora, os Princípios se sobressaem pelo fato de delimitarem situações de violação de direitos por motivos da orientação sexual e identidade de gênero - ao invés de delimitar categorias identitárias como lésbica, assexual, transgênero, boyceta etc - desestabilizando, deste modo, categorias baseadas na conduta e anatomia, que resguardam especial relação com o binarismo sexual e de gênero.

No Brasil, é a Constituição de 1988 que concebe a reprodução e a sexualidade como campos de exercício de direito legítimos. Cada vez mais, a sexualidade é vista como algo dissociado de questões demográficas ou de saúde, e os direitos sexuais vem sendo compreendidos como 'direitos LGBTI' - ainda que muitas vezes o último não tenha a ver com o primeiro - devido à estigmatização e discriminação das sexualidades desviantes, sobretudo as não-heterossexuais (CARRARA, 2010).

Há dez anos, Sérgio Carrara (2010) analisou o estado brasileiro e os direitos LGBTI, percebendo que o Congresso Nacional agia de forma conservadora e acinética principalmente devido às influências cristãs, materializadas sob a forma da bancada evangélica e católica. Diante de tal cenário, o poder judiciário agia de modo a estender os direitos antes negados - e não foi muito diferente quando, em agosto de 2018, o Supremo Tribunal Brasileiro autorizou a alteração do nome de registro civil de pessoas trans sem a necessidade de cirurgias ou decisão judicial,

ou com a aprovação, em 2019, da lei contra homofobia. O poder executivo do governo federal, por sua vez, ocupava espaço de protagonismo no que diz respeito a avanços dos direitos LGBTI, uma vez que junto aos movimentos LGBTIs foram desenhadas políticas públicas tal como o 'Brasil Sem Homofobia: Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra LGBT e de Promoção da Cidadania Homossexual', lançado em 2004 e o protocolo transexualizador, lançado através da Portaria 1.707 em agosto de 2008 (CARRARA, 2010). É importante dizer, entretanto, que a cirurgia de redesignação sexual era possível apenas para as mulheres trans, sendo que os homens trans foram incorporados ao protocolo em 2013, por meio da portaria 2.813, que tornou possível que as cirurgias de redesignação sexual<sup>6</sup>, a histerectomia<sup>7</sup>, a ooforectomia bilateral<sup>8</sup> e a mastectomia<sup>9</sup> compusessem o 'leque' de procedimentos hospitalares e ambulatoriais específicos para homens trans. Entretanto, a cirurgia de redesignação sexual para homens trans continua sendo experimental (BRAZ, SOUZA, 2016), diferentemente da mesma cirurgia para as mulheres trans.

Aqui fica um breve devaneio: *Paul Preciado* (2016) comenta sobre a cirurgia de vaginoplastia, na qual o pênis é utilizado para construir uma vagina por um processo de invaginação, o que só é possível pois, segundo o autor, o discurso médico heterossexual enxerga que a masculinidade 'contém em si mesma a possibilidade da feminilidade como inversão':

'Em resumo, se atentarmos para as tecnologias utilizadas na cirurgia transexual, não é necessário construir uma vagina: basta encontrar a vagina que já está no interior do pênis. Um pênis pode 'devir vagina'. Mas de acordo com a mesma tecnologia que produz a diferença sexual, não há um devir-pênis na vagina. Qual é a razão dessa assimetria tecnológica?' - *Preciado* (2016, p. 127)

Voltando à trajetória brasileira dos direitos sexuais, é também em 2008 que se realiza a primeira Conferência Nacional GLBT - Direitos Humanos e Políticas Públicas, que contou com diversos ministros e secretários, 600 delegados de todos os estados, 100 convidados e 300 observadores, contando também com o presidente da república, Luiz Inácio da Silva. Carrara (2010) atribui a autonomia do

---

<sup>6</sup> Construção de uma nova genitália, correspondente ao que a pessoa deseja possuir.

<sup>7</sup> Remoção do útero.

<sup>8</sup> Remoção cirúrgica de ambos ovários.

<sup>9</sup> Remoção dos seios.

governo em relação à moral vigente, cristã e lgbtifóbica, à trajetória política do partido que estava no poder (PT) e aos novos modelos de gestão pública, que fazem da sociedade civil parte imprescindível da construção de políticas públicas e dá como exemplo a política de AIDS, que chama de 'primeiro grande experimento desse novo tipo de gestão' (p. 142).

De fato, ao abordarmos direitos sexuais no Brasil a política de HIV/AIDS ocupa um lugar importante dado seu sucesso e reconhecimento internacional. O HIV/AIDS surge como pandemia mundial no final da década de 70, chegando em solo brasileiro em 1980, mas sendo diagnosticada somente dois anos mais tarde, com um caso em São Paulo. O estado então lançou o primeiro programa governamental de HIV/AIDS, e também surge a primeira organização da sociedade civil de AIDS, o Grupo de Apoio e Prevenção À AIDS (GAPA), em 1985. Bruna Bezerra Souza et. al (2010) enfatiza que essa medida só foi concretizada devido às pressões realizadas por grupos da sociedade civil, o que também se verificou em outros países. Entretanto, também enfatiza que isso 'não significa de forma nenhuma que houve pronta adesão', já que diversas instâncias governamentais desqualificaram a emergência e magnitude da doença. É válido lembrar que no início da pandemia os casos foram restringidos a grupos específicos, recebendo nome de Doença dos 5 H - Homossexuais, Hemofílicos, Haitianos, Heroinômanos (usuários de heroína injetável) e Hookers (trabalhadoras/es sexuais em inglês) (SOUSA et al, 2012). Assim, fica clara a relação do posicionamento governamental e da sociedade de modo geral e a estigmatização desses grupos.

Neste mesmo ano (1985), com centenas de casos detectados, o Ministério da Saúde criou o Programa Nacional de AIDS por meio da portaria 236, estabelecendo normas e diretrizes para o enfrentamento da doença. Em 1993 é assinado um acordo com o Banco Mundial a fim de tornar possível o projeto AIDS I, que funcionaria de 1994 a 1998, determinando o caminho das políticas contra AIDS por meio de convênios com estados e municípios. Em 1996 é autorizada a distribuição universal e gratuita de remédios antirretrovirais a quem porta HIV. Anos mais tarde, em 2013, o Ministério da Saúde anuncia que o SUS ofereceria tratamento a todas as pessoas que portam o vírus, independentemente do estágio da infecção.

Após tanto avanço em função de diversas lutas sociais, em fevereiro de 2020 o presidente da república, Jair Bolsonaro, declara que uma pessoa portadora de HIV/AIDS ‘é uma despesa para todos no Brasil’, deixando às claras um processo de precarização das políticas de HIV/AIDS que estava em curso desde 2018, quando o presidente anunciou que as campanhas de prevenção teriam de ser feitas ‘sem ofender as famílias’. Em abril de 2019 o presidente retirou o conceito de redução de danos da Política Nacional de Drogas, desconsiderando que o fornecimento de seringas descartáveis é uma forma de prevenção. No mês seguinte, é alterada, por meio de decreto, a estrutura do Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais, que passa a se chamar Departamento de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis, em um processo de adição de atribuições no qual passou-se a dividir espaço (e orçamento) com doenças como a hanseníase e a tuberculose. Em julho do mesmo ano as redes sociais do Departamento deixaram de ser alimentadas, sendo indicado que novos conteúdos seriam postados nas páginas e perfis do Ministério da Saúde.<sup>10</sup> De acordo com o Movimento Nacional de Luta Contra a AIDS “Não se trata apenas de uma questão de nomenclatura: é o fim do Programa Brasileiro de AIDS. O governo, na prática, extingue de maneira inaceitável e irresponsável um dos programas de AIDS mais importantes do mundo, que foi, durante décadas referência internacional na luta contra a Aids”<sup>11</sup>. Outro ponto recente é a campanha de proposta pela ministra da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, Damare Alves, chamada ‘Tudo tem seu tempo: adolescência primeiro, gravidez depois’, que tem como objetivo diminuir a gravidez na adolescência por meio da abstinência sexual. É óbvio o retrocesso das políticas públicas nesta área.

Os direitos reprodutivos no Brasil também estão ameaçados. Em maio de 2019 o Ministério da Saúde orienta que o termo ‘violência obstétrica’ seja abolido dos documentos de políticas públicas pois se refere ao uso intencional da força, o que, segundo o despacho que anunciava a recomendação, não seria aplicável aos ‘incidentes’ que ocorre durante todo o processo da gravidez. Tal recomendação vai

---

<sup>10</sup> Informações retiradas de <<https://www.nexojournal.com.br/expresso/2020/02/06/Como-o-governo-Bolsonaro-trata-a-quest%C3%A3o-do-HIV>> último acesso em 17/03/2020.

<sup>11</sup> Informação retirada de <<https://www.redebrasilatual.com.br/cidadania/2019/05/bolsonaro-departamento-aids-revolta-organizacoes/>> último acesso em 17/03/2020.

contra orientações da Organização Mundial de Saúde. Um mês mais tarde, o Ministério Público Federal reconhece a legitimidade do termo. No que tange ao tão aclamado direito ao aborto, iniciou-se na Argentina a chamada ‘Onda Verde’. Trata-se de um movimento feminista a favor da descriminalização do aborto que utiliza como símbolo de luta lenços verdes. Em pouco tempo, o movimento se espalhou pela América Latina. Enquanto isso, no Brasil, a mesma ministra que propôs abstinência sexual incentiva a criação de uma frente parlamentar latino-americana contrária à descriminalização do aborto<sup>12</sup>.

Não se trata aqui de oferecer uma versão atualizada da situação dos direitos reprodutivos e sexuais no contexto brasileiro - o que demandaria uma pesquisa à parte - mas apenas não deixar passar em branco alguns (dos muitos) retrocessos que o país tem enfrentado nesses temas.

A fim de melhor compreender e delimitar o que são propriamente os direitos sexuais e reprodutivos, a próxima seção tem como objetivo apresentar a conceitualização desses termos de acordo com a visão de diferentes autoras/es e pessoas entrevistadas.

## O Conceito

Por mais que os termos ‘direitos sexuais’ e ‘direitos reprodutivos’ tenham suas próprias histórias, a definição precisa sobre o que significam é incerta (PEGORER, ALVES, 2012). Assim, serão apresentadas diferentes visões sobre esses termos, na tentativa de compreendê-los da forma mais completa possível.

Para Margarita Díaz, Francisco Cabral e Leandro Santos (2004), é impossível separar os direitos reprodutivos dos sexuais, uma vez que garantem a prática livre da sexualidade e a autonomia para a tomada de decisão no âmbito sexual e reprodutivo. Por outro lado, Maria Betânia Ávila (2003) é a favor de que ambos sejam tratados separadamente, já que é necessário ‘assegurar a autonomia dessas duas esferas da vida’, permitindo que sejam traçadas relações entre elas e com outros aspectos da vida social. Nesta direção também estão as autoras Mayra Alice Souza Pegorer e Pedro Gonzaga Alves (2012), que dizem que apesar de serem

---

<sup>12</sup>Informação retirada de <[https://www.huffpostbrasil.com/entry/frente-anti-aborto-americana-latina\\_br\\_5e627c6dc5b601904ea9e809](https://www.huffpostbrasil.com/entry/frente-anti-aborto-americana-latina_br_5e627c6dc5b601904ea9e809)> último acesso em 19/03/2020.

conceitos interligados, não podem ser vistos como dependentes pois o sexo não pressupõe a reprodução e esta última pode ocorrer de outras formas que não por meio da primeira. Além disso, comentam que os direitos sexuais e reprodutivos ocupam duas categorias de direitos: os de primeira e os de segunda dimensão, já que ora demandam liberdade individual e ausência de interferência estatal, ora demandam ações do estado para que seja assegurado o seu livre, seguro e pleno exercício.

Além disso, a origem dos termos 'direitos reprodutivos' e 'direitos sexuais' é diferente: enquanto o primeiro surge com as lutas feministas, tendo como foco a luta pelo aborto seguro, legal e gratuito, e o direito ao uso de anticoncepcionais, o segundo relaciona-se mais com os movimentos de gays e lésbicas (DÍAZ, CABRAL, SANTOS, 2004; ÁVILA, 2003).

Para Díaz, Cabral e Santos (2004, p. 9) 'direitos sexuais, são direitos a uma vida sexual com prazer e livre de discriminação'. Neste mesmo sentido, Correio (2015, p. 190) compreende os direitos sexuais como sendo 'aqueles direitos que se configuram como a liberdade e capacidade para desfrutar a sexualidade a partir da ética pessoal, sem ter presente a culpa e outros fatores que venham a enfraquecer as relações sexuais'. Já para Carrara (2010, p. 135) eles são um pouco mais amplos, compreendendo 'as prerrogativas legais relativas ou à sexualidade ou a grupos sociais cujas identidades foram forjadas sobre formas específicas de desejos e de práticas sexuais', enquanto Pegorer e Alves (2012) entendem que os direitos sexuais

'envolvem uma complexidade maior, na medida em que emergem não somente do exercício da sexualidade sadia, como também da diversidade e livre escolha da sexualidade, sem discriminação, coerção ou violência (CORREA; JANUZZI; ALVES; 2003), e não ganharam tanta repercussão como os direitos reprodutivos' - Pegorer e Alves (2012, p. 8)

Carmen Hein de Campos (2009, p. 52) define os direitos sexuais como sendo o direito de 'viver e expressar livremente a sexualidade sem violência, discriminações, independentemente de sexo, gênero, orientação sexual, idade, raça, classe social religião, deficiência mental ou física', além de estar incluso o direito a ter acesso a uma educação sexual 'ampla e sem preconceito', assim como do direito de desempenhar a sexualidade de forma autônoma da reprodução, assim

como praticar sexo seguro e protegido, contando também a opção de não praticá-lo.

No que tange aos direitos reprodutivos, Ávila (1993) explica que em 1985 o termo abrangia a contracepção, esterilização, aborto, concepção e assistência à saúde, mas admite que o conceito carece de aprimoramento no que diz respeito aos princípios éticos e filosóficos que os regem, seus objetivos, estratégias para sua vigência na sociedade e esferas de atuação. Pegorer e Alves (2012, p. 8) o definem como abrangendo a ‘a liberdade de escolha individual e vedação de intervenção estatal nesta autonomia, como de controle coercitivo de natalidade, e configura-se como um conjunto de outros direitos civis e sociais’. Já Díaz, Cabral e Santos (2004) apresentam duas concepções do que são os direitos reprodutivo. A primeira diz que:

Os direitos reprodutivos abrangem certos direitos humanos já reconhecidos em leis nacionais sobre direitos humanos e em outros documentos consensuais. Esses direitos se ancoram no reconhecimento do direito básico de todo casal e de todo indivíduo de decidir livre e responsabilmente sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de ter filhos e de ter a informação e os meios de assim o fazer, e o direito de gozar do mais elevado padrão de saúde sexual e reprodutiva. Inclui também seu direito de tomar decisões sobre a reprodução, livre de discriminação, coerção ou violência... - HERA, s/d *apud* DÍAZ, CABRAL, SANTOS (2004, p. 9)

A segunda definição trazida pelas autoras compreende: a) o direito individual de mulheres e homens em decidir sobre se querem ou não ter filhas/os, assim como quantos e em qual momento da vida e querem ter; b) o direito de tomar decisões sobre a reprodução, livre de discriminação, violência ou coerção; c) da igual participação de homens e mulheres na criação das/os/es filhas/os/es; d) o direito ao acesso a serviços de saúde pública de qualidade ao longo de toda a vida e; e) ao direito à adoção e tratamento para a infertilidade. Já Correio (2015, p. 190) entende os direitos reprodutivos como ‘o direito ao acesso à saúde reprodutiva e sexual, incluindo benefícios científicos, o direito à liberdade e à segurança, à autodeterminação e à liberdade de escolha da maternidade (ou paternidade), a não discriminação e o respeito às escolhas feitas’.

Campos (2009) fornece uma conceptualização mais sistematizada do que são direitos reprodutivos, dividindo-os em dois: o direito à saúde reprodutiva e à autodeterminação reprodutiva. O primeiro tem a ver com o conceito de saúde reprodutiva adotado no Programa de Ação da Conferência Internacional sobre

População e Desenvolvimento na Conferência de Cairo de 1994, que define-se como:

A saúde reprodutiva é um estado de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença, ou enfermidades, em todas as matérias relacionadas com o sistema reprodutivo, suas funções e processos. A saúde reprodutiva implica, portanto, que as pessoas estejam aptas a ter uma vida sexual satisfatória e segura, que tenham a capacidade de reproduzir-se e a liberdade de decidir fazê-lo se, quando e quantas vezes desejarem. Implícito nessa última condição está o direito de homens e mulheres de serem informados e de terem acesso a métodos de planejamento familiar que sejam seguros, eficazes e acessíveis. Pressupõe-se também que eles tenham acesso a outros métodos de regulação da fecundidade, que sejam de suas escolhas e que não sejam contra a lei, assim como o direito ao acesso a serviços de saúde adequados e que ofereçam aos casais as melhores chances de terem um filho saudável<sup>13</sup>. - Campos (2009, p. 49)

Sendo assim, uma das dimensões dos direitos reprodutivos, segundo a autora, é o pleno exercício da saúde reprodutiva. Sobre a autodeterminação reprodutiva, fica frisado sobretudo o direito a planejar a própria família, de tomar decisões reprodutivas livre de interferência e o direito de ser livre de todas as formas de violência, discriminação e coerção que afetem a saúde sexual e reprodutiva 'da mulher'.

Buscando compreender como 'direitos sexuais' e 'direitos reprodutivos' são compreendidos por profissionais da área e até mesmo por pessoas comuns, este foi um tópico adicionado em nos roteiros de entrevista direcionados à pessoas que discutem assunto, sejam elas profissionais ou pesquisadoras/es ou ativistas, resultando em cinco formas de entender o que são esses conceitos, o que, junto à discussão feita até o momento, me ajudou a moldar a definição que este trabalho utiliza. Todas as entrevistas foram feitas via Hangouts devido à crise pandêmica do coronavírus.

No que diz respeito às pessoas que atuam no ramo dos direitos sexuais e reprodutivos, conversei com pessoas cis e trans, héteros, bissexuais e pansexuais, entretanto, todas eram brancas e moravam na região central de sua cidade, sendo que a maioria possuía pós-graduação - o que já diz muito sobre como nossa sociedade é construída.

---

<sup>13</sup> Aqui, é necessário um olhar crítico para o termo 'saudável' utilizado pela autora, já que ele carrega consigo um olhar capacitista sobre o ser humano - afinal, a definição de 'um filho saudável' se dá em contraponto com as diversas condições de saúde, física e psíquica, que um ser humano pode ter.

Para Ana Thais Vargas de Oliveira, mulher cisgênera branca e heterossexual, que é médica ginecologista e obstetra e pesquisa sobre ginecologia e obstetrícia há 14 anos, atuando com pessoas trans neste ramo há 1 ano, os direitos sexuais e reprodutivos tem a ver com 'gestar quando quiser, não gestar se não quiser e [decidir] como será seu parto (...) e como vai passar sua gestação, fazer o pré natal' além do direito há planejamento familiar e ao aborto. No mesmo sentido, William Rocha dos Santos, homem cisgênero branco e gay que é estudante de enfermagem da UNIP e estuda como tema de TCC o exame de papanicolau em homens trans, entende que esses direitos tem a ver com a liberdade de escolha sobre ter ou não filhos e à forma como a pessoa quer ter essa gestação. William comenta que os textos que falam sobre isso são direcionados exclusivamente para pessoas cis, o que eu também percebi durante essa pesquisa, e diz que no geral o foco é 'na forma natural de ter um filho'.

Athos Nascimento de Souza, homem trans branco bissexual, é educador comunitário e foi convidado para uma roda de conversa da UBS República que tinha como tema a HIV-AIDs e os homens trans - foi lá que eu peguei seu contato para entrevistá-lo. Para ele, direito sexual tem a ver com a decisão que cada um/a faz no campo relacional-amoroso-sexual e o direito de não serem julgadas por isso. Já sobre direitos reprodutivos, ele responde que não sabe do que se trata. Conversei também com Kaio Souza Lemos, homem transgênero pansexual que se autodeclara racialmente como latino<sup>14</sup>, é mestrando em Antropologia na UFC e presidente da Associação Transmasculina do Ceará (Atrans-CE), que discute questões sobre direitos sexuais e reprodutivos de pessoas transmasculinas. A forma como ele define direito sexual vai no mesmo sentido da anterior, acrescentando que quem possui direitos sexuais atualmente é a

---

<sup>14</sup> A fim de explicar sua autodeclaração, Kaio disse que 'não me considero branco, tão pouco me considero negro/pardo. É uma branquitude que não é a mesma branquitude da Europa, eu não posso dizer que eu sou branco também se essa branquitude não é reconhecida em outros territórios'. Aqui, cabe uma análise e reflexão crítica sobre a fala do entrevistado. É interessante notar que no começo da fala há o reconhecimento de uma branquitude, ainda que não seja mesma que a da Europa. Sobre isso, é necessário dizer primeiramente que a branquitude não é um bloco monolítico - assim como a negritude, indianidade, ciganidade e descendência amarela (pessoas asiáticas), por exemplo, não são marcadas por uma única tonalidade de cor de pele ou traços fenotípicos. Outro ponto, é que a racialidade é algo socialmente construído, logo, ser branco ou não-branco varia conforme o contexto, sendo necessário nos situarmos com relação ao contexto que nós pertencemos para que possamos compreender nosso local de fala e de escuta, assim como opressões e privilégios. Assim, podemos ser latinos e brancos ao mesmo tempo ao ocupar, dentro da latinidade, um espaço de branquitude, uma vez que branquitude se relaciona com uma dinâmica interna ao país e latinidade se relaciona com uma dinâmica externa.

heterossexualidade cisgênera. Ao contextualizar transmasculinos e pessoas não-binárias nesse direito, ele comenta sobre a existência de preservativo para dedo e língua, mas também sobre a necessidade de um preservativo para a genitália das pessoas que se hormonizam ou fazem uso de pump, instrumento que aumenta o tamanho do clitóris. Já no que diz respeito aos direitos reprodutivos ele comenta sobre o direito ao congelamento de óvulos, direito a identidade preservada em todo o processo de gravidez, e as prevenções e os cuidados com relação aos direitos de não reproduzir.

Entrevistei também Lu Schneider Fortes, trans não-binária branca e pansexual, mestranda em Saúde Pública na USP e que atua na rede pública de saúde por meio do Centro de Testagem e Aconselhamento do Anhangabaú. Lu forneceu uma visão mais ampla desses direitos, dizendo que são formas de agenciamento do próprio corpo, incluindo o acesso a ginecologista e aborto, por exemplo. Ela critica a forma como esse tema é debatido, dizendo que 'eles entram numa perspectiva muito cisgênera, as pessoas que acessam esses direitos são mulheres cis, ninguém pensa que um boy trans vai precisar abortar'.

É interessante notar que das cinco pessoas entrevistadas, duas delas não fizeram distinção entre direitos sexuais e reprodutivos, sendo que o conteúdo de suas falas foi voltado exclusivamente a questões reprodutivas, enquanto duas fizeram essa distinção, e uma optou por uma abordagem mais geral. Mais interessante ainda notar o primeiro grupo é composto por pessoas cisgêneras e o segundo e terceiro por pessoas trans, que por algum motivo estiveram mais atentas a questão do direito sexual - talvez por, frequentemente, ter suas sexualidades deslegitimadas em função de sua identidade de gênero, aspecto levantado por alguns.

Dito tudo isso, e considerando também o documento de Brasil (2018), me arrisco a formular uma definição de direitos reprodutivos e sexuais, tendo em vista que será a aplicada neste trabalho. É necessário lembrar da importância da independência entre eles, uma vez que uma coisa não implica na outra pois o sexo não tem como fim a reprodução e a reprodução não ocorre somente por meio do sexo (PEGORER; ALVES, 2012).

Assim, podemos compreender como direitos sexuais o direito a viver e expressar livremente sua sexualidade, inclusive o direito a não exercê-la, sem preconceitos, discriminações ou imposições de qualquer ordem, incluindo o direito

a não sentir culpa, vergonha ou medo. Inclui o direito a escolha de parceiros/as/os sexuais e viver a sexualidade independentemente dos marcadores sociais da diferença que nos atravessam. Mas também abrange o direito à educação sexual, meios de realizar sexo seguro e acesso e acolhimento em serviços de saúde sem quaisquer violências.

Por direitos reprodutivos podemos compreender o direito à decisão de ter ou não filhos, ao planejamento familiar, à escolha de quantes filhos deseja-se ter e com quantas pessoas desejar compartilhar a parentalidade, ou até mesmo de fazê-la sozinho. Além disso, podemos acrescentar aqui o direito à licença paternidade e maternidade de igual tempo, sobretudo considerando que paternidades também gestam, incluindo o direito de não perder o emprego ou oportunidade de trabalho por conta de ter filhos. Também consiste no direito à informação e ao acesso à métodos de se ter ou não filhos (aborto legal, seguro e gratuito à todes, congelamento de gametas, fertilização *in vitro*, inseminação artificial ou pela via tradicional), e ao exercício de sua reprodução sem violências e independentemente dos marcadores sociais da diferença que nos atravessam.

Agora nos resta verificar quais são os direitos reprodutivos e sexuais de homens trans, boycetas e pessoas não-binárias afab e como o Sistema Único de Saúde lida com essa questão.

## Direitos Sexuais e Reprodutivos de Homens Trans, Boycetas e Não-bináries AFAB

### Trabalho Autoetnográfico

É 12 de março de 2020, quatro dias antes do Decreto nº 59.283, que declara situação de emergência na cidade de São Paulo devido à crise de corona vírus - eu mal sabia que em quatro dias minha vida e a de muitas outras pessoas mudaria por completo. Quinta-feira. Às 14hs saio do estágio, almoço e vou para a faculdade, ainda que nesse semestre eu não tenha aula às quintas. Estou pegando um atalho. Chego um pouco antes das 15h30, horário da minha conversa com a Ivy. Quando chega a hora ela vem me buscar na recepção e vamos até sua sala, o tal do *setting*

analítico. Tenho conversado com ela há uns dois anos, numa tentativa de lidar melhor com minhas crises e com os fantasmas e demônios que me perseguem. O preço é social, bem abaixo do que deve ser cobrado normalmente, e ela faz um excelente trabalho.

Conto sobre o meu projeto de TCC e como estou empolgado, e ela, na posição de psicanalista, me faz pensar sobre as reverberações subjetivas dessa minha pesquisa. A primeira pergunta é se eu penso em ser pai. Eu disse que não sei, porque não sei mesmo. Tenho vontade de cuidar de nenéns, ver crescer, fazer parte da vida, ajudar nos primeiros passos, primeiras sílabas, primeiras ciladas de amor e amizade, primeiras ressacas, contribuir para o desenvolvimento da autonomia... Mas também tenho medo de parir e de ter depressão pós-parto, e ainda que eu entenda que não precise parir para ser pai, não sei se daria conta da responsabilidade que é ser o suporte financeiro e emocional de alguém que depende de você - acho que esse é o tipo de coisa que só se descobre tentando, e não sei se estou a fim de tentar agora, na verdade, sei que não posso, não tenho como criar uma alguém agora. E uma coisa é certa: essa é uma responsabilidade assumida pro resto da vida (e isso é muito louco). Não dá pra desistir, enjoar, abrir mão, mudar de ideia. Simplesmente não dá. Mas também não é algo que eu nunca faria. Faria, sim. Só não agora.

Conversamos também sobre o episódio do preventivo/papanicolau, no qual meu exame não foi analisado pelo laboratório. De certa forma, pude compreender que essa pesquisa é uma tentativa de trazer o meu caso à tona e buscar soluções, contribuir, de alguma maneira, para que o Sistema Único de Saúde atenda pessoas trans integralmente - mais do que isso, contribuir para a (re)formulação de conceitos que se relacionam intrinsecamente com a produção de saúde, e portanto com a biopolítica que geri nossas vidas.

Além do atendimento em serviços de ginecologia, existem outras questões que venho formulando sobre a questão sexual e reprodutiva de transmasculinos e não-binários afab com base na minha própria experiência e na de outres/os, como por exemplo se existe e como se dá o cuidado e acolhimento de uma gestação e parto paternos, e também sobre a existência e uso de proteção a ISTs para serem usados por pessoas com vagina que transam com outras pessoas com vagina. Começemos por esta última.

## Questões Sexuais

Desde menina (risos), eu passei a me interessar (também) sexual e afetivamente por garotas (cisgêneras até então). O início da minha vida sexual foi com garotas (cis) e eu só fui transar com garotos (cis e trans) depois de ser um. Comecei cedo, aos 13, sem pensar muito no que fazia, até que, lá pelos meus 15 anos ouvi falar em infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), que na época se chamavam doenças sexualmente transmissíveis (DSTs). Nesse momento nasceu um fantasma que até hoje me persegue: o medo de estar vulnerável a essas infecções, afinal, como me proteger de ISTs se nem em todos os casos (e para mim, na maioria deles) é possível usar camisinha, já que não existe uma camisinha pensada para relações sexuais que não tenham a presença de um pênis?

Para falar sobre isso, antes, é preciso dizer que o sexo entre pessoas que tem vagina não é imune à ISTs. Parece óbvio, mas não é. Para entender o porquê disso é necessário entender que a cisheteronormatividade torna a relação sexual entre mulheres cis lésbicas e bissexuais ou homens trans, boycetas e pessoas não-binárias a fáb em 'não-sexo', ou ainda: em um sexo que não é 'pra valer', 'de verdade'. Só é considerando 'sexo mesmo' aquele validado pela presença de um pênis - ou 'bio-pau', como diria criticamente *Paul Preciado* (2018), ao colocar na equação a existência de um (dois, três...) 'tecno-pau', os dildos, vibradores, *strap-on's*, etc. Assim, seguindo a lógica falocêntrica, por essas relações não se enquadrarem 'propriamente' como sexo, não há o risco de transmissão de ISTs.

Essa é uma visão muitas vezes (re)produzida por médicas/os, como nos mostra Monique Cristina Henares e Gustavo Zambenedetti (2017) em sua pesquisa-intervenção sobre prevenção às IST/HIV com mulheres (cis) lésbicas e bissexuais, observando que essa visão está presente também no imaginário das/os profissionais que trabalham com prevenção à ISTs. O estudo demonstra que há um despreparo das/os profissionais de saúde, sobretudo da área ginecológica, para lidar com as demandas deste grupo, tendo como resultado o 'afastamento dos serviços de saúde e consultas com ginecologista' ou ainda o 'ocultamento de sua orientação sexual com fim de evitar constrangimentos e experiências de lesbofobia', resultando em um processo de invisibilização dessa população (HENARES; ZAMBENEDETTI, 2017).

Pessoas trans enfrentam coisas parecidas, mas ainda assim, diferentes. Primeiramente, o próprio acesso a serviços ginecológicos é minado quando você não é uma mulher, já que essa área é socialmente entendida como típica das mulheres e do universo feminino. Isso pode ser percebido com a minha experiência com o resultado do exame preventivo: não tive acesso ao resultado do exame e posteriores consultas porque questões ginecológicas são criadas unicamente voltadas para mulheres cis. Além disso, para pessoas trans, muitas vezes a estratégia de ocultar quem se é não é possível, já que, por diversos fatores, como hormonização ou expressão de gênero, fingir que não se é trans não é uma opção. Por outro lado, há pessoas trans que tem sua transgeneridade descartada pela/o profissional de saúde que a atende, como aconteceu com Lu Fortes, em uma situação em que ele foi ao hospital e teve que informar seu genital. Ele disse que não se enquadra nessa categoria por ser uma pessoa não-binária e, mesmo assim, a atendente marcou ele como sendo do sexo feminino (e, portanto, devido ao cissexismo, uma mulher).

Além disso, há certo distanciamento de pessoas trans a serviços de saúde ginecológica porque procurar tal serviço pode ser algo muito difícil de se lidar devido à disforia que alguns possuem, isto é, devido ao mal-estar causado pela sociedade em relação ao seu próprio corpo. Esse mal-estar é reforçado ou até mesmo criado quando o corpo que a pessoa possui é atribuído à mulheridade, o que acaba por dificultar ainda mais o acesso a serviços de saúde. Mais uma vez o que aconteceu comigo pode servir de exemplo: no dia do meu primeiro exame preventivo senti uma disforia genital como nunca antes, porque tinha medo de que a médica me entendesse como uma mulher, apagando completamente quem eu sou.

Henares e Zambenedetti (2017) também verificaram como as participantes de sua pesquisa se relacionavam com o tema da prevenção a ISTs, descobrindo que o Ministério da Saúde ou outros órgãos públicos não foram citados como referências para o tema, mas sim as relações pessoais e redes virtuais. Percebeu-se que o afastamento das participantes com o tema da proteção a ISTs não ocorria por nunca terem sido o público-alvo de campanhas ou ações de prevenção, mas por não se identificarem nas ações e até mesmo nas estratégias de prevenção. Assim, chegam à conclusão de que a prevenção sexual é voltada para gravidez indesejada e ISTs, existindo prevenção para homens cis gays e bissexuais e um grande vazio para as mulheres cis lésbicas e bissexuais. Percebo que as ações de

prevenção são também voltadas para travestis e mulheres trans, principalmente para as que são trabalhadoras sexuais, e para prostitutas num geral.

No caso da prevenção sexual para pessoas transmasculinas, nada tinha sido feito até julho de 2018, quando foi lançada a primeira cartilha sobre o assunto, chamada 'Saúde do Homem Trans e Pessoas Transmasculinas', que será melhor abordada na seção que analisa as políticas públicas voltadas para essa questão.

Pela minha trajetória, sei que não existem métodos de prevenção a ISTs para nós. Mas existem algumas recomendações - que não passam de gambiarras bizarras. Para mim, a mais estranha e arriscada (embora amplamente recomendada) é o uso de plástico filme para sexo oral. Isso mesmo, nos indicam (até mesmo profissionais da saúde) colocar um material que contém substâncias tóxicas na nossa vulva. Isso só mostra o quão a saúde de pessoas com vagina que fazem sexo entre si é invisibilizada, o quanto nossos corpos são descartáveis. Uma alternativa a isso seria pegar uma camisinha externa e cortá-la de modo a fazer uma barreira de proteção que é segurada com os dedos, como pode-se observar nas figuras a seguir:

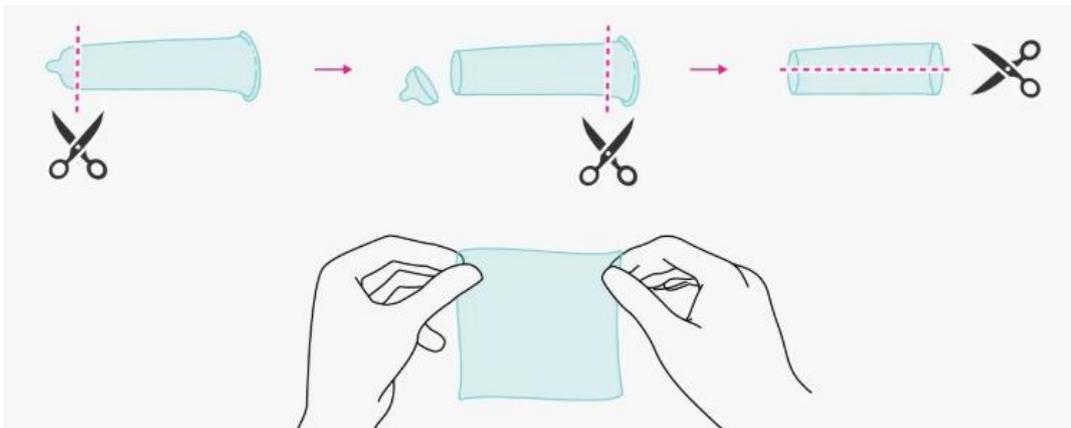


Figura 1: como fazer uma barreira de proteção com uma camisinha externa. Figura retirada do site Healthline.<sup>15</sup>

<sup>15</sup> Acesse em <<https://www.healthline.com/health/healthy-sex/dental-dam#how-to-make-a-dental-dam-at-home>> último acesso em 27/04/2020.

**ando a barreira;**



Figura 2: Como abrir o preservativo externo depois de cortado. Retirado de Trans, 2018.



Figura 3: Como utilizar a barreira protetora para o sexo oral. Retirado de Trans, 2018.

Outra medida recomendada é o uso *dental dam*, um material utilizado por dentistas para isolar o local da operação odontológica realizada do resto da boca, é feito de látex ou nitrila que tem o formato de um quadrado e possui 15 cm. Recomenda-se que seja utilizado da seguinte maneira:



Figura 4: Como usar um dental dam como barreira protetora para sexo oral. Figura retirada do site Healthline<sup>16</sup>.

<sup>16</sup> Idem. Para quem tiver mais interesse recomendo assistir ao vídeo 'How do dental dams work?', disponível no link: <<https://www.youtube.com/watch?v=6tPcqHQzvhw>> último acesso em 27/04/2020.

Para o sexo oral, também recomenda-se o uso da calcinha de vênus (ainda que bem menos conhecida que as outras medidas). Trata-se de uma calcinha que possui uma fina camada de látex na região da vulva, permitindo assim que haja sexo oral sem a transmissão de ISTs. Mas essa é uma iniciativa pouco conhecida e muitas pessoas possuem alergia ao látex, além de que não existem ‘cuecas de vênus’, já que algumas pessoas transmasculinas podem se sentir desconfortáveis em usar uma calcinha.



Figura 5: Calcinha de Vênus. Imagem retirada da página de facebook de uma empresa que trabalha com este produto.<sup>17</sup>

Para penetração, recomenda-se o uso de camisinhas de dedo (dedeira) ou luva cirúrgica, principalmente se for utilizada a mão inteira, além de proteger objetos sexuais com camisinha externa.

A grande questão é que ninguém (ou praticamente ninguém) usa ou conhece alguém que usa alguma dessas técnicas de prevenção. As principais queixas são de que esses materiais não são práticos, não são encontrados tão facilmente e nem vistos como apropriados para o momento do sexo, como algo que vai acabar com todo o clima erótico.

Para saber mais sobre o assunto, eu me propus a três coisas: ir em eventos que tratassem sobre o tema e testar esses métodos de prevenção com as pessoas que eu namoro. Começamos por este último.

<sup>17</sup> Para quem se interessar, o link é <<https://www.facebook.com/venusprotetora/>> último acesso em 27/04/2020. Também recomendo assistir ao vídeo ‘Calcinha Protetora de DST’s’, disponível em <<https://www.youtube.com/watch?v=XkUtxX49n8w>> último acesso em 27/04/2020.

Na verdade, antes mesmo de decidir que essa pesquisa seria uma autoetnografia eu me engajei em testar alguns meios de prevenção a ISTs e, para isso, contei com a ajuda das pessoas que eu atualmente namoro: Jéssica da Costa Gomes e Nino Caetano Cruz. Eu já tinha vontade de experimentar os modos de prevenção antes de começar essa pesquisa, e acabou que ela serviu como desculpa para realizá-los.

Como no início deste trabalho são evidenciadas as estruturas da cisgeneridade e do dimorfismo sexual, além de contar com especial atenção no uso da linguagem, não ficariam de fora as nomeações dadas aos preservativos. Porque chamamos de camisinha feminina a camisinha que foi pensada para ser usada na vagina e de camisinha masculina a pensada para ser usada no pênis? Espero que já tenha ficado óbvio que trata-se de mais um dispositivo cisgênero que atua em prol da continuidade do binômio sexo/gênero - ao chamar a camisinha interna de camisinha feminina, reiteramos que vagina é sinônimo de feminilidade, sendo atribuída às mulheres, assim como chamar a camisinha externa de masculina é categorizar o pênis como algo masculino, sendo atribuído aos homens. Isso corrobora para a cisnorma dos corpos, uma vez que existem homens de vagina, mulheres de pênis, não-binários de quaisquer genitálias e tantos outros gêneros como travesti<sup>18</sup> e boyceta no caso brasileiro, muxe no caso mexicano<sup>19</sup>, hijra na Índia<sup>20</sup> ou dois-espíritos (*two-spirit*) no caso de alguns povos nativos do norte da América<sup>21</sup>.

Eu costumava chamar essas tecnologias de camisinha vaginal e camisinha peniana, mas, durante a conversa na Casa1, uma pessoa me disse algo interessante: nem sempre essas camisinhas são usadas na vagina ou no pênis. Quem fez esse comentário, por exemplo, usava a camisinha interna no ânus, e logo pensei no uso de brinquedos sexuais como dildos, vibradores e cintas de *strap-on*, que demandam o uso da camisinha externa. Assim, é melhor classificar as camisinhas como internas ou externas, e esta será a linguagem adotada neste trabalho.

---

<sup>18</sup> Saiba mais em: <<https://pt.wikipedia.org/wiki/Travesti>> último acesso em 22/03/2020

<sup>19</sup> Saiba mais em: <<https://pt.wikipedia.org/wiki/Muxe>> último acesso em 22/03/2020

<sup>20</sup> Saiba mais em: <<https://pt.wikipedia.org/wiki/Hijra>> último acesso em 22/03/2020

<sup>21</sup> Saiba mais em <<https://www.nexojornal.com.br/expresso/2016/06/24/Os-g%C3%AAneros-tradicionais-dos-ind%C3%ADgenas-norte-americanos-v%C3%A3o-al%C3%A9m-do-masculino-e-feminino>> último acesso em 22/03/2020

Dito isso, recomendo a compartilhar minha experiência com as camisinhas internas com uma imagem:



Figura 6: Preservativos e géis lubrificantes fornecidos pela rede pública de saúde (viva ao SUS!).  
Figura de elaboração própria.

Nenhuma das duas experiências com a camisinha interna foi algo premeditado. Com a Jéssica veio a curiosidade mútua em descobrir se a coisa funcionava mesmo, já com o Caetano houve uma pausa grande para risadas, porque ‘testar’ isso significaria acabar definitivamente com todo o clima em que estávamos. Quis testar com os dois para poder ter diferentes percepções do uso da camisinha, pois nas duas vezes ela foi colocada em mim. Nas duas vezes testamos dois tipos de preservativos internos: o tradicional, mais conhecido, que possui duas argolas, sendo que uma delas, a menor e mais maleável, é inserida no fundo da vagina e o modelo novo, que possui uma esponja de retenção no lugar da argola menor, sendo que essa esponja também é inserida no fundo da vagina, ficando uma argola grande na parte da vulva em ambos os modelos. Minha dúvida era com

relação à utilidade dessas camisinhas para o sexo oral, já que a argola grande protege também a região do clitóris, e pode ser manejada para proteger os pequenos lábios.

O resultado foi desastroso. Primeiramente porque ambos os modelos são ruins para todas as pessoas envolvidas: além de ter um gosto horrível, impedem que a pessoa que está recebendo sinta o oral. Outro ponto é que é difícil de manejar, já que a argola que fica na vulva tem que ser segurada com as mãos (até mesmo para a penetração), o que dificulta a possibilidade de usá-las para outras coisas. Tanto a Jéssica quanto o Caetano relataram que a lubrificação das camisinhas é diferente, a do modelo tradicional é mais densa, e de acordo com as palavras da Jéssica era 'muito grosseiro, parecia que era uma gordura ... parecia que era um lubrificante à base de gordura e não a base de água'. O modelo novo, por sua vez, possui uma lubrificação mais líquida e uma argola externa menor, que 'desmontou' (a argola soltou do plástico da camisinha) em ambas as experiências.

O Caetano, que é trans não-binário, achou ambos os modelos estranhos de usar, e disse que não usaria. A Jéssica já usou o modelo antigo e eu, os dois. Achei o modelo novo mais tranquilo de colocar porque é macio e não dá nenhuma 'afliceta'/dor ao ser colocado ou retirado, o que não ocorre com o modelo antigo. Entretanto, para quem penetra, é um tanto quanto estranho sentir a esponja ao fundo.

E quanto à clássica tesoura, por mais que não tenhamos tentado, fica nítido que não é realizável com a camisinha interna, uma vez que é necessário segurar a argola que fica pra fora. O intuito seria testar as outras técnicas citadas neste trabalho, mas com a chegada do covid-19 e o isolamento social, ver o Caetano ou a Jéssica ficou fora de questão. Mas nada impede que, passando toda essa crise, possamos testar outros métodos de prevenção como forma de investigação sobre o uso e a eficiência dos mesmos.

A fim de buscar respostas para além do que eu já conhecia, participei de dois eventos e entrevistei algumas pessoas. O primeiro evento foi uma roda de conversa realizada na UBS República, às 14h ou 15h do dia 09/03/2020, que tinha como tema o HIV/AIDS em homens trans. Mas essa história começa antes desse dia.

No começo do ano eu decidi que iria fazer a hormonização com testosterona com acompanhamento médico, para saber como meu organismo está lidando com a T e verificar se está tudo certo (a hormonização tem o risco do desenvolvimento

de câncer). Como muitos, eu comecei a tomar T sozinho e ilegalmente, o que é bem arriscado e comum - tão comum que parece não haver riscos, exceto quando bomba uma publicação de facebook de alguma pessoa que se ferrou. Nunca se sabe se você será a próxima pessoa, mas o lema é 'se deu certo da última vez, vai dar certo nessa'.

Até então eu só sabia da existência da UBS Santa Cecília, que é a santa padroeira das pessoas trans em São Paulo - foi por muito tempo a única UBS a disponibilizar serviços de atendimento à saúde de pessoas trans na cidade. Um dia, saindo do trabalho, eu decidi passar na UBS República, que fica a uns 5 minutos de distância do prédio da Prefeitura Municipal do viaduto do chá (onde eu faço estágio<sup>22</sup>). Perguntei para um atendente se eles trabalhavam com hormonização de pessoas trans e ele me disse que sim, passando as instruções do que eu deveria fazer. Para resumir a história, marquei a consulta e em 2 ou 3 meses fui atendido (foi bastante rápido) pelo clínico-geral, o médico Ian Zafire Miranda. Ele é um homem cis, gay e branco de 26 anos de idade. Aliado da causa trans, trabalha em contato com esse público há 6 meses e me atendeu de uma forma muito humanizada e atenciosa (ao escrever sobre mim nos registros do SUS, ele topou colocar 'boyceta' ao invés de 'homem trans' e 'pansexual' ao invés de 'bissexual', sem se espantar muito com a forma como levo minha vida relacional e sexual). Além disso, o próprio manejo da consulta foi muito bom, contando até com a entrega de um folder de como incluir o nome social no título de eleitor - foi aí que eu vi materializado o conceito de 'burocracia ativista'). Na entrevista que realizamos por email, fico sabendo que ele se tornou apto a trabalhar no âmbito do protocolo transexualizador depois de realizar 'uma capacitação técnica proporcionada pela Organização Social que gere minha Unidade Básica de Saúde (UBS)'.

Enfim, entre uma conversa e outra ele me chamou para participar de uma roda de conversa com pessoas trans que acontece quinzenalmente na própria UBS, sendo que o próximo encontro teria como tema o HIV/AIDS em homens trans.

---

<sup>22</sup> Na última semana de maio eu recebi uma mensagem de Lu com um documento em que constavam todas as unidades de saúde que realizam hormonização na cidade de São Paulo. De acordo com ele, trata-se de uma lista atualizada que lhe foi enviada por sua chefe de trabalho. Ao todo, são 25 unidades espalhadas pela cidade. Para visualizar o documento clique aqui: <<https://drive.google.com/file/d/13CLtSVGqMHkdq4WIsiuKcze8bG8PW9Qy/view?usp=sharing>> último acesso em 09/06/2020.

Agradei o convite e na semana seguinte eu estava lá novamente, para participar da conversa.

A sala estava cheia, contei 29 pessoas - eu estava surpreso em ver tanta gente trans junta para uma roda de conversa. O convidado especial foi o Athos Nascimento Souza, educador comunitário que é homem trans branco e bissexual que conversa sobre sexualidade. Estavam presentes também 5 ou 6 profissionais da UBS, contando com o Ian. A bolha trans é tão pequena que lá eu encontrei uma pessoa não-binária com quem eu dei *match* no Tinder, já até fizemos um *web-date*<sup>23</sup> - como é difícil reinventar as formas de afeto durante uma pandemia.

Logo no início o Ian pediu para que eu contasse 'a novidade' para todes: o gênero boyceta. De fato, esse ainda é um fenômeno específico de alguns grupos transmasculinos, ainda que já tenha acontecido uma grande discussão *online* acirrada com transmasculinos de todo o Brasil sobre a legitimidade dessa reivindicação de gênero. Enfim, contei para a roda de pessoas ao meu redor sobre o termo e porque o reivindico - sou boyceta, reconheço meu lugar nas (trans)masculinidades mas não sou homem, muito menos mulher.

Depois disso, a discussão começou com uma fala de Athos informando-nos que a maior parte dos homens trans não ouviram falar em Profilaxia Pré-Exposição (Prep)<sup>24</sup>, porque a mesma é muito voltada ao público de mulheres trans, travestis e homens cis gays. Além disso, ele nos informou que em homens trans e mulheres cis [e pessoas não-binárias afab] a Prep faz efeito em 20 dias, o que difere do corpo de pessoas que possuem pênis, que levam cerca de 7 dias para ter o efeito da Prep. Também comentou que a Prep não interfere em nada na hormonização e de como, em sua concepção, o sistema de saúde é hipócrita, já que fala muito em prevenção, saúde e vida sexual ativa, tal como Prep e Profilaxia Pós-Exposição (Pep)<sup>25</sup>, mas

---

<sup>23</sup> Encontro virtual.

<sup>24</sup> De acordo com o site do Ministério da Saúde, 'A Profilaxia Pré-Exposição de risco à infecção pelo HIV consiste no uso preventivo de medicamentos antirretrovirais antes da exposição sexual ao vírus, para reduzir a probabilidade de infecção pelo HIV. O objetivo da PrEP é prevenir a infecção pelo HIV e promover uma vida sexual mais saudável' Informação retirada de <<http://www.aids.gov.br/pt-br/o-que-e-prep>> último acesso em 28/04/2020.

<sup>25</sup> De acordo com o site do Ministério da Saúde, 'Como profilaxia para o risco de infecção para o HIV, a PEP consiste no uso de medicamentos antirretrovirais para reduzir o risco de infecção em situações de exposição ao vírus. Trata-se de uma urgência médica, que deve ser iniciada o mais rápido possível - preferencialmente nas primeiras duas horas após a exposição e no máximo em até 72 horas. A duração da PEP é de 28 dias e a pessoa deve ser acompanhada pela equipe de saúde'. Informação retirada de <<http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/prevencao-combinada/pep-profilaxia-pos-exposicao-ao-hiv>> último acesso em 28/04/2020.

não possui uma alternativa real de prevenção de ISTs para pessoas com vagina que fazem sexo com outras pessoas com vagina (como já abordei anteriormente).

O Ian também colaborou com a discussão, comentando que o avanço de questões preventivas para LGBTIs no Brasil anda muito devagar e que realizar testes também é um tipo de prevenção, uma vez que, se você se testar e der positivo, estará ciente da sua situação e poderá prevenir de passar a infecção para outras pessoas. Ele nos deu uma alternativa preventiva: conversar sobre ISTs ou até mesmo ver os exames um/e/a do/e/a outro/e/a, alertando sobre a importância de nós, LGBTIs, não patologizarmos nossas vivências indo ao centro de testagem todas as vezes que realizarmos sexo sem proteção. A fala dele que mais me chamou a atenção foi uma que diz respeito aos direitos reprodutivos: ele disse que 'diferentemente do protocolo transexualizador do SUS, que não permite o congelamento de gametas para uso posterior, nos EUA há essa possibilidade', o que me deixou bem curioso e com mais um motivo para entrevistá-lo, o que não foi possível porque ele está completamente sem tempo devido a nova rotina de trabalho para o enfrentamento do coronavírus.

No debate, conversamos sobre alguns métodos de prevenção recomendados, sendo que ninguém presente tinha usado nenhum dos métodos e nem conheciam alguém que os tivesse usado. Eu comentei sobre o teste que realizei com meus namorados e as pessoas se chocaram. Primeiro pelo fato de que eu namoro duas pessoas, o que quase desviou a atenção do assunto principal, e depois porque eu era a primeira pessoa que eles conheciam que dizia ter testado alguns dos métodos de prevenção. Tudo pelo bem da ciência! - eu disse.

No fim da conversa peguei o telefone do Athos e do Ian para que pudesse entrevistá-los. A entrevista com o Athos se deu via whatsapp - ele preferiu que fosse por mensagem ao invés de chamada de vídeo.

À época da entrevista, Athos estava trabalhando como educador sexual há um mês e meio, mas já vinha palestrando sobre questões trans há um ano e meio. Ele me explica que falar sobre sexo é um tabu muito grande para homens trans - o que pode ocorrer por conta de disforia genital ou falta de informação - o que dificulta ainda mais a conversa sobre ISTs. Mas percebe que, por ser um homem trans, os outros rapazes se sentem mais à vontade para conversar e fazer perguntas, além de buscar por abordar os assuntos necessários de forma mais 'leve'.

Eu pergunto se homens trans, boycetas e não-binários possuem especificidades no que tange a seus direitos sexuais e ele me responde que sim, já que devido ao falocentrismo reduz esses sujeitos aos seus órgãos genitais, deslegitimando completamente quem são. Comenta também que existe preconceito com relação a homens trans que não são heterossexuais. 'As pessoas não respeitam o fato de um homem trans gay ter um relacionamento com um homem cis gay por exemplo. Duvidam dos dois, do tipo: se fosse pra gostar de homem porque fez a transição? Ou o cara cis escuta: ah, mas então tu não é gay de verdade porque [seu namorado] não tem um pinto'.

Athos fala sobre a dificuldade de se ter um atendimento médico correto, já que os serviços de ginecologia não são voltados para homens - e acrescento que nem para as não-binariedades. Além disso, ele percebe que a não diferenciação entre o que é orientação sexual e o que é identidade de gênero impacta negativamente a vida de homens trans.

Como ele é educador sexual, nada mais coerente do que perguntar sobre ISTs e prevenção. Infelizmente, mais uma vez surge o dado de que 'não existe nenhuma forma [de prevenção] voltada para esse grupo', já que o que se recomenda são verdadeiras 'gambiarras' com materiais já existentes. Ao perguntar quais são as ISTs que mais atingem homens trans, boycetas e pessoas não-binárias a fab mais uma vez me deparo com a invisibilidade: não existe nenhum estudo a este respeito. Mas existem as ISTs que são mais recorrentes em pessoas com vagina, sendo elas: HPV, sífilis, hepatite B e C e gonorreia. Perguntei também se ele conhecia algum programa, projeto ou ação do SUS que fosse voltado para a saúde sexual e reprodutiva do grupo estudado e Athos respondeu que a única iniciativa que conhece é a da cartilha, que foi retirada do ar (temos aqui um importante ponto de análise: parece que a maioria das pessoas trans sabe que a cartilha foi tirada do ar, mas não sabem que foi relançada - parece haver uma grande diferença na forma como a primeira e a segunda versão foram divulgadas, o que impacta a forma como esse grupo se sente tratado pelo governo).

A entrevista com o Ian aconteceu por email - devido à sobrecarga de trabalho no SUS decorrente da pandemia, ele estava sem horários para que pudéssemos conversar por vídeo-chamada.

Em suas respostas, ele me conta que pessoas trans costumam chegar ao consultório mais ‘acanhadas’ do que pessoas cisgêneras devido aos preconceitos e discriminações aos quais estão suscetíveis em serviços de saúde. Percebe também que pacientes trans possuem mais queixas relacionadas à saúde mental, relacionadas a não aceitação familiar e de amigos e, em alguns casos, o sofrimento de não poder expressar plenamente seu gênero principalmente por medo de violências e entraves no trabalho. Frente a isso, o médico evidencia a importância de um ambiente acolhedor para o atendimento integral à saúde<sup>26</sup> dessa população. Em seu cotidiano, Ian tenta materializar isso através de aspectos concretos (com o uso de bottons com as bandeiras do orgulho LGBTI+ e trans) e da fala, explicitando que aquele é um espaço em que a existência e vivência da pessoa serão respeitadas.

Ele não soube dizer muito bem quais são as especificidades de demanda de não-binários trans, homens trans e boycegas no que diz respeito aos seus direitos sexuais e reprodutivos, o que revela como há uma lacuna sobre o assunto não só no sistema público de saúde como também no debate público de modo geral. No que tange à questão reprodutiva e sexual, Ian conta que durante sua formação não teve contato formal com esses temas, tendo a sorte de ter tido professores interessados nessas discussões. Conta também que durante seis anos de formação teve apenas 5 horas de seminário sobre questões LGBTI+, no último ano de formação, não existindo nenhum debate interseccionando as três questões. Na percepção do entrevistado, o SUS está começando agora a olhar para as pessoas trans e suas demandas de saúde, exemplificando a crescente capacitação de médicos generalistas da Estratégia da Saúde da Família (ESF), na capital de São Paulo, no processo transexualizador. Ele chama atenção para o fato de existir uma demanda muito alta referente a este protocolo, mas poucos ambulatórios especializados.

Também fui para um evento chamado Cai de Boca, cujo tema foi a saúde de pessoas com vulva. Essa conversa compõe uma série de conversas chamada Precisamos Falar Sobre Sexo, organizada pela Casa 1, que é um centro cultural e

---

<sup>26</sup> Em suas palavras, o atendimento integral à saúde ‘é aquele em que não vemos a pessoa a partir de sua doença ou queixa específica, mas sim como um todo’ de forma que o profissional de saúde acolha e ouça o paciente, compreendendo seu contexto social para, a partir disso, atender às suas demandas.

de acolhida LGBTI+ de São Paulo. Para essa edição, foram convidadas duas mulheres cis brancas: Roberta Salles, que é lésbica, e Ana Thais Vargas, que é heterossexual.

Fiquei empolgado quando soube do evento não só porque diz respeito a essa pesquisa, mas também pelas mulheres que compunham a mesa e pelo local onde seria.

A Casa 1 é de uma importância material e simbólica incomensurável para quem é LGBTI+ e mora em São Paulo. Sua história é inspiradora e suas paredes exalam mensagens de resistência. O lugar começou como um espaço de acolhida para LGBTIs expulsos de casa e cresceu de tal forma que hoje existem mais dois espaços que compõe a Casa 1: o centro cultural, onde ocorrem oficinas, rodas de conversa, aulas, atividades e festas, e um lugar destinado a oferecer atendimento psicológico, psiquiátrico e psicanalítico gratuito para LGBTIs. A galera que trabalha na Casa1 já até fez um forno popular, chamado Forno Popular da Jaceguai, que foi um forno público de barro para fazer pão, debaixo do Viaduto Jaceguai. Infelizmente, ele não pode ser inaugurado pois mesmo com a permissão da Prefeitura Municipal de São Paulo, ele foi retirado do local, sem mais explicações, após ser completamente construído<sup>27</sup>.

Minha história com o lugar é antiga, ainda que não muito linear. Já doei roupas, participei da preparação de um casamento coletivo, participei de alguns debates, fui aluno das aulas de inglês e atualmente sou paciente do atendimento em psiquiatria. É importante dizer que todas as atividades da Casa1 são abertas ao público e gratuitas, sendo que essa é uma iniciativa da sociedade civil organizada que não recebe apoio do Estado, sobrevivendo através de financiamento coletivo<sup>28</sup> e trabalho voluntário. Pra mim, a Casa1 é um sonho *anarqueersta*, só que real.

As convidadas também me empolgaram. Primeiro porque a Roberta, também conhecida como Rô, fez parte de um canal no youtube chamado Dedilhadas, no qual ela e sua amiga, a Sá, que mais tarde assumiu sua bissexualidade, contavam um pouco sobre suas vidas e coisas do universo sapatão. Dos 12 aos 15 anos eu

---

<sup>27</sup> Para saber mais sobre isso leia:

<<https://www.facebook.com/casaum/posts/2288020584782971/>> e  
<[https://www.facebook.com/casaum/posts/2289941677924195?comment\\_id=2289974834587546&comment\\_tracking=%7B%22tn%22%3A%22R%22%7D](https://www.facebook.com/casaum/posts/2289941677924195?comment_id=2289974834587546&comment_tracking=%7B%22tn%22%3A%22R%22%7D)> último acesso em 28/04/2020.

<sup>28</sup> Para saber mais sobre o financiamento coletivo e (porque não?) doar, acesse:

<<https://benfeitoria.com/casa1>> último acesso em 28/04/2020.

era a única pessoa LGBTI+ assumida para o meu círculo de amizades e o que me ajudava a lidar com a solidão por ser 'o único'<sup>29</sup> 'diferente' em meio a tantas/os 'normais' era saber que existiam outras pessoas iguais a mim, que, diferente dos outros, passavam pelas mesmas questões que eu, como problemas com os pais. Isso só foi possível por causa da internet, e o canal Dedilhadas, assim como o Canal das Bee, outro canal de temática LGBTI, fizeram uma importância gigantesca na minha trajetória, autoestima e autoafirmação enquanto alguém que não é heterossexual e nem cisgênero.

Também fiquei empolgado com a presença de Ana Thaís, porque havia chegado até mim, por um grupo de whatsapp formado majoritariamente por boycetas, uma imagem de divulgação do seu trabalho de ginecologia e obstetrícia com valor social (R\$30,00) para homens trans. Incluí nos meus planos de pesquisa entrevistá-la, e ter ido ao evento facilitou nosso contato.

O evento em si começou com uma gafe: foi dito que era um 'evento para mulheres cis lésbicas e bissexuais', e depois corrigiram a fala dizendo que era voltado para 'pessoas com vagina', numa tentativa de serem transinclusivas/os. Confesso que um pouco da minha empolgação foi por água abaixo nesse momento, ainda que eu entenda que pessoas cis aliadas estejam em diferentes processos e níveis de desconstrução com relação à cisgeneridade.

Quem começou a falar foi a Rô. Seu cabelo vermelho, óculos, risada e carisma são certamente uma característica marcante. Ela começou desmistificando a noção de que o sexo lésbico tem 'risco 0' de IST, e passou por algumas recomendações de proteção, como uso de plástico filme, luva cirúrgica e dental dem, dizendo que este último não é acessível. Sua fala causou risadas a nos fazer imaginar o quão sexy seria parar as preliminares e ir na cozinha para pegar um plástico filme e então desenrolá-lo sobre o corpo da pessoa que receberia o oral. Ela também comentou da camisinha interna, dizendo que ela não é convidativa para o sexo.

A parte da fala dela que mais me marcou foi quando ela disse 'sinto muita falta de políticas públicas, de conhecimento, de estudos para saber sobre meios de proteção', porque entendi que é exatamente isso que eu sinto. Como é possível que

---

<sup>29</sup> Uso aspas porque muitas outras meninas também beijavam garotas, mas nenhuma delas se declarava enquanto LGBT.

isso não seja foco de pesquisas, de produção de técnicas de proteção? Como é possível que, enquanto sociedade, a gente admita que certos corpos não precisem ter métodos de prevenção contra ISTs? Como é possível que a neurose com ter pegado ou ter passado alguma IST seja comum na vida de pessoas com vagina que transam entre si?

Eu não quero viver com isso para sempre. Com a noíia de ter pego alguma coisa depois de sair com alguém depois da balada ou bar. Quero poder fazer sexo casual de forma segura. Viver minha vida integralmente sem colocar em risco a minha saúde ou a da/s pessoa/s com quem eu transo. É pedir demais?

A Rô terminou com algumas recomendações de como tornar o sexo entre pessoas com vagina mais seguro, dentro do possível. As dicas foram: usar unhas curtas e lavar as mãos antes do sexo, não usar o mesmo dedo usado para penetrar o ânus para penetração vaginal, e compartilhamento de exames caso esteja entrando em um relacionamento fixo. Conheço pessoas que dão um jeito em tocar no assunto dos exames de IST antes de se expor ao risco, a fim de saber se a/s pessoa/s está/estão com os exames em dia e se possui/possuem alguma infecção, durante uma conversa simples. Eu nunca consegui fazer isso. Tenho medo de que pareça que eu tenho preconceito contra quem tem alguma IST ou que eu seja um doido varrido (já que não é muito comum ter esse tipo de conversa antes do sexo, embora devesse ser).

Em seguida foi a vez de Ana Thais Vargas, que começou denunciando a falta de preparo de profissionais de saúde para lidar com questões de pessoas com vagina que fazem sexo com outras pessoas com vagina. 'Nunca tive contato com conteúdo sobre LGBT durante minha formação acadêmica', dizendo que teve que aprender sobre mulheres cis lésbicas e bissexuais e homens trans na tentativa e erro de sua prática profissional. Ela também comentou que na segunda metade deste ano (2020), vai sair o primeiro capítulo sobre questões LGBT em um livro de obstetrícia, dando a isso um tom de vitória - sem dúvidas, é um passo muito importante. Com resultado disso, ela aponta os maus tratos que esses grupos sofrem nos serviços de saúde, sobretudo os de atenção ginecológica, gerando um distanciamento que funciona também como meio de proteção para não serem alvos de (mais) preconceito. Em sua fala, o que mais me chamou atenção foi quando ela disse que 'mulheres [cis] lésbicas e homens trans morrem mais de câncer de colo de útero porque é uma população que tem baixo contato com serviços de saúde', o

que mostra o quão esse despreparo é grave. Ela também comentou que não tem percebido nenhum avanço nas políticas públicas voltadas para mulheres lésbicas e bissexuais.

No final do evento eu dei uma de tiete e falei para a Rô o quanto o Canal Dedilhadas foi e é importante para mim. Ela recebeu isso com um sorriso aberto e um abraço intenso, foi maravilhoso. Aproveitei e peguei o número da Ana Thaís e algumas semanas depois estávamos conversando novamente. Ela topou uma vídeo-chamada - o que foi ótimo, porque nossa conversa fluiu bem melhor do que as feitas por mensagem.

Ana Thais Vargas de Oliveira é uma mulher cis branca e heterossexual de 41 anos que trabalha como médica ginecologista e obstetra há 14 anos, atualmente reside no centro de São Paulo (SP). Depois que começou a trabalhar na Casa1 passou a ter contato e a conhecer melhor pessoas trans, principalmente homens trans, já que até então só tinha ouvido falar em mulheres trans 'de forma muito caricata'. A partir disso, ela percebeu que homens trans precisam de atendimento ginecológico, ainda que nunca tivesse estudado sobre isso durante sua formação.

Comentando um pouco mais sobre essa lacuna durante sua formação, ela comenta: 'enxergo como uma falha na educação médica, é extremamente heterossexual machista só feita por homens [cis] e muito para homens [cis] apesar das mulheres [cis] serem a maior quantidade de estudantes e profissionais'. Assim, há um ano Ana vem compreendendo as necessidades dos homens trans que entram em contato com ela na prática do 'corpo a corpo', a partir de necessidades particulares, já que não existem trabalhos disponíveis sobre o atendimento ginecológico para esse público - ainda que existam *deadlines* internacionais sobre o cuidado com pessoas trans, eles são voltados para a cirurgia de redesignação sexual, que, assim como a hormonização, pode não ser o objetivo da pessoa.

Pergunto se existem particularidades no atendimento ginecológico e ela prontamente me responde que 'sem dúvidas'. Primeiro porque a pessoa pode ou não estar passando pelo processo hormonização, e a disforia pode ser presente nos homens trans que ainda menstruam, sendo necessário certa delicadeza ao abordar esse tema. No caso de já estar passando pela hormonização, ocorrem mudanças do ciclo menstrual (fim da menstruação) e mudanças corporais como crescimento de pelos, aumento do clitóris, seborreia, oleosidade da pele, queda de cabelo, dentre outros. Para Ana 'há coisas a pensar sobre isso'. No caso de não

estar fazendo a hormonização, caso a pessoa deseje realizá-la, é importante que a/o médica/o oriente o paciente a este respeito. Ela comenta que é necessário orientar também sobre papanicolau, cuidados com as mamas, sobre ciclo menstrual e a possibilidade de engravidar, além de ter de lidar, muitas vezes, com o problema da violência sexual em forma de estupro corretivo.

Ana explica que o atendimento às necessidades de saúde sexual de homens trans é diferente do que de mulheres cis, porque para as mulheres que vão ao ginecologista as questões são muito mais ligadas ao físico enquanto que para os homens existe toda uma questão psíquica de como ele lida com o próprio corpo. Ela comenta que o controle de IST também muda bastante, já que praticamente inexistem maneiras de homens trans (e boycetas e pessoas não-binárias afab) de se preservarem.

Pedi para que ela falasse um pouco mais sobre sobre sua fala na Casa1 a respeito do câncer de colo de útero em homens trans, boycetas e pessoas não-binárias afab. Vale dizer que sua fala não foi direcionada para esses últimos grupos, mas serve para eles também. Ana então me explica que essas pessoas não possuem maior risco em contrair esse tipo de câncer, mas de morrer por conta dele devido a falta de triagem. Isso porque essas 'são pessoas que são muito maltratadas no serviço de saúde então elas compreenderem que não tem condição de serem expostas ao serviço de saúde [e ao preconceito] e por isso fazem menos prevenção'.

Penso mais uma vez no resultado do meu exame que nunca chegou e percebo que tenho a possibilidade de fazer o exame preventivo com a Ana Thais e assim descobrir se preciso de cuidados com minha saúde ginecológica. Uma luz no fim do túnel! Obviamente isso não anula o que aconteceu e nem a urgência do SUS realizar esse tipo de serviço, fazendo com que o sistema público de saúde esteja mais próximo da noção de universalidade. Mas isso vai ter que ficar para a vida pós-quarentena.

No final de janeiro recebi uma mensagem dizendo que alguém estava realizando uma pesquisa sobre o exame preventivo em homens trans e precisava de pessoas para entrevistar. Sabendo da relevância do que aconteceu comigo e de estudos sobre serviços ginecológicos e pessoas trans, respondi a mensagem topando ser um dos entrevistados. Aproveitei a oportunidade para conversar com o

pesquisador e convidá-lo para fazer parte da minha investigação, para que pudéssemos unir forças em nossos estudos.

Foi assim que conheci William Rocha dos Santos, estudante de enfermagem. Ele é homem cis branco gay, mora na periferia de São Paulo (SP) e tem 21 anos. Pergunto o que o levou a pesquisar sobre o assunto e ele explica que inicialmente a pesquisa seria sobre papanicolau em mulheres cis, mas ele percebeu 'que [em seu curso] não tem matéria nem professor que comente sobre identidade de gênero (...) me questionei; cara, porque eu não faço sobre isso? Vou trazer um novo conhecimento para a enfermagem'. William descobriu que não existem artigos sobre o tema, pois todos são voltados para as mulheres cisgêneras.

Ele me explica que o exame de papanicolau é necessário sobretudo para diagnosticar o câncer de colo de útero e que, de modo geral, a população trans já tem um déficit na procura de serviços de saúde devido a transfobia - fato que percebo entre minhas amigadas e cada vez mais, em mim, principalmente se eu precisar pegar atestado médico. Sempre sai meu nome morto<sup>30</sup> nele, e não o meu nome de verdade (o que eu uso hoje). Eu acho que é um problema no sistema do SUS, ele não teve ter a opção de inserir o nome social registrado no cadastro, mas é só uma hipótese. Não é raro que pessoas cisgêneras chamem pessoas trans pelo nome errado depois de descobrir qual seu nome morto e esse é um medo que eu tive todas as vezes em que peguei atestado. Felizmente, não precisei apresentá-los.

Questionei sobre as especificidades de homens trans neste tipo de exame e ele me contou que os homens com quem conversou relataram que muitos/as médicos/as fazem comentários ou piadinhas sobre sua genitália, que sofre alterações em decorrência do uso de hormônios. Na visão de William, para lidar com homens trans em exames de papanicolau é necessário ter noções sobre identidade de gênero, compreendendo que o contexto psicológico é diferente do de mulheres cis, saber lidar com sua anatomia e saber conversar de forma delicada sobre sua sexualidade. O mesmo vale para boycetas e pessoas não-binárias.

Além disso, ele me conta que, devido ao desconhecimento sobre a existência de pessoas trans, alguns procedimentos médicos não são feitos corretamente. Ele exemplifica um tipo específico de sondagem que é feito de forma diferenciada em

---

<sup>30</sup> Nome morto é o nome de registro das pessoas trans, o nome que elas não usam mais.

quem possui vagina e quem possui pênis, e que as/os médicos erram a forma de fazer por pressupor a genitália de alguém a partir do gênero.

William dividiu comigo um episódio muito interessante. Contou que durante uma aula ele trocou a genitália do boneco utilizado. Um colega de classe riu e disse ‘nossa, ele tem uma vagina e é um homem?’, ao passo em que William perguntou se ele sabia o que(m) são homens trans, explicando para toda a turma. Seu professor gostou da iniciativa e disse ‘o boneco vai ficar assim agora, para as pessoas conhecerem, se acostumarem’. Isso soou como um acalanto pra mim.

Tive uma conversa com Lu Schneider Fortes, que já foi apresentado anteriormente. Elu me explica que, enquanto não-binária, sua principal demanda é de ser reconhecida como corpo dissidente e enquanto sujeito. ‘As pessoas passam por cima de pessoas não-binárias o tempo todo (...) minha demanda inicial é as pessoas me reconhecerem enquanto uma pessoa que está ali, não te invisibilizar, sabe?’.

Lu me conta de uma vez em que foi tomar uma vacina e foi catalogado na planilha do SUS como sendo do sexo feminino, ainda que já tenha realizado a alteração de sexo e nome em seu cadastro do SUS. Também houve uma vez em que ele precisou fazer exame de sangue e foi tratado pelo nome morto. Ao preencher um formulário, informou que é trans, mas não informou se é homem ou mulher - afinal, não havia opção para se afirmar enquanto não-binária - o que gerou desconforto.

‘O cara me olhou e perguntou ‘trans?’, como já duvidando, e eu disse sim, aí ele perguntou ‘homem ou mulher?’ aí eu falei ‘nenhum, eu me identifico como uma pessoa não-binária’ e ele perguntou qual meu sexo porque tinha que ‘gerar estatísticas’. Ele disse ‘por mais que você não concorde, você nasceu com um sexo biológico’, aí eu falei ‘não concordo com nada do que você disse’. Depois eu fui ver e nem me registraram como uma pessoa trans.’ - Lu, 25 anos

Elu também falou para mim que os protocolos de hormonização são voltados para uma lógica binária, assim, se elu pedir para se hormonizar, vão categorizá-lo como homem trans, categoria a qual ele não pertence. ‘A partir do momento em que você se declara enquanto uma pessoa trans, eles acham que você é homem ou mulher’ e desabafa: ‘eu não gosto de ir em médico porque eu fico sempre nessa

brisa, sabe? De ficarem me tratando enquanto mina o tempo inteiro e não me entender enquanto um corpo dissidente’.

Lu trabalha no Centro de Aconselhamento e Testagem do Anhangabaú e percebe que existe uma subnotificação de pessoas não-binárias afab, boycetas e homens trans com IST, chamando atenção para a forma como essas pessoas são tratadas pelos burocratas a nível de rua:

‘Isso é uma coisa que tá corroendo meu cérebro; dentro do CTA a gente tem que fazer umas planilhas mensais com as pessoas que passaram por lá e se deu positivo pro HIV. Separam as categorias: homens cis, mulheres cis, homens trans, mulheres trans e não tem como colocar pessoas não-binárias. Todo mês tem uma pessoa transmasculina que vai no serviço. Eu não acredito que só uma pessoa transmasculina precisa desse tipo de serviço. O que a gente tá fazendo com essas pessoas? Como estamos atendendo? O que existe é uma subnotificação de casos’.  
- Lu, 25 anos

Sobre os métodos de prevenção, ele desabafa:

‘Prevenção de pessoas buceta com buceta é aquele rolê, né: não existe (...) a gente não tem saída de proteção pra buceta: é tudo umas coisas inventadas horrorosas, tipo ‘coloca luva cirúrgica’. Eu prefiro uma língua na minha buceta do que um plástico cheio de coisa tóxica (...) são umas coisas muito surreais que eu fico: cara, vocês não tão nem aí né?’ - Lu, 25 anos

Lu também me conta que o antigo preservativo gratuitamente distribuído pela rede pública de saúde não possuía látex, mas o novo possui, o que é um empecilho para todas as pessoas que tem alergia ao material. Além disso, o novo modelo da camisinha externa foi trazido para o SUS sem que houvesse consulta com as trabalhadoras sexuais, sendo essa a primeira vez que isso acontece.

Acrescento a esse debate sobre direitos sexuais a importância de que exista educação sexual, principalmente para quem é mais jovem, mas não só. Gostaria de chamar atenção também para uma questão muito delicada para nós, pessoas transmasculinas. Trata-se do estupro corretivo. Essa é uma violência sexual que se vale da desculpa de ‘corrigir’ nossas identidades de gênero a fim de nos ‘fazer mulher novamente’. Seus efeitos são devastadores e é necessário que o sistema de saúde saiba acolher devidamente a pessoa que é vítima dessa barbárie, sem revitimizá-la e sem corroborar com a transfobia, lesbofobia, bifobia, homofobia ou racismo durante o atendimento. É urgente, ainda, que essa pessoa tenha seu direito ao aborto assegurado, o que nos leva a discutir sobre direitos reprodutivos.

## Questões Reprodutivas

A quarentena faz com que eu tente manter certa regularidade de vídeo-chamadas com as pessoas que amo - namorades, amigos, alguns/algumas familiares - para lidar melhor com a saudade, o isolamento e também para não perdermos o contato.

Toda vez que falo com Caetano ou com a Jéssica via vídeo-chamada fico com a dúbia sensação de felicidade (por estarmos nos vendo e pelo nosso relacionamento estar sobrevivendo à quarentena) e tristeza (por não podermos nos ver pessoalmente e, pior ainda, não saber quando poderemos). Às vezes ficamos em silêncio, olhando um para a cara do outro, só pela sensação de estarmos conectados de alguma forma.

Nessa madrugada, dia do trabalhador, foi a vez de conversar com Caetano. É horrível não poder abraçá-lo, beijá-lo, chupá-lo, fodê-lo, não poder dar pra ele. Falamos sobre isso, também. Conversamos sobre a semana e sobre nossas vidas, sobre algumas bobagens. Eu pergunto quando poderei ir passar um tempo na casa dele. Ele, certo, me diz: 'nada de quebrar a quarentena'. Caetano decidiu não ver notícias relacionadas ao covid-19, colocando em prática o que ele chama de alienação total - uma forma de se blindar de ter constantes crises de ansiedade. Eu não posso comentar sobre as notícias e nem dizer para ele que um estudo de Harvard sugere que o isolamento social dure até 2022 de forma intermitente<sup>31</sup>. Não posso dizer que, com as atitudes irresponsáveis do presidente e das pessoas que o seguem cegamente, talvez no Brasil isso dure mais ainda. Deixo de lado a esperança de nos vermos pessoalmente ainda esse mês. Mas, no fundo, sei que ele está certo.

Dentre tantos assuntos aleatórios chegamos a um ponto que passa a guiar toda a nossa conversa até às 2h40 da madrugada: ter 1 ou 2 filhas. Descobrimos essa vontade em comum já algum tempo e vira e mexe conversamos sobre, mas dessa vez foi 'pra valer'. Já sabemos que se for por meio de uma gravidez, será através de mim. Ele engravidaria para ter 1 bebê, mas não faz questão - eu, por

---

<sup>31</sup> Informação retirada de: <<https://veja.abril.com.br/mundo/covid-19-estudo-de-harvard-ve-necessidade-de-isolamento-social-ate-2022/>> último acesso em 01/05/2020.

outro lado, tenho curiosidade e (acho que) vontade de passar pela experiência da gestação (tenho pensado muito nisso, ainda mais durante essa pesquisa).

Eu pergunto em como ele pensa ter filhas e, para minha surpresa, ele nunca tinha pensado nessa parte. Desde os 17 se imagina criando 1 bebê, mas nunca pensou em como teria - para ele isso 'simplesmente iria acontecer' (eu sei, pode rir se quiser). Por outro lado, já pesquisou muito sobre bebês, psicologia e pedagogia infantil, coisa que eu ainda não fiz.

Acho engraçado quando ele diz 'verdade, né? A gente tá super falando em ter filhos mas não tem como a gente fazer um bebê, a gente não faz um bebê' depois que eu falo que, se eu for engravidar, precisamos pensar em alguém pra doar o sêmen. Eu já tenho alguém em mente: minha melhor amiga, Daue - seria muito significativo pra mim. Não sei se ela toparia, nunca falei sobre isso com ela... Caetano comenta que até poderia ser com a sua namorada, mas ela é estéril... Mas isso não parece ser um problema porque um amigo nosso, está ao lado de Caetano fazendo uma vídeo-chamada com sua namorada - e segundo ele toparia ser a doadora de sêmen caso precise (não conversamos diretamente com ela porque esse é um plano futuro e não comentamos sobre com quase ninguém). Penso sozinho 'ótimo! Agora só falta a carreira estável, condições financeiras, casa própria, alguns objetivos profissionais e pessoais atingidos, uns 10 anos a mais...'

Comento com ele sobre uma preocupação biológica: e se, até que possamos fazer isso de fato, meus ovários já tenham se atrofiado devido ao uso da testosterona? Isso é algo que acontece com o uso contínuo de testosterona e, como o SUS não permite o congelamento de gametas no começo da hormonização, não teria como eu engravidar caso aconteça comigo até lá. Teria como usarmos os óvulos de outra pessoa, se não fosse a barreira de classe. Quando pessoas que tomam testosterona pretendem engravidar, o ideal é parar a hormonização para que a menstruação volte a acontecer e então a gravidez seja possível (ainda que, mesmo com o uso de testosterona, seja possível engravidar). O jeito é tentar...

Conversamos também sobre a possibilidade da adoção e a necessidade de pesquisar sobre como funciona isso no Brasil. Talvez adotar 1 e parir 1... Pergunto se ele transaria comigo se eu estivesse grávida. Ele trava e retorna a pergunta. Eu digo que sim, porque meus hormônios estariam à flor da pele, mas entendo que é estranho e ele concorda, dizendo que só aconteceria no começo, mas depois de eu ficar 'com barriga' não ia conseguir. Eu entendo, mas penso em estratégias de

sobrevivência. Pesquisamos, juntos, se a prática de *fisting* é permitida durante a gravidez. A resposta, para meu alívio, é sim.

Eu comento sobre como imagino a criação da criança. Não me imagino criando alguém sozinho, mas apoiado por toda uma rede de pessoas, que também tem seu papel na criação. Caetano dá um nome a isso: família não-nuclear. Como diz um provérbio africano: é preciso uma aldeia inteira para se educar uma criança. E então eu entendo que isso é o que faz mais sentido para mim. Me imagino apoiado por uma rede não-monogâmica de afetos em que cada pessoa que se relaciona comigo ou com Caetano se envolve na criação da criança, muito provavelmente porque eu tenho medo de não ser suficiente para suprir as necessidades que essa pessoa mais nova vai me demandar - então, com uma rede de pessoas, podemos nos apoiar e conseguir, juntas. Mas para isso ser possível seria necessário que eu, meus amores, amoras e meta-mores<sup>32</sup> morássemos juntas e isso deve ser bem complicado de se conseguir... Tudo bem, precisamos pesquisar mais sobre família não-nuclear e pensar melhor nisso - o que, enquanto escrevo, me leva à perguntas com relação à política brasileira de planejamento familiar.

Previsto no § 7º do art. 226 da Constituição Federal, o planejamento familiar é de livre decisão do casal, sendo do Estado a obrigação de fornecer meios educacionais e científicos para o exercício desse direito. Esse assunto é regulado pela Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996 que define o planejamento familiar no Brasil como direito de ‘todo o cidadão’, sendo um ‘conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal’ (BRASIL, 1996).

De acordo com o relatório de Resultados e Conquistas de 2009 do SUS<sup>33</sup>, em abril de 2007 o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Planejamento familiar, que teve como principais resultados a distribuição gratuita de contraceptivos, tendo mais de 2,9 milhões de métodos contraceptivos disponibilizados, a incorporação de anticoncepcionais ao Programa Aqui Tem Farmácia Popular, tornando-o disponível com desconto de 90% em mais de 10 mil farmácias privadas, e também a realização de vasectomias realizadas em

---

<sup>32</sup> Na não-monogamia, denomina-se ‘meta-amor’ como a/o amor de quem você ama. Ou seja, alguém que também se relaciona com quem você se relaciona.

<sup>33</sup> Disponível neste link

<[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/mais\\_saude\\_resultados\\_conquistas.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/mais_saude_resultados_conquistas.pdf)> último acesso em 01/05/2020.

laboratório, ou seja, que são feitas sem internação e em apenas 15 minutos, resultando em um aumento de 83% nas vasectomias realizadas até o segundo semestre de 2009. Não foram encontradas mais informações sobre a política, mesmo quando verificado o Diário Oficial da União.

Enquanto esperava ser atendido na UBS República já vi um folheto sobre planejamento familiar. Não lembro das palavras, mas eram convidativas e impressas em papel rosa. Escrevendo sobre isso, me pergunto se a UBS estaria pronta para atender a um homem trans, boyceta ou pessoa não-binária que estivesse pensando em engravidar - e se sim, se isso seria uma peculiaridade dessa UBS, por já tratar com o público trans. Mesmo não tendo certeza de se quero fazer isso, sinto vontade de ir para esse atendimento sobre planejamento familiar com Caetano, só pra ver no que dá. Melhor ainda se a Jessica pudesse ir junto, para tensionar ainda mais limites, já que quem engravidaria seria eu, e não ela, e seríamos três falando sobre isso - mas ela já disse que não quer ter filhos, então eu espero que ela tope só pela confusão que causaríamos na cabeça das pessoas.

Como será a experiência da gestação? Como será que é parir? Ou melhor, como é a experiência da gestação quando não se é mulher? Como é, para um homem, pessoa não-binária ou boyceta, parir? Como será que a equipe médica se relacionaria com essas pessoas na hora do pré-natal, parto e puerpério? E, independente de parto, como será que é criar alguém?

Por mais que essa seja uma pesquisa autoetnográfica, engravidar para dar respostas a essas perguntas me parece ser algo muito radical - e além de ineficaz, já que antes mesmo da criança nascer eu teria que entregar o texto pronto, fazer uma criança como um objetivo de pesquisa é antiético e desumano.

Decidi, então, procurar por artigos e pessoas que eu pudesse entrevistar. Encontrei a pesquisa de **Anne Alencar Monteiro** (2017), já explicada em outra sessão, e mapeei com quem conversar através de indicações e de posts que apareciam no facebook de meninos que haviam engravidado.

Foi assim que consegui contato com Theo Brandon, Felipe Azevedo e Guilherme Augusto Prado. Assim como Athos, nenhum deles quis realizar a entrevista por vídeo-chamada, então trocamos mensagens via *whatsapp*.

Theo possui 24 anos de idade, é homem trans negro e heterossexual que mora na região periférica de Salvador e estuda medicina no curso superior. Theo divide a criação de sua criança com a esposa, que é uma mulher trans. Sua gravidez

foi planejada, mas como a hormonização já estava afetando a fertilidade de ambos, decidiram adiantar os planos. Antes mesmo de começar a tentar a gestação, Theo interrompeu a hormonização e tomou alguns remédios como ácido fólico, progesterona e vitaminas, para garantir o sucesso na tentativa e a saúde do/a bebê. Ele me conta que teve o apoio de muitos amigos e familiares (mais da parte da esposa, já que mantém pouco contato com sua parte da família devido a um histórico de transfobia, ainda que a mãe tenha disponibilizado o plano de saúde para o trabalho de parto e o presenteado com alguns utensílios). Quando perguntei se a gestação foi acompanhada pelo SUS ou entidade privada, recebi a seguinte resposta:

‘Acompanhei e fiz o parto por entidades privadas, queríamos até priorizar o SUS, pois entendíamos que seria importante deixar esse precedente disponível para os próximos que viriam e que esses próximos poderiam não ter o acesso que tive as entidades privadas, mas algumas negociações com o SUS não foram positivas, tivemos dificuldades de legitimar minha identidade enquanto pai na Declaração de Nascidos Vivos (DNV)<sup>34</sup> no hospital do SUS em que tínhamos interesse em fazer o parto, pleito que foi acolhido na entidade privada após um tempo de diálogos administrativos e extrajudiciais.’ - Theo Brandon, 24 anos

Peço mais detalhes sobre isso e ele me explica que no SUS queriam registrá-lo como mãe da criança, o que o fez desistir de acompanhar a gestação através do sistema público de saúde. Na rede privada, após ‘uma batalha administrativa no hospital’ que contou com a presença do Ministério Público, Defensoria Pública do Estado da Bahia e Defensoria Pública da União na Bahia, Theo conseguiu ser registrado como pai da criança.

Isso nos mostra que a transfobia impediu que a gestação fosse acompanhada no SUS e a grande questão é: e os homens, boycetas e não-binários que não tem a possibilidade de serem atendidos na rede privada? Seriam registrades/os como ‘mães’? Quais as consequências disso para a vida psíquica dessas pessoas, considerando o alto índice de suicídio entre homens trans?

No serviço privado, Theo teve suporte de toda a equipe médica, indicando que houve uma ‘preparação’ também para a equipe hospitalar geral, não sem ‘algumas tantas dificuldades’ relacionadas a fazer com que essas pessoas entendessem o que é um homem trans e porque, sendo homem, Theo optou por

---

<sup>34</sup> É um documento que toda pessoa que nasce recebe para poder ser registrada no cartório.

engravidar. Ele disse ser bem atendido pelas/os enfermeiras/os e médicas/os de modo geral, exceto pelo fisioterapeuta, que sempre ‘errava’ seu gênero, insistindo em tratá-lo no feminino. ‘Em compensação’ ele me conta que a enfermeira que o auxiliou nas trocas de roupas e banhos foi ‘excepcional’, fazendo com que ele se sentisse ‘um rei, muito bem tratado, cuidado e respeitado o tempo todo’. Theo evidencia que gosta de contrastar o comportamento dessas duas pessoas para que possamos refletir sobre essa prática de pessoas cisgêneras ‘errarem’ o pronome de tratamento e nome de pessoas transgêneras - isso chama-se ‘*misgendering*’, que significa ‘errar o gênero’, e é uma forma de transfobia que as pessoas cis costumam justificar por ‘ainda não terem se acostumado’ ou por ‘não enxergarem’ a pessoa assim como ela é.

Perguntei também se, antes de engravidar, ele ia à/ao ginecologista e a resposta foi positiva. Theo era atendido pelo SUS e conta que teve muitas experiências negativas, sobretudo antes da hormonização quando médicos/as pressupunham suas práticas sexuais, solicitavam exames ‘mais invasivos’ sem a necessidade ‘e daí pra pior’. Antes de encontrar a ginecologista que o atende atualmente, e que trabalha em um ambulatório de atendimento a pessoas trans, relata ter passado por profissionais que exotificavam seu corpo: ‘tinham mil curiosidades de observar as coisas após os hormônios’.

Pergunto, também, como é ser um ‘cavalo-marinho’, isto é, um pai que pariu. Ele me conta que passar pela gestação na condição de transmasculino foi ‘revolucionário’:

‘Revolucionário, senão para outros, para mim. Aprendi muito nesse processo de como gosto de viver, de como me construo em sociedade, do meu corpo, das minhas potencialidades, de representatividade. Foi uma missão de muita responsabilidade no geral, fui procurado por muitos rapazes trans que se sentiram motivados com esse ato, pude trazer esperança pra minha comunidade de mais uma possibilidade de construir aquela família que, muitas vezes, nos são negadas pela transfobia cotidiana. (...) É único. Como eu costumo dizer para meus amigos cisgêneros: se você não pode gestar, lamento, limitação tua, eu não a tenho, portanto fiz. Acompanhar um bebê se desenvolvendo em seu corpo é incrível, ver que uma parte de ti habita esse mundo, mais ainda, é realmente de admirar a capacidade que temos de sermos artesãos da vida. Obviamente que nem tudo são flores, e que durante esse processo têm-se também momentos de crises, sentimentalismos e outras mil coisas normais para um corpo bombardeado de hormônios, mas que, com certeza, hoje consigo sentir e refletir com mais tranquilidade que cada segundo valeu a pena.’ - Theo, 24 anos

Ele me conta que sua identidade é questionada quando descobrem que a criança saiu dele pois ninguém entende que a gestação paterna é possível e que, pelo fato de sua esposa ser uma mulher trans, 'não há um indivíduo cisgênero para atribuírem um local de legitimidade senão o que nós mesmos definimos'.

Troco mensagens também com Felipe Azevedo Souza, homem trans negro pansexual que mora na periferia de Belo Horizonte (MG). Ele possui ensino médio completo e trabalha como operador de telemarketing.

Ele compartilha a paternidade com seu 'namorado/marido', que é um homem cis gay negro. Sua gravidez 'foi um susto', já que ele estava há alguns meses sem fazer a aplicação de testosterona devido a questões pessoais e imaginava não ser mais possível engravidar devido ao tempo que possui de hormonização. Felipe me conta que milhares de coisas passaram pela cabeça dele quando descobriu, sobretudo o que ele julgava ser uma falta de condições psicológicas, tendo negado a gravidez no começo. Mas, com o apoio do namorado e com o vínculo que criou com a criança ainda na barriga, tudo mudou. Como já havia parado de se hormonizar, ele não precisou interromper a hormonização, e assim que soube da gravidez começou o pré-natal, ultrassonografias e também a tomar vitaminas que ajudassem no desenvolvimento do bebê. E acrescenta 'claro que com toda a dificuldade de ser um homem barbado com barrigão né'.

A gestação do Felipe foi acompanhada por uma entidade privada através do plano de saúde disponibilizado pela empresa em que trabalha e o trabalho de parto foi realizado com uma doula. Ele me explica que foi bem atendido de modo geral, ainda que houvesse uma médica que tivesse o tratado com 'indiferença e ignorância'. Perguntei se ele percebeu se a transfobia, racismo e homofobia ou bifobia interferiram na forma como foi atendido no hospital (desde o recepcionista até a médica) e ele me responde, por mensagem de texto:

'Com certeza interferiram, eu sempre me sentia desconfortável com isso sempre me olhavam como se eu fosse uma aberração eu ficava irritado querendo que acabasse as consultas logo. Teve uma vez em que eu tava passando muito mal esses mal de gestação mesmo dai nesse dia por azar meu namorado não pode me acompanhar porque ele sempre ia comigo, dai a mesma médica que me maltratou no plantão do dia que estava em processo de parto foi que me atendeu entrei na sala e expliquei toda a situação mas ela me olhava com desprezo nem ao menos prestava atenção no que tava me fazendo passar mal me tratou no feminino e mal me examinou sem nem saber o que eu realmente eu tinha, praticamente me expulsou da sala me despachando pra tomar medicamentos na veia em outra parte do hospital sai de lá

chorando muito nervoso e reclamei com uma das enfermeiras que me levou pra outra sala pra tomar os medicamentos, ela me aconselhou fazer reclamação sobre a médica mas eu tava muito nervoso e mal só queria sair logo de lá e correr pra casa, tb eu sempre tinha medo de tudo por conta de ter apanhado na minha empresa tb por preconceito de um dos colegas de trabalho e a empresa não ter feito nada então tudo me causava medo em qualquer lugar e situação.’ - Felipe, 23 anos

Enquanto leio, sinto algo parecido como um soco no estômago. Felipe foi vítima do terrorismo cisgênero através de um homem cisgênero que trabalha com ele e da empresa que nada fez. Isso o deixou com o psicológico abalado e ele não conseguiu realizar a denúncia da médica (assim como deve ter deixado de fazer diversas outras coisas). Enquanto escrevo isso, penso em quantos Felipes existem por aí. Em quantos ainda se tornarão Felipes. As formas mais cruas e cruéis de terrorismo cisgênero me consomem por um instante - todo dia, todo, todo dia tem uma notícia de alguma pessoa trans assassinada ou suicidada no meu *facebook*. A maioria é do Brasil. O medo de ser Felipe. O medo da minha própria história. O medo de que outros/es sejam Guilherme Calixto. Felizmente, recebo uma mensagem do Caetano me chamando para ir assistir *Homem de Ferro 2*. Saio do transe. Salvo pelo amor, mais uma vez.

Pergunto se Felipe ia à/ao ginecologista antes de engravidar e ele me diz que não porque se sente invadido, além de ter vergonha e medo de passar por preconceitos. Até agora, só foi uma vez à/ao ginecologista, logo após o parto - com retorno após 6 meses. Assim como fiz com Theo, conversei com Felipe sobre ser um cavalo-marinho e, para minha surpresa, ele desconhece o termo. Depois que explico, ele me conta que é ‘incrível’, e continua:

‘Mesmo com as pequenas partes ruins é uma sensação inexplicável é algo que só sendo pra saber, toda essa ligação com o próprio filho desde quando só tá a sementinha crescendo já barriga até o momento de poder tê-lo nos braços, poder cuidar cada dia ter uma nova descoberta são coisas simples mas que se tornam tão importante e confortante. Eu amo ser pai.’ - Felipe, 23 anos

Também me conta que algumas pessoas colocam sua identidade em cheque ao descobrirem que ele quem pariu o próprio filho. Ele também comenta que a gravidez foi um período muito difícil, pois além das dificuldades que uma gravidez já possui ‘tinha a dificuldade de ser um homem gestante’, dizendo ser vítima de ‘preconceito por todos os lados, tinha que ficar me reafirmando enquanto homem o tempo todo, olhares [de] ódio, pessoas ignorantes’.

Entrevisto via mensagem online também Guilherme Augusto Prado. Guilherme é uma pessoa não-binária parda e bissexual de 21 anos que mora na área periférica de Londrina (PR). Ele<sup>35</sup> tem o ensino fundamental completo e trabalha em dois empregos: como barbeiro durante o dia e em uma hamburgueria durante a noite.

Diferente dos outros rapazes, ele é pai solo - planejou a gravidez junto da ex-mulher e juntos conseguiram gerar a criança, mas terminaram o relacionamento no começo da gestação. Me conta que antes não conseguia se imaginar carregando um corpo dentro de si, mas que preferiu ter uma criança cedo porque pretende voltar a se hormonizar algum dia e também 'pra conhecer um tipo de amor inocente e sincero, sem julgamento por eu ser ou deixar de ser trans'.

Assim como Felipe, Guilherme já havia interrompido a hormonização e em torno de dois anos antes começou a tomar vitaminas. Guilherme está grávido e acompanha sua gestação pelo Sistema Único de Saúde, através da clínica Cisnepar, após ter sido encaminhado para lá pela UBS de seu bairro. Ele se sente bem atendido por médicas/os e enfermeiras/os, dizendo não ter nada a reclamar. Explica que as/os profissionais de saúde conhecem sua história e o ajudam muito, não só pelas consultas, mas também por ajudá-lo psicologicamente. Seu nome social é respeitado nos atendimentos e fichas médicas e confessa: 'não achei que o atendimento seria assim..'

Ele me explica que a filha foi gerada no litoral do Paraná e que assim que o relacionamento com sua ex terminou, ele se mudou para a casa dos pais em Londrina.

'Lá no litoral os médicos não eram muito preparados... As consultas que marcavam pra mim eram confusas e fora do período gestacional em que a neném estava... Mas em Londrina realmente não tenho nada a reclamar sobre questões médicas. Me sinto confortável nos hospitais! Lá e minha casa são os únicos lugares que sou bem tratado e respeitado.' - Guilherme, 21 anos

Sobre os exames ginecológicos antes da gravidez, ele me responde que fez o exame de papanicolau uma vez, quando decidiu parar com os hormônios há dois

---

<sup>35</sup> Nem todas as pessoas não-binárias querem ser tratadas com pronomes neutros. É necessário perguntar qual o pronome de tratamento que a pessoa utiliza. No caso de Guilherme, são pronomes masculinos.

anos. Ele conta que foi realizar o exame sozinho, sentindo-se muito desconfortável e com muita vergonha. O médico o tratou de forma ríspida, sem nem estabelecer contato visual - ou seja, sem nem o olhar nos olhos.

Ele me conta que sim, sua identidade e paternidade são colocadas em xeque quando as pessoas sabem que ele está grávido 'pois com a não-binariedade lido com o papel de mãe e pai... mas muitas vezes as pessoas não sabem lidar com isso e esquecem minha identidade'. Mas não se desanima: 'mamãe hoje em dia tem orgulho de dizer que tem um filho trans e que vai ter o primeiro neto'.

Ao contar mais sobre sua experiência enquanto cavalo-marinho, ele diz que 'a sensação é ótima, tirando as dores que mts<sup>36</sup> romantizam (...) sentir os movimentos do bebê, a ultrassom é sempre um momento de nostalgia... Por ver e acompanhar o crescimento, ver que está tudo bem... Isso tranquiliza muito e deixa muito ansioso'. Pergunto como é para ele passar pela experiência da gravidez e ele explica que no começo foi muito difícil devido ao fim do relacionamento em que estava, assédios morais no trabalho e preocupações sobre se ele aguentaria até o final da gestação ou não. Peço mais detalhes, se possível, sobre esse assédio e ele comenta sobre o caso, que aconteceu na hamburgueria. Depois de contar para sua chefe soube que ele era trans, ela comentou sobre isso com os colegas de trabalho de Guilherme, que começaram a zombar e 'pegar no pé' dizendo que ele 'era um homem puro e tinha que trabalhar como um'<sup>37</sup> ou então que o que ele tinha não era uma gravidez, mas uma doença. Assim como a empresa do Felipe, a chefe do Guilherme nada fez, não o trocou de função e nem deu uma advertência aos transfóbicos, tornando-se uma.

'Então tive que ir aguentando calado... Tinha dias que ia pro banheiro sofrer lá pra não sofrer mais discriminação e por conta de não ter ninguém pra desabafar sobre o que estava passando lá dentro. Mas tinha que suportar pra poder dar uma condição futura boa pra minha filha' - Guilherme, 21 anos

O fato me entristece e antes de eu ser absorvido novamente pelo pânico gerado pelo terrorismo cisgênero recebo uma mensagem da Jéssica - estamos

---

<sup>36</sup> Optei por deixar a palavra abreviada tal como ele me enviou pois não sei se omitir a flexão de gênero é uma estratégia para neutralizar a linguagem.

<sup>37</sup> Muitas vezes, antes de uma agressão, pessoas transmasculinas escutam frases como 'você não quer ser homem? Vai apanhar como um!' ou 'você é homem ou não? Aguenta!'. No Caso de Guilherme, observamos uma derivação dessa forma de violência.

discutindo sobre se passar os seios nas costas de alguém conta como uma espanhola. Eu acho que sim, ela acha que não. Mais uma vez sou salvo pelo amor - e por muitas risadas.

Alguns dias depois retorno a escrita. Resta acrescentar algumas contribuições sobre os direitos reprodutivos de boycetras, pessoas não-binárias afab e homens trans. Enquanto conversava com Ana Thaís, a médica ginecologista e obstetra cujo contato peguei naquela conversa da Casa1, ela falou que além do método tradicional a pessoa pode realizar inseminação artificial (em clínica) e caseira (na qual é necessária a doação de sêmen fresco, que é inserido na vagina com uma seringa) ou fertilização *in vitro*, que é a fertilização *in vitro* dos óvulos e implante do embrião no útero. Mas é importante entender também o direito de a pessoa não querer seguir com alguma gravidez, o que pode se dar por vários motivos e deveria ser respaldado legal e institucionalmente.

No final da última seção comentei sobre o estupro corretivo e aborto, e retomo esse tópico agora com as reflexões de Kaio Lemos, que já foi apresentado. Kaio nos faz entender que 'se para uma mulher cis é negado o direito ao aborto, para transmasculinos é negado duas vezes. Primeiro pela moral de que não se pode abortar e segundo porque é negada sua condição masculina', adicionando que pessoas transmasculinas, assim como mulheres cis lésbicas, enfrentam também a violência do estupro corretivo. Entretanto, no caso de mulheres cis, o Estado consegue compreender essa violência, o que não ocorre para pessoas transmasculinas devido à invisibilidade que assola esse grupo. Sobre o tema do aborto, de modo geral, ele traz reflexões importantes:

'Estamos falando de aborto legal, ilegal? como é um aborto ilegal para um transmasculino? Quais os impactos sociais que isso vai causar e os impactos físicos que ele vai vivenciar? E se for legal? É acessível para um homem trans?' - Kaio, 40 anos

Além disso, ele chama atenção para as diferentes realidades dos territórios brasileiros como fator que pode determinar o acesso e a qualidade de diversos serviços públicos - talvez essa tenha sido a característica mais marcante de sua fala enquanto conversávamos, e embora não se encaixe muito bem aqui, precisava ser dita.

Por último, entrevistando Lu Fortes, não-binária que comentei nessa pesquisa, ela chama atenção para a pouca ou nenhuma rede de apoio que uma pessoa transmasculina teria, hoje, em caso de aborto, já que as redes que ela conhece são de feminismo cisgênero e branco. Se eu engravidar amanhã e precisar abortar vou ter apoio das organizações feministas que listei anteriormente, como Tamo Juntas ou Woman Help Woman? Boto mais fé na minha rede transviada de afetos.

Por tudo isso, podemos compreender que são necessárias algumas mudanças no Sistema Único de Saúde para que os direitos sexuais de homens trans, boycegas e pessoas não-binárias afab sejam respeitados. O SUS precisa entender que homens trans, boycegas e pessoas não-binárias existem e que possuem capacidade reprodutiva, deixando de operar a (já explicada) esterilidade simbólica descrita por Mônica Angonese (2016). Outro ponto importante que não deve ser ignorado é o acesso a formas de reprodução assistida, como fertilização *in vitro* e inseminação artificial, assim como a possibilidade do congelamento de gametas antes de se iniciar a hormonização, e a possibilidade da criança ser registrada com um ou dois pais - que não é uma questão que abrange só a homoparentalidade mas também à parentalidade trans.

Além disso, o atendimento a esses (e todos os corpos) deve ser humanizado, observada especial atenção para o respeito a quem são, seja em sua identidade de gênero, gênero, raça, sexualidade ou quaisquer outros marcadores.

Também há a necessidade de que o SUS dê suporte a todes que, caso engravidem, optem por não seguir com a gravidez. O aborto seguro, legal e gratuito deve ser garantido para todas, todos e todes, e não deve ser uma pauta que visa somente à saúde das mulheres, visto que o trabalho reprodutivo não é de exclusividade delas.

Por último, acrescento também que a discussão precisa ser a favor não só do direito de que as pessoas decidam quantos filhos ter e em qual momento da vida, mas também de com quantas pessoas deseja-se compartilhar a parentalidade. Assim, famílias não-nucleares como a que eu desejo serão reconhecidas e, portanto, possuirão os mesmos direitos que famílias nucleares.

## Uma análise das políticas públicas existentes

Para compreender se existem políticas públicas brasileiras voltadas para a saúde sexual e reprodutiva de homens trans, boycetas e pessoas não-binárias afab, busquei por iniciativas que falassem sobre direitos reprodutivos e sexuais, homens e pessoas trans. Encontrei seis iniciativas relevantes: i) uma cartilha chamada ‘Homens Trans: vamos falar sobre prevenção de infecções sexualmente transmissíveis?’, que é uma segunda versão da cartilha ‘Saúde dos Homens Trans e Pessoas Transmasculinas’; ii) uma cartilha chamada ‘Saúde Sexual e Reprodutiva: os homens como sujeito de cuidado’; iii) Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem; iv) Política Nacional de Saúde Integral LGBT; v) uma edição dos Cadernos de Atenção Básica chamada ‘Saúde Sexual e Reprodutiva’ e; vi) cadernos 1 e 2 da série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos.

Em julho de 2018 foi lançada a primeira cartilha voltada para a atenção à saúde sexual de pessoas trans que possuem o sistema genital ovariado, chamada ‘Saúde do Homem Trans e Pessoas Transmasculinas’. Seu conteúdo foi elaborado pelo Instituto Brasileiro de Transmasculinidade (Ibrat) e o Núcleo de Homens Trans da Rede Nacional de Pessoas Trans do Brasil (Rede Trans) em parceria com o Ministério da Saúde e profissionais de saúde. Nele, explicava-se sobre identidade de gênero e orientação sexual, quem são os homens trans e alguns aspectos do seu universo, como o uso de *packer*<sup>38</sup>, *pump*<sup>39</sup>, *binder*<sup>40</sup> e *minoxidil*<sup>41</sup>, passando pelo aparelho genital e reprodutivo dos mesmos, com informações sobre gestação, detalhes sobre a hormonização, cirurgias de afirmação de gênero e prevenção a ISTs. Entretanto, no dia 2 de janeiro de 2019, seis meses depois de seu lançamento e um dia após a posse de Bolsonaro, a cartilha foi retirada do ar para ser revisada, pois, segundo Luiz Henrique Mandetta, o então ministro da Saúde, o documento possuía informações sem embasamento científico e equivocadas. 27 dias depois, no dia nacional da visibilidade trans, a cartilha foi relançada, sob o nome de

---

<sup>38</sup> Prótese peniana realista que pode ter diferentes finalidades, tais como: i) fazer volume genital; ii) urinar em pé; iii) fazer sexo.

<sup>39</sup> Também conhecido como *pumping*. Pump diz respeito à ferramenta que é utilizada na prática do pumping, que é uma técnica de aumento do tamanho do clitóris.

<sup>40</sup> Faixa ou colete que serve para comprimir os seios, diminuindo visualmente seu tamanho e provocando um efeito visual de tórax sem seios.

<sup>41</sup> Produto utilizado para estimular o crescimento de pelos faciais e que também auxilia em casos de calvície.

‘Homens Trans: vamos falar sobre prevenção de infecções sexualmente transmissíveis?’, agora sem as imagens que ilustravam o texto, ficando bem mais ‘light’, já que as mesmas mostravam o que é um packer e como realizar prática do pump.

Além disso, a primeira cartilha possuía uma informação de prevenção sexual que é comumente recomendada, ainda que pouco funcional, para que pessoas com vagina que fazem sexo com outras pessoas na mesma condição: cortar uma camisinha peniana e fazê-la de barreira de proteção para o sexo oral. O Ministério da Saúde elaborou um documento justificando as modificações, e, sobre este tópico, a explicação foi de que, ainda que essa seja uma prática comum, não existe legislação que permita o órgão a indicar usos alternativos de preservativos que não estejam nas orientações do fabricante. Também modificaram o conteúdo sobre o pump, que agora não mais explica como fazê-lo, mas adverte sobre a falta de evidências científicas sobre sua eficácia, assim como o risco de lesões e infecções que a prática possui.

No site do Ministério da Saúde está disponibilizada a nova versão da cartilha, assim como o documento que justifica as mudanças feitas<sup>42</sup>. Por sua vez, a Rede Trans Brasil mantém disponível online a primeira versão da cartilha, que pode ser encontrada em seu site<sup>43</sup>. Na primeira cartilha há informações sobre a possibilidade de pessoas transmasculinas engravidarem, informação que foi retirada na revisão do governo, ainda que ela possua um desenho de uma pessoa transmasculina negra grávida.

Também em 2018 houve a publicação do material ‘Saúde Sexual e Reprodutiva: os homens como sujeito de cuidado’<sup>44</sup>, relacionado à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, que tem o objetivo de sensibilizar gestores e profissionais de saúde sobre o papel do homem na saúde sexual e reprodutiva. O material dispõe sobre métodos contraceptivos ‘masculinos’ (cis), disfunções sexuais e reprodutivas, cânceres relacionados aos órgãos sexuais ‘masculinos’, ISTs e

---

<sup>42</sup> Acesse através de <<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2019/homens-trans-vamos-falar-sobre-prevencao-de-infecoes-sexualmente-transmissiveis-versao>> último acesso em 26/04/2020.

<sup>43</sup> Acesse através de <<http://redetransbrasil.org.br/2018/04/27/cartilha-homem-trans/>> último acesso em 26/04/2020.

<sup>44</sup> Acesse através <<https://drive.google.com/file/d/1bg-kZWQm6mSHoat8i9sZAU4Y9S8fCfq/view?usp=sharing>> último acesso em 26/04/2020.

sexualidade de adolescentes, pessoas idosas e com deficiência. A única menção que é feita aos homens trans diz respeito ao respeito ao nome social, não incluindo suas demandas de saúde na cartilha.

Olhando mais especificamente para a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, criada em 27 de agosto de 2009 e atualmente regulamentada pela Portaria de Consolidação nº 2 de 28 de setembro de 2017, percebe-se que ela trata de diversos assuntos, tal como da população privada de liberdade, que em sua maioria é negra e masculina, alcoolismo e tabagismo, especificidades de saúde para a pessoa com deficiência, além de tratar sobre adolescência e velhice. O material também aborda os direitos reprodutivos e sexuais dos homens, enfatizando a importância de se exercer uma paternidade responsável e do envolvimento do homem na 'gravidez, parto, pós-parto e educação da criança' (BRASIL, 2018). Entretanto, a política em si não cita os homens trans ou quaisquer um dos matizes da transmasculinidade, ainda que tenha, em seus objetivos, a missão de desenvolver estratégias voltadas para a equidade em diversos grupos sociais, dentre eles o de transexuais - o que evidencia a invisibilidade destes grupos. Mas isso já era de se esperar, devido à cisnormatividade.

É necessário que as políticas voltadas para homens abranjam a todos os homens, em sua diversidade racial, étnica, sexual, corporal, de classe, idade, território e de identidade de gênero. Sem isso, as políticas públicas não cumprem sua promessa, não se dirigem a todos os homens, mas só para aqueles que são socialmente legitimados como homens, contribuindo a para a manutenção e intensificação da cisgeneridade, que possui caráter estrutural, por meio de medidas institucionais. Assim, podemos entender que, ao produzir políticas públicas que pretendem abranger todos os homens mas que só atendem ao homem cisgênero, o Estado estabelece um pacto silencioso com a cisgeneridade, ajudando-a a se estruturalizar e institucionalizar no dna do Brasil.

Existe também a Política Nacional de Saúde Integral LGBT (PNSILGBT), a qual podemos esperar um olhar especial para as necessidades de cuidados de saúde para homens trans, boyceatas e pessoas não-binárias afab. Por isso, daremos uma atenção maior a essa iniciativa. Essa política integra o Programa Mais Saúde - Direito de Todos, que foi lançado em 2008 e tem por objetivo reorientar as políticas de saúde a fim de ampliar o acesso a serviços de qualidade. A PNSILGBT vem de um amplo processo histórico iniciado a partir das lutas do movimento LGBTI

brasileiro em meados dos anos 1970, passando pelas demandas sanitárias de grupos gays referente à epidemia de HIV/Aids e organização de grupos lésbicos a partir dos anos 80, à mobilização de travestis em prol do atendimento de suas demandas específicas ao longo da década seguinte - lutas que possibilitaram que direitos e demandas LGBTI se infiltrassem no debate público e resultassem em respostas institucionais do Estado brasileiro a partir, principalmente, dos anos 2000.

É devido a esse contexto que a 12º Conferência de Saúde, realizada em 2003, começa a pautar direitos LGBT para que então, quatro anos mais tarde, em 2007, na 13º Conferência de Saúde, identidade de gênero e orientação sexual fossem incluídas na 'análise de determinação social da saúde' (BRASIL, 2013). No ano seguinte é realizada a I Conferência Nacional de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, em que foram discutidos temas referentes a 18 ministérios, dentre eles o da Saúde, que levou ao debate os princípios da Política LGBT, garantindo assim sua legitimidade. Em 2009 a Política é aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde, sendo instituída em dezembro de 2011 pela Portaria nº 2.836.

Relacionado a metas e ações - mais especificamente à meta 1.11, que prevê a promoção de 'ações de enfrentamento das iniquidades em saúde para grupos populacionais vulneráveis (negros, quilombolas, LGBT, ciganos, campo, floresta e águas, em situação de rua, entre outros)' (BRASIL, 2010) - a Política é marcada pelo reconhecimento das consequências da discriminação para a saúde de pessoas LGBT, buscando consolidar o SUS como sistema universal, integral e equitativo a partir da erradicação da discriminação e preconceito institucional. Assim, a PNSILGBT busca principalmente combater o preconceito de profissionais de saúde no atendimento a pessoas LGBT.

Entretanto, a iniciativa mantém intactas algumas estruturas que influenciam na produção da saúde, como é o caso da cisgeneridade e da norma endosexual. Um exemplo disso é a inexistência de serviços ginecológicos, de obstetrícia e de mamografia para homens trans, boycetas e pessoas não binárias designadas mulheres ao nascer (afab) em toda a extensão dos serviços do SUS. Da mesma forma, não existe a possibilidade de congelamento de gametas ao se iniciar a hormonização pelo SUS. Para não dizer que não existe sob nenhuma possibilidade serviços ginecológicos para este público, em São Paulo existem duas Unidades Básicas de Saúde (UBS) que realizam a hormonioterapia e demais atendimentos

que pessoas trans necessitam: a UBS da República e a da Santa Cecília - e isso é pouco. É necessário repensar a forma como produzimos saúde pública e não apenas criar nichos de atendimento.

Este vazio institucional faz parte do que Angonese (2016, 2017) chama de esterilização simbólica, conceito criado para conter a ideia de que a cisheteronormatividade reprodutiva torna as noções de reprodução e parentalidade como impensáveis para 'corpos constituídos pela ideia da abjeção' (no caso, os corpos trans).

Assim, a Política Nacional de Saúde Integral LGBT falha em sua proposta, já que ela se traduz como manutenção de um sistema de poder que ela, por definição, deveria combater - a cisgeneridade. A menos, é claro, que essa política nunca tenha sido pensada para incluir as pessoas trans em sua integralidade (e também intersexo). Por trás da invisibilidade, do não-lugar e do suposto vazio ou lacuna há um projeto político de marginalização e exclusão desses corpos - e portanto, da manutenção da ordem e privilégios cisgêneros - sendo esta uma forma de cissexismo institucional que reflete o cissexismo estrutural no qual se funda a própria medicina ocidental moderna. Ou seja, se atualmente não há no SUS um atendimento pleno às pessoas transmasculinas, tendo em vista principalmente seus direitos reprodutivos e sexuais, isto é reflexo da forma como a medicina é pensada como um todo, seguindo um pensamento de que seios e sistema reprodutor ovariano são características apenas de mulheres - e que esse corpo tem como função a reprodução.

Para que o pacto entre Estado e a cisgeneridade seja desconstruído precisamos que o atendimento integral à saúde da população trans, incluindo o que diz respeito aos seus direitos sexuais e reprodutivos, não seja exclusivo de algumas unidades de atendimento, passando de ser exceção para ser a regra: uma regra de produção de saúde pública que seja anti-cisheteropatriarcal, contra a supremacia da norma endossexual e antirracista.

Assim, conclui-se que as medidas voltadas para a saúde de homens e pessoas LGBTIs não abrange os direitos sexuais e reprodutivos de homens trans, boycetas e pessoas não-binárias. Resta saber o contrário; se as iniciativas para a questão reprodutiva e sexual englobam estes grupos.

Começamos pela edição do Cadernos de Atenção Básica que se chama Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva, tendo sido lançada em 2013. 'A atenção em saúde sexual e em saúde reprodutiva é uma das áreas de atuação prioritárias da Atenção Básica à saúde' - essa é a primeira frase do documento. Ao longo de sua apresentação, o Ministério da Saúde assume que as medidas voltadas para saúde sexual e reprodutiva são mais voltadas para a saúde reprodutiva de mulheres (cis) adultas, com poucas ações que envolvam os homens (cis), destacando-se os cuidados ao ciclo gravídico-puerperal e à prevenção de cânceres como o de colo de útero e de mama. A edição possui um capítulo detalhado sobre a população LGBT, no qual há o reconhecimento de que este é um grupo formado por 'diferentes formas de expressão da orientação sexual e da identidade de gênero', além de reconhecer o preconceito e a discriminação como fatores de vulnerabilidade que se tornam determinantes e condicionantes da saúde dessa população (BRASIL, 2013).

O documento possui algumas indicações de como políticas públicas podem orientar e incentivar o sexo seguro entre LGBTs. A começar pelas lésbicas, é recomendado que as ações preventivas constem 'orientações sobre higiene antes, durante e depois do ato sexual, como a higienização das mãos e unhas (bem aparadas), uso de protetores manuais (luvas de borracha) para o sexo manual, barreiras no caso de sexo oral e utilização de preservativos masculinos nos acessórios eróticos' (BRASIL, 2013). O próximo grupo abordado é o de homens (cis) gays e bissexuais e travestis. Cita-se a relevância de se realizar o exame proctológico, também conhecido como exame de toque, regularmente a fim de prevenir problemas no ânus e reto, assim como o câncer de próstata. Também é recomendado o exame urológico e a devida higienização do pênis, para evitar câncer de pênis e testículos e infecções, além do uso de gel lubrificante à base de água.

No que diz respeito à população trans, o primeiro ponto diz sobre o respeito ao nome social utilizado pela pessoa, tratando depois do uso de silicone industrial e uso abusivo de hormônios como práticas altamente prejudiciais à saúde. Recomenda-se que os/as profissionais de Atenção Básica busquem encaminhar pessoas trans que estejam realizando essas práticas sem controle e prescrição médica para a atenção especializada.

As recomendações terminam por aí. Não se diz nada a respeito de mulheres (cis e trans) bissexuais, homens trans, boycetas, pessoas não-binárias, pessoas intersexo ou pessoas assexuais (e seu direito de não querer fazer sexo sem que sejam patologizados).

Por último, resta analisar dois documentos da série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, os cadernos 1 e 2. O primeiro caderno chama-se 'Direitos Sexuais e Reprodutivos - uma prioridade de governo'<sup>45</sup> e foi lançado em 2005, enquanto o segundo 'Direitos Sexuais, Direitos Reprodutivos e Métodos anticoncepcionais'<sup>46</sup> e foi lançado em 2009.

O primeiro caderno trata mais especificamente da política de planejamento familiar, contando com propostas e diretrizes para o período de 2005 a 2007, nas quais constam a elaboração e distribuição de manuais técnicos e cartilhas educativas, aumento da oferta de métodos anticoncepcionais reversíveis no SUS, assim como ampliação do acesso à esterilização cirúrgica voluntária, um Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, atenção em reprodução humana assistida via SUS, à saúde sexual e reprodutiva de adolescentes e jovens e homens e mulheres em situação de prisão. Contém também um capítulo sobre a implementação de serviços de atenção à mulheres e adolescentes vítimas de violência sexual e doméstica e atenção humanizada para mulheres em situação de abortamento. O segundo caderno é mais voltado para a sociedade e tem como objetivo informar sobre os métodos anticoncepcionais existentes, além de abordar questões relacionadas ao sexo seguro, gestação, funcionamento do corpo das mulheres (cis) e homens (cis), da relação sexual (cisgênera e heterossexual), além de abordar sobre as ISTs. Em ambos materiais não consta nenhuma menção à população trans, nem à população LGBTI de modo geral.

A única medida voltada para a promoção dos direitos sexuais e reprodutivos de homens trans, boycetas e pessoas não-binárias afab é a cartilha voltada para essa população - entretanto, ela não diz respeito à questão reprodutiva e o que é dito sobre sexualidade, na nova versão gerada pelo governo federal, invisibiliza as

---

<sup>45</sup> Para ter acesso ao conteúdo clique em: [https://drive.google.com/file/d/19Zk2ccyFL305tLcLQtHJ3dBCmy1Jxbj\\_/view?usp=sharing](https://drive.google.com/file/d/19Zk2ccyFL305tLcLQtHJ3dBCmy1Jxbj_/view?usp=sharing) último acesso em 27/04/2020.

<sup>46</sup> Para ter acesso ao conteúdo clique em: <https://drive.google.com/file/d/1t1NGDmOTfQZfRthB5GqSzfRafyTMB95b/view?usp=sharing> último acesso em 27/04/2020.

especificidades desses grupos. Assim, não há ações do governo federal voltadas para fazer com que homens trans, boyceatas e pessoas não-binárias tenham seus direitos sexuais e reprodutivos levados em consideração pelas políticas, programas, ações e profissionais do Sistema Único de Saúde.

Além disso, nenhuma das iniciativas analisadas possuem alguma relação entre si - o que poderia/deveria ser feito, já que se inter relacionam - e todas elas parecem ser ações com poucas reverberações práticas de implementação, já que não foram encontradas maiores informações a este respeito.

Das seis iniciativas analisadas, cinco corroboram com a manutenção da cisgeneridade de alguma forma e a que se propõe a quebrar com esse paradigma acaba sendo incompleta em sua proposta.

Do primeiro grupo citado, três nem sequer citam a existência de pessoas trans - cartilha sobre saúde sexual e reprodutiva dos homens, Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem e cadernos 1 e 2 da série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos - e as duas restantes reduzem as demandas de saúde dessa população à cirurgia de redesignação sexual, hormonização e nome social, mesmo quando pretende-se oferecer um atendimento integral - como é o caso da Política Nacional de Saúde Integral LGBT e a edição dos Cadernos de Atenção Básica que trata sobre saúde sexual e reprodutiva.

Por último, a cartilha 'Homens Trans: vamos falar sobre prevenção de infecções sexualmente transmissíveis?' é voltada apenas para a questão sexual, mas mesmo assim não fornece informações sobre práticas de prevenção possíveis para o grupo para o qual é direcionado, o que reflete não só a quase inexistência completa destas práticas como também uma escolha política de não fomentar estudos para a criação de métodos preventivos eficazes e funcionais.

A ausência de políticas públicas voltadas para os direitos sexuais e reprodutivos de boyceatas, pessoas não-binárias e homens trans pode ser explicada a partir do estudo realizado por Pires (2019), que indica que uma das formas de (re)produção de desigualdades em políticas públicas está relacionada aos seus arranjos e instrumentos. Isto é, esses grupos não participaram do processo de formulação (ou reformulação, no caso da cartilha voltada para homens trans) dessas iniciativas, ficando também sem a representação institucional de seus interesses. Isto é, homens trans, boyceatas e não-binárias não participaram da

elaboração de nenhuma das políticas analisadas. Do mesmo modo, o grupo não faz parte da elaboração de políticas voltadas para saúde ginecológica, o que resulta na invisibilização desses sujeitos e de suas demandas.

Isso pode ocorrer devido ao fato de que esses são sujeitos políticos relativamente novos no cenário brasileiro e ainda estão no início da organização política de suas demandas - no entanto, essa invisibilização histórica, por sua vez, é resultado do cissexismo. Fato é que esse silêncio mantém e aumenta a (re)produção de desigualdades de pessoas cisgêneras sob pessoas transgêneras, sendo esta uma forma de injustiça de reconhecimento.

É válido resgatar a entrevista com Theo Brandon, que relatou que as/os profissionais do SUS queriam registrá-lo como mãe de seu filho, e o resultado do meu exame que nunca chegou; ambas as situações confirmam que os instrumentos utilizados por políticas públicas fixam sentidos pré-concebidos, nesses casos, sentidos que relacionam serviços ginecológicos e o trabalho reprodutivo à mulheridade, impedindo que sujeitos que não são mulheres tenham acesso a esses serviços ou ao direito de que sua reprodução seja tida como legítima.

A conversa com Felipe Azevedo também é útil para a discussão. Quando ele conta que a equipe do hospital o olhava como 'uma aberração', e em uma consulta específica 'com desprezo' sem nem ao menos prestar atenção nos sintomas que o levaram a buscar ajuda médica, Felipe conta como a regulação moral, mas sobretudo biopolítica, de burocratas de nível de rua interferiram no seu acesso à saúde.

Esses exemplos demonstram como injustiças de reconhecimento, neste caso a transfobia e o cissexismo, se manifestam em forma de implementação de desigualdades em políticas, seja pela invisibilidade (ausência de participação no arranjo de políticas públicas que poderiam/deveriam abranger esses grupos) ou pelo desrespeito (regulação moral). Essa (re)produção de desigualdades, por sua vez, traduz-se como manutenção de um sistema de poder - a cisgeneridade - o que acaba por retroalimentar esse ciclo vicioso.

## Provocações

Como já foi dito, Nancy Fraser (2001) separa as múltiplas formas de desigualdades em injustiças de ordem distributiva e de reconhecimento, categorizando as formas de enfrentá-las como remédios afirmativos ou remédios transformativos e assumindo a existência de comunidades bivalentes, isto é, que necessitam de remédios para ambas as questões.

Essa pesquisa demonstrou como um tipo de injustiça de reconhecimento possui consequências para o acesso à saúde sexual e reprodutiva de transmasculinos e não-binários afab, o que abre margem para novos paradigmas de redistribuição e reconhecimento. Isto é, um tipo de injustiça de reconhecimento (a transfobia e o cissexismo) gera uma injustiça de redistribuição (falta de acesso à saúde sexual e reprodutiva).

Para compreender esse raciocínio é necessário avançar na concepção do que são recursos, considerando também os de natureza não-econômica, como é o caso da saúde, educação e cuidado, por exemplo. Assim, temos que a saúde é um recurso socialmente produzido (em função de algumas estruturas de poder, como a cisgeneridade) e distribuído desigualmente devido à múltiplos fatores, sendo um deles a identidade de gênero.

Isso nos leva a pensar em formas de redistribuição e reconhecimento de saúde para essa (e outras) população(ões), o que implica em repensar a forma como a saúde é produzida a partir de uma mudança no paradigma de quais corpos são reconhecidos e a forma como são reconhecidos pelas estruturas, instituições e pessoas que produzem e distribuem saúde em nossa sociedade. Com isso em mente, é possível pensar em novos paradigmas de produção e distribuição de saúde pública no Brasil baseada no reconhecimento das necessidades de todos os corpos humanos, considerando a ampla gama de intersecções existentes entre os marcadores sociais da diferença.

Além disso, essa concepção deixa explícita a relação intrínseca entre lutas de redistribuição e reconhecimento, permitindo-nos avançar nas lutas por igualdade e justiça a partir do entendimento de que uma necessariamente impacta na outra, desmistificando a suposta incoerência entre identidade e redistribuição.

Há, ainda, muito o que se questionar e avançar a partir do horizonte de análise que Nancy Fraser nos oferece sobre as lutas e os remédios de redistribuição e reconhecimento. Da mesma forma, os estudos voltados para a compreensão da cisgeneridade enquanto estrutura de poder ainda tem muito para se progredir.

Esses são dois caminhos tecem possíveis reflexões que pretendo vislumbrar em futuras pesquisas acadêmicas.

## Conclusão

Através do trabalho autoetnográfico e das entrevistas realizadas conclui-se que o SUS não busca fornecer acesso a serviços que garantem a saúde sexual e reprodutiva de boycetas, não-binárias afab e homens trans. Isso ocorre devido ao cissexismo, que se manifesta através do não reconhecimento de que esses sujeitos demandam atendimentos ginecológicos, obstétricos e de informações sobre métodos de prevenção sexual. Além disso, a análise de políticas públicas mostra a invisibilidade destes grupos e de suas demandas de saúde no que diz respeito aos direitos sexuais e reprodutivos. Esses fatores impedem que o SUS proporcione atendimento integral à saúde dessa população, deixando questionável o caráter universal ao qual ele se propõe.

É urgente que pensemos outros paradigmas para a produção e distribuição de saúde pública no Brasil, oferecendo um atendimento integral de saúde para todos os corpos. Devemos, sobretudo, defender o SUS e apoiar seu desenvolvimento.

## Referências Bibliográficas

**ALMEIDA, Guilherme.** “Homens trans”: novos matizes na aquarela das s?. *Revista Estudos Feministas*, v. 20, n. 2, p. 513-523, 2012.

ANGONESE, Mônica et al. Um pai trans, uma mãe trans: direitos, saúde reprodutiva e parentalidades para a população de travestis e transexuais. 2016.

ANGONESE, Mônica; LAGO, Mara Coelho de Souza. Direitos e saúde reprodutiva para a população de travestis e transexuais: abjeção e esterilidade simbólica. *Saúde e Sociedade*, v. 26, p. 256-270, 2017.

ÁVILA, Maria Betânia. Direitos sexuais e reprodutivos: desafios para as políticas de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 19, p. S465-S469, 2003.

ÁVILA, Maria Betânia. Modernidade e cidadania reprodutiva. *Revista Estudos Feministas*, v. 1, n. 2, p. 382, 1993.

**BAGAGLI, Beatriz.** Cisgeneridade e silêncio. *Transfeminismo.com*: [s.n.], 2014. Disponível em: <<https://transfeminismo.com/cisgeneridade-e-silencio/>>.

BARBOZA, Heloisa Helena. Proteção da autonomia reprodutiva dos transexuais. *Revista Estudos Feministas*, v. 20, n. 2, p. 549-558, 2012.

BATISTA, Monique Cristina Henares; ZAMBENEDETTI, Gustavo. Uma pesquisa-intervenção sobre prevenção às IST/HIV com mulheres lésbicas e bissexuais. *Revista Psicologia em Pesquisa*, v. 11, n. 2, 2017.

Blanco, Mercedes. (2012). ¿ Autobiografía o autoetnografía?. *Desacatos*, (38), 169-178.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva: os homens como sujeitos de cuidado*. Brasília, 2018

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (Princípios e Diretrizes)*. Brasília, 2018.

BRASIL. Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Trata do planejamento familiar. *Diário Oficial da União Institui o Código Civil*. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, p. 561, 15 jan. 1996.

BRASIL. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Área Técnica de Saúde da Mulher. Série A - Normas e Manuais Técnicos; Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos - Caderno nº1. Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade do governo*. Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Série F - Comunicação e Educação em Saúde; Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos - caderno nº2. Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais*. Brasília, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Saúde sexual e Saúde reprodutiva*. Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde sexual e saúde reprodutiva / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 1. ed., 1. reimpr. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013.

BRAZ, Camilo; SOUZA, Érica. A emergência de homens trans como sujeitos de direito no Brasil contemporâneo—demandas, avanços e retrocessos. Encontro Anual da ANPOCS. ANPOCS, Caxambu, Minas Gerais, Brasil, 2016.

BUTLER, Judith. Corpos que pesam: sobre os limites discursivos do “sexo”. O corpo educado: pedagogias da sexualidade. Belo Horizonte: Autêntica, 1999.

CAMPOS, Carmen Hein de et al. Saúde reprodutiva das mulheres: direito, políticas públicas e desafios. 2009.

CARRARA, Sérgio. Políticas e direitos sexuais no Brasil contemporâneo. Bagoas-Estudos gays: gêneros e sexualidades, v. 4, n. 05, 2010.

COELHO, Caia. Um paralelo crítico entre a trajetória de gênero e de cisgênero. Brazil.transadvocate.com: [s.n.], 2017. Disponível em: <<http://brazil.transadvocate.com/sexo/um-paralelo-critico-entre-a-trajetoria-de-genero-e-de-cisgenero/>>

CORRÊA, Sonia. Cruzando a linha vermelha: questões não resolvidas no debate sobre direitos sexuais. Horizontes antropológicos, v. 12, n. 26, p. 101-121, 2006.

CORRÊA, Sonia. Cruzando a linha vermelha: questões não resolvidas no debate sobre direitos sexuais. Horizontes antropológicos, v. 12, n. 26, p. 101-121, 2006.

CORRÊA, Sonia. O percurso dos direitos sexuais: entre margens e centros. Bagoas-Estudos gays: gêneros e sexualidades, v. 3, n. 04, 2009.

CORREIO, Rosângela Angelin. Direitos sexuais e direitos reprodutivos das mulheres: avanços e desafios na construção da democracia. Coisas do Gênero: Revista de Estudos Feministas em Teologia e Religião, v. 1, n. 2, p. 182-198, 2015.

**CURIEL, Ochy.** Palestra proferida no curso intersemestral e internacional 'Estudios Críticos Latinoamericanos en Dis/Capacidad', realizado pela Maestría en Discapacidad e Inclusión Social de la Universidad Nacional de Colombia. Colômbia, ago. 2018. Disponível em: <[https://youtu.be/2non\\_MMVXGc](https://youtu.be/2non_MMVXGc)> Último acesso em 24/08/2020.

**DAMASCO, Mariana Santos;** MAIO, Marcos Chor; MONTEIRO, Simone. Feminismo negro: raça, identidade e saúde reprodutiva no Brasil (1975-1993). Revista Estudos Feministas, v. 20, n. 1, p. 133-151, 2012.

**DAVIS, Angela.** A liberdade é uma luta constante. Boitempo Editorial, 2018.

ESPING-ANDERSEN, Gosta. As três economias políticas do Welfare State. Lua Nova: Revista de Cultura e Política, n. 24, p. 85-116, 1991.

**FONATRANS.** I Festival Afrotransmasculinidades: Alexandre Peixe e Lam Matos. Live no Instagram. 58min 29s. 2020. Disponível em: <<https://www.instagram.com/p/CDpBeT9B7Sf/>> Último acesso: 04/11/2020.

FRASER, Nancy. A justiça social na globalização: redistribuição, reconhecimento e participação. Revista crítica de ciências sociais, n. 63, p. 07-20, 2002.

FRASER, Nancy. Da redistribuição ao reconhecimento. Dilemas da justiça na era pós-socialista, 2001.

HERZER, André (Sandra) Mara; SUPPLY, Eduardo Matarazzo. A queda para o alto. Vozes, 2007.

**JESUS, Jaqueline Gomes de** et al. Transfeminismo: teorias e práticas. , 2a edição, p. 17-32. Rio de Janeiro: Metanoia, 2015.

LEONARDO, Rafaela Cotta, ATHAYDE, Thayz, POCAHY, Fernando Altair. O Conceito de Cisgeneridade e a Produção de Deslocamentos nas políticas feministas contemporâneas. V Seminário Internacional Enlaçando Sexualidades – 10 anos. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2017.

MATTAR, Laura Davis; DINIZ, Carmen Simone Grilo. Hierarquias reprodutivas: maternidade e desigualdades no exercício de direitos humanos pelas mulheres. Interface-Comunicação, Saúde, Educação, v. 16, n. 40, p. 107-120, 2012.

**MBEMBE, Achille.** Necropolítica: biopoder, soberania, estado de exceção, política de morte; traduzido por Renata Santini. São Paulo: n-1 edições, 2018.

**MONTEIRO, Anne Alencar.** CAVALOS-MARINHOS: GESTAÇÃO E MASCULINIDADES TRANS. V Seminário Internacional Enlaçando Sexualidades. 2017.

PEGORER, Mayara Alice Souza; ALVES, Pedro Gonzaga. O reconhecimento dos direitos sexuais e reprodutivos da mulher como direitos fundamentais frente aos novos paradigmas sociais: reafirmando a democracia. XXI Encontro Nacional do CONPEDI. 2012.

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

*PRECIADO, Paul B.* Testo Junkie: sexo, drogas e biopolítica na era farmacopornográfica. São Paulo: n-1 edições, 2018.

PRINCÍPIOS, DE YOGYAKARTA. Princípios sobre a aplicação da legislação internacional de direitos humanos em relação à orientação sexual e identidade de gênero. Observatório de Sexualidade e Política, 2007.

**SANTOS, Silvio Matheus Alves.** O método da autoetnografia na pesquisa sociológica: atores, perspectivas e desafios. Plural, v. 24, n. 1, p. 214-241, 2017.

SOUSA, Adelaine Maria de et al. A política da AIDS no Brasil: uma revisão da literatura. JMPHC| Journal of Management & Primary Health Care| ISSN 2179-6750, v. 3, n. 1, p. 62-66, 2012.

SOUZA, Bruna Bezerra et al. A Política de AIDS no Brasil: uma abordagem histórica. JMPHC| Journal of Management & Primary Health Care| ISSN 2179-6750, v. 1, n. 1, p. 23-26, 2010.

TELO, Shana Vieira. Saúde sexual e reprodutiva: competências da equipe na atenção primária à saúde. 2016.

l 2018

*VERGUEIRO, Viviane.* Por inflexões decoloniais de corpos e identidades de gênero inconformes: uma análise autoetnográfica da cisgeneridade como normatividade. Tese de Doutorado. Dissertação de Mestrado). Programa Multidisciplinar de Pós-graduação, Cultura e Sociedade. Universidade Federal da Bahia, 2015.

VERSIANI, Daniela Beccaccia. Autoetnografia: uma alternativa conceitual. Letras de Hoje, v. 37, n. 4, 2002.

ZAMBONI, Márcio. Marcadores Sociais da Diferença. Sociologia: grandes temas do conhecimento (Especial Desigualdades), São Paulo, v. 1, p. 14-18, 2014.