



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

RICARDO NASCIMENTO

**DIREITOS REPRODUTIVOS E ACESSO À REPRODUÇÃO ASSISTIDA
PARA PESSOAS TRANSMASCULINAS E HOMENS TRANS NO BRASIL –
políticas públicas, perspectiva médica e transvivências**

FLORIANÓPOLIS

2023

RICARDO NASCIMENTO

**DIREITOS REPRODUTIVOS E ACESSO À REPRODUÇÃO ASSISTIDA PARA
PESSOAS TRANSMASCULINAS E HOMENS TRANS NO BRASIL – políticas
públicas, perspectiva médica e transvivências**

Tese submetida ao Programa de Pós-Graduação em
Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa
Catarina, como requisito parcial para a obtenção do
título de doutor em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof^o. Fernando Hellmann. Dr.
Coorientadora: Prof^a. Olga Regina Zigelli Garcia, Dr^a

FLORIANÓPOLIS

2023

Nascimento, Ricardo
DIREITOS REPRODUTIVOS E ACESSO À REPRODUÇÃO ASSISTIDA
PARA PESSOAS TRANSMASCULINAS E HOMENS TRANS NO BRASIL :
políticas públicas, perspectiva médica e transvivências /
Ricardo Nascimento ; orientador, Fernando Hellmann,
coorientador, Olga Regina Zigelli Garcia, 2023.
162 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós
Graduação em Saúde Pública, Florianópolis, 2023.

Inclui referências.

1. Saúde Pública. 2. Direitos Reprodutivos e Reprodução
Assistida. 3. Homens trans e pessoas transmasculinas. 4.
Políticas públicas de saúde. 5. Saúde LGBTQIA+. I.
Hellmann, Fernando. II. Garcia, Olga Regina Zigelli. III.
Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós
Graduação em Saúde Pública. IV. Título.

Ricardo Nascimento

**DIREITOS REPRODUTIVOS E ACESSO À REPRODUÇÃO ASSISTIDA PARA
PESSOAS TRANSMASCULINAS E HOMENS TRANS NO BRASIL – políticas
públicas, perspectiva médica e transvivências**

O presente trabalho em nível de doutorado foi avaliado e aprovado, em 13 de dezembro de 2023, pela banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof^o Rosires Andrade, Dr.
Universidade Federal do Paraná

Prof^a Helena Moraes Cortes, Dr^a
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof^o Rodrigo Moretti-Pires, Dr.
Universidade Federal de Santa Catarina

Certificamos que esta é a versão original e final do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva.

Coordenação do Programa de Pós-Graduação

Prof. Fernando Hellmann, Dr.
Orientador

Florianópolis, 2023

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO

1 INTRODUÇÃO	244
2 OBJETIVO	32
2.1 Objetivo Geral	322
2.2 Objetivos Específicos	322
3 REVISÃO DE LITERATURA	33
3.1 DEOLOGIA DE GÊNERO: A SUA INVENÇÃO COMO INSTRUMENTO DENEGAÇÃO DA DIVERSIDADE SEXUAL	33
3.1.1 A criação da Ideologia de gênero: algumas questões	333
3.2.1 A transgeneridade	388
3.1 HORMONIZAÇÃO E SAÚDE DE PESSOAS TRANSMASCULINAS: ENTRE RISCOSE BENEFÍCIOS	45
3.2 USO E ACESSO À REPRODUÇÃO ASSISTIDA POR PESSOAS TRANSEXUAIS	611
3.3 DIREITOS REPRODUTIVOS A PESSOAS TRANSMASCULINAS NO SUS: A UNIVERSALIDADE AMEAÇADA?	777
3.3 A EMERGÊNCIA DE UMA BIOÉTICA QUEER	83
4 PERCURSO METODOLÓGICO	90
4.1 TIPO DE ESTUDO	90
4.2 FONTES DE DADOS: DOCUMENTOS E PARTICIPANTES DO ESTUDO	90
4.3 COLETA DE DADOS	91
4.4 ANÁLISE DOS DADOS	93
4.5 ASPECTOS ÉTICOS	94
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	95
5.1 POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A POPULAÇÃO LGBTQIA+ COM ÊNFASE NAS QUESTÕES TRANS: CENÁRIO BRASILEIRO	96
5.2 CONHECIMENTOS E PRÁTICAS DE PROFISSIONAIS DA MEDICINA DECLÍNICAS DE RA SOBRE DIREITOS REPRODUTIVOS E REPRODUÇÃO ASSISTIDA PARA PESSOAS TRANSMASCULINAS	108
5.3 CONHECIMENTOS, PRÁTICAS E DEMANDAS DE PESSOAS TRANSMASCULINAS RELACIONADOS AOS DIREITOS REPRODUTIVOS E À REPRODUÇÃO ASSISTIDA	117
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	1400
REFERÊNCIAS	1455
APÊNDICE I: INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS PARA PROFISSIONALMÉDICO DE CENTRO DE REPRODUÇÃO ASSISTIDA	159
APÊNDICE 2: ROTEIRO PARA ENTREVISTA EM PROFUNDIDADE COMHOMENS TRANS	1622

Dedico este trabalho à Prof.^a Dr.^a Olga Regina Zigelli Garcia, pela amizade incondicional, pelo incentivo para a realização deste Doutorado, pela atenção e presteza constantes na elaboração desta tese, pois sem ela não seria possível, e que com sua bondade, me permitiu mais aprender, mais saber e tentar chegar até esta banca, na tentativa do tão almejado título de Doutor em Saúde Coletiva, complementando a minha jornada acadêmica na Universidade Federal de Santa Catarina, com conhecimentos que levarei pela vida.

AGRADECIMENTOS

A concretização de mais uma etapa de minha formação, na busca de meu crescimento intelectual e acadêmico, é fruto de uma longa caminhada, na qual, sempre me dispus a confrontar meus paradigmas, em um processo de crescimento constante. Para tanto, cada ser humano que cruzou o meu caminho ou com quem convivi, contribuiu de forma especial.

Ao iniciar os agradecimentos, não poderia, contudo, deixar de dar destaque a pessoas especiais que compartilham do meu dia-a-dia, contribuindo acima de tudo para o ser humano em que tenho me tornado e cuja morada é o meu coração. Portanto, neste momento agradeço especialmente a:

Minha esposa Marilza Leal Nascimento, pela parceria constante, pela amizade incondicional em todas as horas e pelo incentivo diário, me fazendo acreditar que sempre posso um pouco mais— enfim minha escudeira incansável.

Aos nossos filhos, André e Beatriz, que quando pequenos suportaram minha presença ausente durante o mestrado, e agora, já grandes, minha falta durante este período de doutoramento e por recarregar minhas energias através do afeto, de cada sorriso e de muito amor.

In memoriam, aos meus pais Ênio e Leda que, como escrevi na dedicatória de minha dissertação de mestrado, além do amor incondicional, ensinaram-me cultura, educação e ética. Aos meus irmãos, Heloisa e Fernando pelo carinho e incentivo constantes.

À Universidade Federal de Santa Catarina, berço de minha formação acadêmica como aluno, professor, mestre e agora doutorando. Uma universidade pública, gratuita e de qualidade, à qual tenho muito orgulho em pertencer.

Ao Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da UFSC, que me recebeu com imenso carinho, nominando aqui a Secretária Maria Júlia das Chagas e, por medo de errar, a todos os professores e professoras com que tive a honra de aprender novos olhares e novas perspectivas do atendimento em Saúde.

Ao corpo docente do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Universidade Federal de Santa Catarina, pelo apoio para a realização do doutorado, desde a primeira hora, ajudando-me a levá-lo em frente, assumindo muitas vezes minhas atividades, para que eu pudesse completar os créditos necessários.

À prof.^a Dr^a Roxana. Knobel, chefe do Departamento de Ginecologia da UFSC, pelo apoio incondicional e incentivo nesta etapa de minha formação.

Aos docentes Prof. Dr Rodrigo Otávio Moretti-Pires, Prof. Dr^a Sandra Caponi, Prof. Dr^a Marta Verdi, Prof. Dr Fabricio Menegon, que fizeram parte de minha banca de qualificação, pelas importantes contribuições para o enriquecimento de minha tese.

À professora Dr^a Miriam Pillar Grossi, do Departamento de Antropologia da Universidade Federal de Santa Catarina, com quem cursei uma disciplina no Programa de Pós Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas, que possibilitou minha inserção no fascinante mundo das Ciências Humanas, auxiliando na construção de um novo olhar para diversidade humana.

Aos meus colegas de turma do Doutorado em Saúde coletiva, de quem levarei a perene lembrança das duras lutas para bem cumprirmos as disciplinas e podermos levar a bom termo os trabalhos em conjunto. Destaco aqui duas pessoas que acredito representem bem essa união com o nosso grupo, a Doutoranda Izaltina Adão e a Doutoranda Stefany Rill, com quem estabeleci grande parceria e realizei importantes trocas de conhecimentos.

Aos Professores Dr. Rodrigo Otávio Moretti-Pires, Dr^a Helena Moraes Cortes, Dr. Rosires Pereira de Andrade (titulares), Prof. Dr Douglas Francisco Kovaleski e Prof. Dr. Henrique Rabello De Carvalho (suplentes) pelo aceite gentil em participar da banca de defesa.

A saudade e a admiração me fazem lembrar dos grandes mestres que tive, já partidos, aposentados ou ainda na cátedra. Saliento aqui, com especial gratidão, ao Professor Titular Dr. Walmor Zomer Garcia (*in memoriam*), com quem tive a honra de partilhar a docência como colega no Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da UFSC, sobretudo por ter sido o meu mentor na vida acadêmica. A par dele, ao Professor Dr Jorge Abi-Saab Neto, mestre de todas as horas e amigo, que me recebeu de braços abertos, como a um filho, na Graduação, na Residência Médica e ainda depois, até que eu pudesse seguir a profissão com minhas próprias habilidades.

Ao Prof. Dr Rosires Pereira de Andrade, Professor Titular de Ginecologia e Obstetrícia da Universidade Federal do Paraná — uma grande inspiração e referência, por ter-me introduzido nos estudos do Planejamento Familiar em suas duas vertentes, a Anticoncepção e a Infertilidade Conjugal, duas disciplinas que se tornaram cardinais em minha vida acadêmica e profissional, quando em estágio de especialização naquela Universidade.

Ao orientador, o gentilíssimo Prof. Dr Fernando Hellmann, por ter-me recebido como

orientando e ter conduzido com serenidade e competência o desenvolvimento da tese, a partir da ideia de tema que trazíamos e desde o primeiro momento sempre atendendo aos meus chamados, auxiliando nas decisões, corrigindo os rumos e os textos, verdadeiramente mostrando e orientando os caminhos a seguir, para o êxito deste trabalho acadêmico.

À amiga e coorientadora, a incansável, atenta, solícita, entusiasta, participante de todos os momentos nestes anos de Doutorado, Prof.^a Dr.^a Olga Regina Zigelli Garcia, professora Titular do Departamento de Enfermagem da UFSC e Pró Reitora de Extensão desta mesma instituição.

Aos colegas médicos e médicas de Clínicas de Reprodução Assistida que, acreditando na importância da pesquisa científica como um dos caminhos para mudança da realidade, responderam aos questionários, ajudando a incrementar a riqueza dos dados.

Ao Lino Gabriel dos Santos, pelas ricas trocas que foram para mim verdadeiras “aulas” e pelo carinho demonstrado ao me presentear com a arte do cavalo marinho, que fiz questão de colocar na epígrafe da presente pesquisa.

À Prof.^a Dr.^a Helena Moraes Cortes pelo auxílio imprescindível na intermediação com homens trans, convidando-os a participar do estudo.

Ao Dr. Marcelo Lucena, médico do Ambulatório Trans da Prefeitura Municipal de Florianópolis e ao Administrador do Centro de Saúde Municipal, o Sr. Osmar Guesser, por me abrirem as portas para uma área da assistência em saúde até então desconhecida para mim.

De forma muito especial, plena de gratidão, aos homens trans e transmasculinos que aceitaram participar das entrevistas em profundidade, auxiliando na reflexão da Diversidade e das transgeneridades humanas, ao compartilhar comigo, seus medos, angústias, carências, “problemas” e perspectivas, auxiliando-me a ter uma visão de mundo diferente, confiando no meu trabalho e na minha pessoa, pelo tanto que me ensinaram e pelo quanto aprendi com eles.

Por fim agradeço a todas as pessoas que, durante este tempo, de alguma forma ajudaram-me nesta etapa de minha formação e que terão comigo a sua marca indelével, a quem depois, em nossos encontros fortuitos, lembrar-me-ei de agradecer pessoalmente.

Cavalo Marinho

(Elan Garcia)

*Qual cavalo marinho
Gestando outro ser
Te carrego em meu ventre*

*Continuo igualzinho
Apesar da gravidez
Nada mudou em minha mente*

*Eu sou um pai em gestação
Eu sou um homem que dá à luz
Com poder de amamentação*

*Sei que minha gestação paterna
Questiona a naturalidade da materna
Lida e tida como eterna*

*Mas é múltipla a transgeneridade
E nela nada é eterno
Gestar, em nada afeta minha masculinidade*

*Sim, sou um homem grávido
Que pari, que sente
Mas acima de tudo é gente!*



Ilustração: **Lino Gabriel dos Santos**

RESUMO

Procurou-se investigar como as políticas públicas e as práticas médicas no Brasil conduzem os direitos reprodutivos e o acesso à reprodução assistida para pessoas transmasculinas e de que maneira essas abordagens atendem às suas expectativas e necessidades de relação à realização do desejo de paternidade biológica. A tese defendida é de que, apesar de avanços legislativos e de políticas públicas em relação aos direitos LGBTQIA+ no Brasil, pessoas transmasculinas enfrentam barreiras significativas na garantia de seus direitos reprodutivos, como no acesso à reprodução assistida, devido a lacunas na legislação e nas políticas públicas, nas práticas médicas inadequadas/desatualizadas e no baixo conhecimento específico da população transmasculina sobre seus direitos, o que limita a realização do desejo de paternidade biológica nesta população e vai de encontro aos princípios do SUS. Para tanto, tem-se como objetivo Geral: Analisar os direitos reprodutivos e o acesso à reprodução assistida para pessoas transmasculinas no Brasil, englobando as políticas públicas, as perspectivas médicas e as das pessoas transmasculinas, incluindo suas necessidades e expectativas com relação à paternidade biológica. Esta pesquisa adotou uma abordagem qualitativa, empregando triangulação de fontes de dados. Foram utilizadas como fontes documentos legislativos e políticas públicas referentes aos direitos reprodutivos da comunidade LGBTQIA+, com ênfase em homens trans, além de questionários respondidos por médicos(as) de clínicas de Reprodução Assistida (RA) e transcrição de entrevistas em profundidade com homens trans e/ou pessoas transmasculinas, captados seguindo a metodologia de bola de neve. A análise dos dados foi realizada por meio da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). Este estudo seguiu os princípios éticos da Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, tendo o projeto sido aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (parecer número 5.775.520). Os resultados e discussões deste estudo são delineados em três blocos distintos. O primeiro aborda as políticas públicas voltadas para a população LGBTQIA+, enfocando as questões trans e traça um panorama do cenário brasileiro. O segundo analisa os conhecimentos e práticas dos profissionais médicos em clínicas de reprodução assistida em relação aos direitos reprodutivos e à reprodução assistida para pessoas transmasculinas. Por fim, o terceiro bloco aborda os conhecimentos, práticas e demandas das pessoas transmasculinas, relacionados aos direitos reprodutivos e à reprodução assistida, oferecendo uma perspectiva mais específica e direta sobre as experiências e necessidades dessa população. Os resultados revelaram avanços e lacunas nas políticas e na prática médica, evidenciando falhas na inclusão explícita desses homens nos sistemas de saúde e políticas governamentais. Apontou-se a urgência de reformular os currículos médicos, oferecer capacitações específicas para profissionais de saúde que passem pela experiência clínica com população trans e promover mudanças estruturais para atender às necessidades reprodutivas dessa população, ressaltando a importância de educar tanto os profissionais de saúde quanto a comunidade transmasculina sobre seus direitos. Esses achados sublinham a urgência de políticas mais inclusivas, visando garantir equidade no acesso aos serviços de saúde reprodutiva para a população transmasculina no Brasil, com vistas a universalidade do acesso e a integralidade do cuidado.

Palavras-chave: Reprodução Assistida; Direitos Reprodutivos; População Transmasculina; Homens trans; Políticas Públicas de Saúde; Saúde LGBTQIA+.

ABSTRACT

It aimed to investigate how public policies and medical practices in Brazil steer reproductive rights and access to assisted reproduction for transmasculine people and how these approaches meet their expectations and needs regarding the fulfillment of their biological parenthood desires. The thesis argued that, despite legislative advances and public policies regarding LGBTQIA+ rights in Brazil, transmasculine individuals face significant barriers in guaranteeing their reproductive rights, such as accessing assisted reproduction, due to gaps in legislation, inadequate/outdated medical practices, and the population's limited specific knowledge about their rights, thus limiting the fulfillment of their biological parenthood desires and conflicting with SUS (Brazil's Unified Health System) principles. Therefore, the overall objective was to analyze reproductive rights and access to assisted reproduction for transmasculine individuals in Brazil, encompassing public policies, medical perspectives, and those of transmasculine individuals, including their needs and expectations regarding biological parenthood. This research adopted a qualitative approach, employing data source triangulation. Various sources were used, including legislative documents and public policies related to reproductive rights within the LGBTQIA+ community, with a focus on trans men, in addition to questionnaires answered by doctors from Assisted Reproduction (AR) clinics and transcription of in-depth interviews with trans men and/or transmasculine people, captured following the snowball methodology data analysis was conducted using the Discourse of the Collective Subject (DCS) technique. This study adhered to the ethical principles of Resolution 510/2016 of the National Health Council, and the project was approved by the Human Research Ethics Committee of the Federal University of Santa Catarina (opinion number 5,775,520). The results and discussions of this study are outlined in three distinct sections. The first addresses public policies aimed at the LGBTQIA+ population, focusing on transgender issues and provides an overview of the Brazilian scenario. The second section analyzes the knowledge and practices of medical professionals in assisted reproduction clinics regarding reproductive rights and assisted reproduction for transmasculine individuals. Lastly, the third section addresses the knowledge, practices, and demands of transmasculine individuals related to reproductive rights and assisted reproduction, offering a more specific and direct perspective on the experiences and needs of this population. The results revealed progress and gaps in policies and medical practice, highlighting explicit failures in including these individuals in healthcare systems and government policies. There is an urgent need to reformulate medical curricula, who have clinical experience with the trans population provide specific training for healthcare professionals, and promote structural changes to meet the reproductive needs of this population, emphasizing the importance of educating both healthcare professionals and the transmasculine community about their rights. These findings underscore the urgency of more inclusive policies to ensure equity in access to reproductive health services for the transmasculine population in Brazil, aiming for universal access and comprehensive care.

Key-words: Assisted Reproduction; Reproductive Rights; Transmasculine Population; Trans men; Public Health Policies; LGBTQIA+ Health.

RESUMEN

Se buscó investigar cómo las políticas públicas y las prácticas médicas en Brasil orientan los derechos reproductivos y el acceso a la reproducción asistida para personas transmasculinas, y cómo estos enfoques satisfacen sus expectativas y necesidades con respecto a la realización de sus deseos de paternidad biológica. La tesis sostiene que, a pesar de los avances legislativos y las políticas públicas sobre los derechos LGBTQIA+ en Brasil, las personas transmasculinas enfrentan barreras significativas para garantizar sus derechos reproductivos, como el acceso a la reproducción asistida, debido a lagunas en la legislación, prácticas médicas inadecuadas/desactualizadas y el conocimiento limitado de la población transmasculina sobre sus derechos, lo que limita la realización de sus deseos de paternidad biológica y entra en conflicto con los principios del SUS (Sistema Único de Salud de Brasil). Por lo tanto, el objetivo general fue analizar los derechos reproductivos y el acceso a la reproducción asistida para personas transmasculinas en Brasil, abarcando políticas públicas, perspectivas médicas y de los propios individuos transmasculinos, incluyendo sus necesidades y expectativas con respecto a la paternidad biológica. Esta investigación adoptó un enfoque cualitativo, empleando la triangulación de fuentes de datos. Se utilizaron varias fuentes, incluyendo documentos legislativos y políticas públicas relacionadas con los derechos reproductivos en la comunidad LGBTQIA+, con énfasis en hombres trans, además de cuestionarios respondidos por médicos de clínicas de Reproducción Asistida (RA) y transcripción de entrevistas en profundidad a hombres trans y/o personas transmasculinas, capturadas siguiendo la metodología de bola de nieve. El análisis de datos se realizó utilizando la técnica del Discurso del Sujeto Colectivo (DSC). Este estudio siguió los principios éticos de la Resolución 510/2016 del Consejo Nacional de Salud, y el proyecto fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación con Seres Humanos de la Universidad Federal de Santa Catarina (número de opinión 5,775,520). Los resultados y discusiones de este estudio se detallan en tres secciones distintas. La primera aborda las políticas públicas dirigidas a la población LGBTQIA+, enfocándose en cuestiones trans y proporcionando una visión general del panorama brasileño. La segunda sección analiza el conocimiento y las prácticas de los profesionales médicos en clínicas de reproducción asistida con respecto a los derechos reproductivos y la reproducción asistida para personas transmasculinas. Por último, la tercera sección aborda el conocimiento, las prácticas y las demandas de los individuos transmasculinos relacionados con los derechos reproductivos y la reproducción asistida, ofreciendo una perspectiva más específica y directa sobre las experiencias y necesidades de esta población. Los resultados revelaron avances y vacíos en las políticas y la práctica médica, destacando fallas explícitas en la inclusión de estos individuos en los sistemas de atención médica y políticas gubernamentales. Existe una urgente necesidad de reformular los planes de estudio médicos que passem pela experiência clínica com população trans y proporcionar capacitación específica para profesionales de la salud y promover cambios estructurales para satisfacer las necesidades reproductivas de esta población, enfatizando la importancia de educar tanto a los profesionales de la salud como a la comunidad transmasculina sobre sus derechos. Estos hallazgos subrayan la urgencia de políticas más inclusivas para garantizar la equidad en el acceso a los servicios de salud reproductiva para la población transmasculina en Brasil, con miras a un acceso universal y una atención integral.

Palabras clave: Reproducción Asistida; Derechos Reproductivos; Población Transmasculina; Hombres trans; Políticas de Salud Pública; Salud LGBTQIA+.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Evolução das classificações médicas da Transgeneridade	42
--	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 Riscos associados à hormonização com testosterona em homens trans.....	50
Quadro 2 Andrógenos utilizados para hormonização em homens trans, transmasculinos e pessoas não binárias no ambulatório trans de Florianópolis.	58
Quadro 3 - Artigos e dissertações publicados na temática de RA e/ou direitos sexuais e reprodutivos para pessoas trans entre 2011-2023.	64
Quadro 4 - Artigos e dissertações publicados na temática de RA e/ou direitos sexuais e reprodutivos para homens trans entre 2011-2023.	70
Quadro 5: Documentos oficiais brasileiros sobre políticas públicas para população LGBTQIA+ com ênfase nas questões trans.	96
Quadro 6: Políticas brasileiras para população LGBTQIA+ e Trans: Linha do tempo.	98
Quadro 7 Dados sociográficos homens trans entrevistados.....	118

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Curso esperado de mudanças físicas em resposta à hormonização com testosterona em homens trans.	51
--	----

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Localização da clínica de RA, por cidade	108
Gráfico 2 - Localização da clínica de RA, por estado.	109
Gráfico 3 – Opinião de médicos de clínicas de RA sobre Transgeneridade.....	109

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABRASCO Associação Brasileira de Saúde Coletiva
APS Assistência Primária em saúde
CFP Conselho Federal de Psicologia
CID Código Internacional de Doenças
CNE Conselho Nacional de Educação
CPF Cadastro de pessoas físicas
DSM Manual Diagnóstico Estatístico de Transtornos Mentais
EOC Estimulação Ovariana Controlada
FIV Fertilização in vitro
GAHT Gender Affirmative Hormonal Treatment
GNRHA Gonadotrophin Releasing Hormone analogue
HDL High Density Lipoproteins (Colesterol de alta densidade)
HIV Human Immunodeficiency Virus ou Vírus da Imunodeficiência Humana
HPV Papilomavírus Humano
LGBTQIA+ Lésbicas, Gays, Bissexuais, transexuais, queer e mais
MMPI Minnesota Multiphasic Personality Inventory
OAB Ordem dos advogados do Brasil
ONU Organização das Nações Unidas
OS Organizações Sociais
PF Preservação da Fertilidade
PNDH Plano Nacional de Direitos Humanos
PPP Parceria público-privada
PUMP Bomba de sucção
RA Reprodução Assistida
SC/IM Subcutâneo/intramuscular
SUS Sistema Único de Saúde
TCLE Termo de consentimento livre e esclarecido
TRF Tribunal Regional Federal
TRHA Tratamento de Reprodução Humana Assistida
UNESCO Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura

APRESENTAÇÃO

A presente tese, que tangencia direitos humanos, medicina, políticas públicas e transvivências, se debruça sobre o cenário do direito reprodutivo e mais especificamente do acesso à reprodução assistida para pessoas transmasculinas em um contexto brasileiro, onde as políticas públicas ainda se encontram em um processo de adaptação e evolução diante das questões de gênero e das necessidades específicas da população trans.

O interesse pela temática dos direitos reprodutivos para homens trans e/ou pessoas transmasculinas se deu a partir da experiência profissional deste pesquisador, homem cis, heterossexual e branco, médico tocoginecologista, especialista em Reprodução Humana (RA) responsável por uma clínica de Reprodução Assistida, oferecida à população como um serviço privado. Apesar de não ter ocorrido atendimento a nenhuma pessoa trans, são inúmeros os casais de lésbicas que procuram os serviços da clínica com a finalidade de compor uma família homoparental a partir da reprodução assistida. São pessoas com poder aquisitivo que lhes possibilita pagar por este tratamento de alto custo e complexidade.

Para apresentar a temática da tese, sua complexidade e as afetações da pesquisa de campo quanto ao pesquisador, iniciamos com excertos de dois diálogos realizados durante as entrevistas em profundidade com homens trans/transmasculinos. O primeiro é resultado de um diálogo informal entre o autor do estudo, Ricardo Nascimento, e Lino Gabriel dos Santos¹, transmasculino, doutorando do Programa de Pós-graduação em Antropologia da Universidade Federal de Santa Catarina e Professor do Instituto Federal de Santa Catarina, após a entrevista realizada com ele, em Florianópolis, no dia 26 de outubro de 2023. O segundo resulta do diálogo realizado com TL, 33 anos, transmasculino, durante a entrevista em profundidade realizada por videochamada no dia 19 de outubro do mesmo ano.

Ricardo: — *Lino estou em dúvida se uso a expressão homens trans ou pessoas transmasculinas. Muitas pessoas não sabem o que é homem trans. Usar pessoa transmasculina acho que confunde mais ainda.*

Lino: — *Então! Eu uso a expressão transmasculino ou transmasculinidade. Porque penso que abre um espectro maior. Aliás institucionalmente temos o IBRAT que é Instituto Brasileiro de transmasculinidades. Não adianta, a categoria é transmasculinidade. Então*

¹ A reprodução do trecho do diálogo assim como a identificação do nome foi autorizada por Lino.

transmasculinidade é um termo guarda-chuva que sai do individual e abrange o coletivo: homens trans, boycetas e transmasculinos/es. É uma identidade coletiva!

Ricardo: — *Puxa não via por esta perspectiva!*

Lino: — *Para determinadas pessoas transmasculinas existe uma linha paralela entre homens e transmasculinidade. Uma linha muito próxima, mas que não se toca pelo seu paralelismo. As transmasculinidades têm se afirmado assim. A categoria boyceta (que nasceu de um movimento coletivo, brasileiro) traz a aproximação com a vagina, com a vulva, busca acabar com a ideia da disforia do corpo transmasculino, de que pessoas transmasculinas odeiam sua genitália. Passa por assumir o corpo transmasculino com sua vulva, amando-a e envolvendo-a no seu corpo, demonstrando amor pelo próprio corpo fugindo da disforia. Diferente de movimentos de homens trans que apresentam muitas vezes disforia com a vulva. Não vou dizer que 100% das pessoas transmasculinas se identifica como boyceta, porque não é. Tem várias pessoas transmasculinas que não gostam, que acham genitalista. Mas é uma forma de dizer assim, olha, eu aceito a minha buceta, ela pra mim não é um problema. Ela é parte de mim, ela é parte do meu corpo, eu gosto, eu amo minha buceta, eu respeito minha buceta, sabe? Então, tipo, é um movimento político, é um movimento coletivo, de grupo. Por isso que eu te falo, tipo, é uma identidade coletiva que a gente vem lutando coletivamente pra se afirmar enquanto boyceta. Mas como que eu vou chegar no posto de saúde e falar isso?*

Outro dia eu estava em uma reunião onde foi dito que o Ministério da Saúde vai colocar sexo nos documentos do SUS. Aí eu falei pra galera do Ministério: — Gente, vocês são bizarros, sabe? Porque, o que que isso resolve, colocar sexo? Não resolve nada, porque vocês não têm coragem de colocar vagina. Entendeu? Mas o que que vocês querem saber? O que que vocês querem saber de mim? Porque colocar sexo não resolve nada. Eu tenho útero ou eu não tenho? Eu tenho ovário ou eu não tenho? Eu tenho vagina, eu tenho pênis? Eu tenho que tipo de produção hormonal? Eu tenho cromossomo XX ou XY? O que eu tenho? Colocar sexo não resolve porra nenhuma, por que vocês, profissionais da saúde, não têm coragem de colocar genital, vagina? Por que o profissional de saúde não tem coragem de ler que alguém tem genital? E as pessoas têm genitais. Então o que vocês querem saber de mim? Porque por sexo lá não resolve nada. Porque eu posso ter uma vagina e posso não ter útero, eu posso ter uma vagina e posso não ter ovário. O que vocês querem saber de mim? O que vocês querem de mim, pelo amor de Deus?

(Trecho do diálogo com **Lino Gabriel dos Santos**)

Ricardo: — *TL como você de define?*

TL: — *Eu digo que eu sou homem trans e digo que eu sou transmasculino. Eu digoas duas, depende do lugar. Porque é mais fácil hoje em dia as pessoas entenderem o que é umhomem trans. Ai, quando eu estou entre pessoas leigas, eu falo que eu sou homem trans. Mas,se eu estou entre outros homens trans, eu digo que eu sou um transmasculino, porque acho queé um termo que me resume melhor. Porque homem é uma palavra muito forte, assim, que eu não acho que eu corresponda. Eu não acho que eu sou homem, entendeu? Mas fica mais fácil para as pessoas entenderem se eu disser que eu sou homem trans. É mais comum que as pessoas entendam o termo homem trans do que o termo transmasculino. O termo transmasculino existe justamente para a gente não precisar usar o termo homem trans. Porque ele contém homem no termo, né? E a gente não se identifica necessariamente na categoria homem. Mas sim dentro das masculinidades.*

(Trecho do diálogo com **TL**, 33 anos, transmasculino, pai biológico)

Iniciamos a presente tese por estas duas conversas para demarcar que este não é mais um estudo sobre pessoas trans. É uma tese em diálogo com elas. Um diálogo fruto do pensamento da pesquisa e das (trans)vivências de pessoas transmasculinas e homens trans, portanto, de pessoas que têm lugar de fala. Algumas pensam teoricamente as questões trans, outras apenas relatam a sua transvivência. Sendo assim ao longo de toda tese a escrita estará permeada de relatos das pessoas transmasculinas com as quais dialogamos por meio da entrevista em profundidade grafados em *itálico e negrito*². Pessoas com quem foi possível aprender muito permitindo a (des)construção de um novo olhar para saúde, para os direitos reprodutivos, para as transespecificidades e para ginecologia, especialidade até então pensada como exclusiva da saúde da mulher. Na perspectiva deste novo olhar pessoas transmasculinas e homens trans devem ter a atenção da ginecologia e obstetrícia para que, além da prevenção e promoção de sua saúde física, tenham garantidos os seus direitos reprodutivos. Como tivemos entre nossos interlocutores pessoas que se autoidentificavam como homens trans e outras como transmasculinas, no decorrer do estudo usaremos ambas as terminologias, não como sinônimos, mas sim como exemplo de que cada pessoa humana é única e, portanto, não existe uma transmasculinidade universal. Para dar visibilidade a autores e autoras sabidamente trans com os quais dialogamos, seus sobrenomes serão negritados, quando referenciados, ao longo do texto.

² Cada fala será registrada com a letra P de participante seguida da numeração a ele correspondente.

O primeiro capítulo introduz a temática e apresenta a pergunta de pesquisa, a hipótese e justificativa para o estudo. No segundo capítulo são apresentados o objetivo geral e os específicos. O terceiro capítulo é formado pela revisão de literatura que é dividida em quatro seções.

Na primeira, em uma abordagem interdisciplinar, buscamos desvendar o que está por trás da criação da ideologia de gênero, com destaque para o forte papel da igreja católica. Buscando dialogar com vários autores e autoras do campo das ciências humanas e da educação, demonstramos a diferença entre ideologia e estudos de gênero. Na sequência discorremos sobre a transgeneridade. Cientes de que esta temática possibilita múltiplas abordagens, no presente estudo optamos por contextualizar sua emergência ao longo da história e seus desdobramentos desde os primórdios até os dias atuais.

Na segunda seção, pautados em autores e autoras da área médica, dentre os métodos de afirmação de gênero é dado enfoque à hormonização com testosterona para homens trans, abordando os riscos e benefícios de seu uso, tanto para saúde física como mental das pessoas transmasculinas desde a infância até a idade adulta, mostrando os avanços científicos nesta área. Tendo em vista que o foco do presente estudo são homens trans adultos optou-se por explorar a temática da hormonização pessoas transmasculinas a partir dos 18 anos, considerada a idade da maioridade contexto brasileiro. Nesta seção também são apresentados os protocolos médicos para hormonização de homens trans, com destaque para o protocolo do município de Florianópolis, cidade onde está sediada a Universidade Federal de Santa Catarina.

Na terceira seção buscamos analisar a produção científica, produzida e divulgada na temática da reprodução assistida e/ou direitos reprodutivos para pessoas trans e, em especial, homens trans, em artigos científicos de circulação brasileira e estrangeira e no banco de teses e dissertações brasileiras nos últimos 11 anos.

Na sequência, na quarta seção, discorremos sobre direitos reprodutivos para as pessoas transmasculinas no SUS, buscando entender até que ponto a sua não efetivação ameaça o princípio da universalidade. Adentrando na quinta sessão buscamos refletir sobre a relação entre bioética e transgeneridade com ênfase na emergência da bioética *queer*, concluindo assim o capítulo 3.

O percurso metodológico é descrito no quarto capítulo com detalhamento dos passos seguidos para atingir ao objetivo da pesquisa. Neste estão descritos o tipo de estudo, as fontes de dados, a coleta e análise dos dados e os aspectos éticos observados no desenvolvimento do estudo.

O quinto capítulo é composto pelos resultados e discussões, e está dividido em três seções. Na primeira, por meio de uma análise criteriosa de quinze documentos oficiais, buscamos, em diálogo com a bibliografia, identificar as lacunas sobre direitos reprodutivos e o acesso à RA nas políticas públicas e na legislação brasileira, no que se refere a pessoas transmasculinas, procurando decifrar o panorama das medidas adotadas, salientando os progressos e identificando as lacunas que ainda permeiam o sistema, especialmente no que concerne aos direitos reprodutivos e ao reconhecimento das identidades trans, com um olhar mais aprofundado para a realidade dos homens trans.

Na segunda seção descrevemos e analisamos os conhecimentos e práticas de profissionais da medicina de clínicas de RA sobre direitos reprodutivos e reprodução assistida para pessoas transmasculinas e na sequência, na terceira e última seção, apresentamos o resultado das entrevistas em profundidade com homens trans, onde buscamos descrever seus conhecimentos e práticas relacionados aos direitos reprodutivos e reprodução assistida, assim como identificar suas demandas em relação ao acesso e ao uso da RA e direitos reprodutivos com ênfase no desejo de paternidade biológica.

O estudo é concluído com as considerações finais, onde buscamos apresentar as conclusões da incursão no processo de reflexividade sobre direitos reprodutivos e acesso à reprodução assistida para pessoas transmasculinas no Brasil.

A seguir apresentamos a introdução do estudo ora proposto e convidamos você leitor ou leitora a nos acompanhar nesta caminhada.

1 INTRODUÇÃO

Direitos reprodutivos fazem parte dos direitos humanos que se relacionam à sexualidade e à reprodução. Eles abrangem a liberdade dos indivíduos decidirem de maneira livre e responsável sobre o número, o espaçamento e o momento de terem filhos, de terem a informação e os meios para fazê-lo e o direito de alcançarem o mais alto padrão possível de saúde sexual e reprodutiva. Também incluem o direito de vivenciar sua sexualidade sem discriminação, coerção ou violência. No contexto da comunidade LGBTQIA+³, os direitos reprodutivos podem incluir o acesso a tratamentos de reprodução assistida, assim como o respeito pelas decisões relativas à reprodução e a parentalidade. A inclusão dos direitos reprodutivos nas políticas públicas é fundamental para garantir que todas as pessoas, independentemente de sua orientação sexual ou identidade de gênero, possam ter a possibilidade de ter filhos, se assim desejarem.

Em nível mundial, a emergência do debate sobre o planejamento reprodutivo e contracepção se deu após a segunda guerra mundial, período marcado por aumento da população. No entanto, somente na década de 1990, as conferências organizadas pela Organização das Nações Unidas (ONU), uma no Cairo (1994) e outra em Beijing (1995) trouxeram para discussão questões como igualdade de gênero, saúde, direitos sexuais e reprodutivos, nas quais a reprodução passou a ser colocada como uma questão de saúde e de direitos humanos (Brasil, 2010a; Zucco, 2015).

O documento final da conferência no Cairo recomenda respeito aos direitos humanos e enfatiza políticas de redução da pobreza, de promoção da igualdade entre os gêneros e da saúde. Este consagrou, pela primeira vez, em um documento das Nações Unidas, a definição de direitos reprodutivos, reconhecendo que todo indivíduo é livre para decidir sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de ter filhos e de ter a informação e os meios de assim o fazer tendo o direito de tomar decisões sobre a reprodução, livre de discriminação, coerção ou violência, conforme expresso em documentos sobre direitos humanos.

Quatro anos mais tarde, na Conferência de Pequim, afirma-se o direito da mulher de ter controle e decidir sobre questões relacionadas à sua sexualidade, sem coerção, discriminação

³ Ao longo do presente estudo será feito o uso da sigla LGBTQIA+ por ser a sigla internacionalmente utilizada. Salientemos, porém, que temos consciência que a sigla, como o entendimento sobre a diversidade sexual e de gênero na nossa sociedade, em especial no Brasil, está em constante atualização e não existe um órgão que determine qual é sua forma oficial. Há no Brasil uma tendência à utilização da sigla LGBTQIAPN+ (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais, *Queer*, Intersexo, Assexuais, Pansexuais, Não binárias e mais) como forma de dar visibilidade às diversidades de gênero e sexualidade que são invisíveis.

e/ou violência, trazendo a noção de direitos sexuais como sendo aqueles que se referem a normas específicas que emergem dos direitos humanos, aplicados à sexualidade e, entre outros, garantem que todos tenham acesso a condições que permitam a plenitude e a expressão da sexualidade livres de qualquer forma de coerção, discriminação ou violência, dentro de um contexto de respeito à dignidade (IPPF, 2008).

Apesar do inegável avanço nas discussões é importante destacar que o respeito à pluralidade ou diversidade, quando articulado à premissa de igualdade, requer que os direitos reprodutivos e os direitos sexuais sejam concebidos e aplicados em uma perspectiva interseccional que considere diferenciais de gênero em um sentido não binário, classe, raça, etnia, idade e corporalidades (Zucco, 2015).

Neste contexto, pensar os direitos humanos (e os direitos sexuais e reprodutivos) exige um exercício em estendê-los igualmente para todas as pessoas, considerando todas as possibilidades de ser/estar no mundo. Assim sendo, concordando com Corrêa, Alves e Januzzi (2006) destaca-se que:

Gênero, sexualidade e reprodução são esferas da vida humana que se tangenciam – e, eventualmente, confundem-se – mas que ao mesmo tempo correspondem a terrenos distintos em termos de representação, significado e prática sexual. O claro discernimento entre direitos reprodutivos e direitos sexuais é parte deste mesmo esforço de esclarecimento. (Corrêa et al., 2006. p. 48)

Partindo deste olhar, percebe-se que concepções de direitos reprodutivos e direitos sexuais, são universalizantes abrangendo estes a toda e qualquer pessoa humana, independente de cor, raça, etnia, identidade de gênero, orientação sexual, etc.

Este mesmo olhar universalizante encontramos nos Cadernos de Atenção Básica do Ministério da Saúde do Brasil, em relação a Direitos Sexuais e Reprodutivos que reconhecem que “os direitos sexuais e reprodutivos incluem o princípio da universalidade, para contemplar os diversos segmentos da população. A prática sexual e a maternidade/paternidade são direitos de todos, que devem ser garantidos pelo Estado [...]” (Brasil, 2010a, p. 17). Um direito que muitos homens trans buscam ter garantido.

Eu quero engravidar porque eu tenho o direito de engravidar. É só isso! (P 1)

Destaque-se que, para além deste olhar universalizante, tanto a orientação sexual como a identidade de gênero estão colocadas nestes Cadernos de Atenção Básica como condicionantes de saúde “não apenas por implicarem práticas sexuais e sociais específicas, mas também porque lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais estão expostos a agravos decorrentes do estigma e da exclusão social” (Brasil, 2010a, p. 81).

Aqui é importante definirmos o que se entende por gênero, identidade de gênero e orientação sexual. Em linhas gerais e resumidamente pode-se dizer que o termo gênero, cunhado pelo movimento feminista, é visto como a construção social e cultural da diferença sexual, enquanto sexo é puramente uma verdade anatômica (Butler, 1999).

Buscando avançar nesta concepção, o transfeminismo traz a noção de cisgênero, como sendo a que define quem se identifica com o gênero que lhe foi atribuído no nascimento (Vergueiro, 2015). Visando dar visibilidade um olhar trans para esta questão, trazemos a reflexão de **Vicente** (2020), a esse respeito:

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 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 (**Vicente**, 2020, p. 17).

No entanto, no imaginário coletivo, toda pessoa que não é cisgênera (não concorda com o seu sexo biológico) é lida como pessoa transexual ou pessoa trans. Nesta perspectiva a naturalização da cisgeneridade como norma vai compor aquilo a que se chama de cisnormatividade (normatização do binômio sexo/gênero), colocando à margem todas as existências que assim não o sejam. A esta noção de cisnormatividade, Coelho (2017) acrescenta que a cisnorma custa a ser nomeada, uma vez que é responsável pela produção de padrões de naturalidade, sanidade e salubridade. Neste contexto, segundo **Vicente** (2020):

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' (**Vicente**, 2020, p. 18).

Vistos estes conceitos e considerando que, no Brasil segundo estudo desenvolvido pela Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista (UNESP), quatro milhões de indivíduos (1,9% da população brasileira) composto por de pessoas transgênero ou

não binárias (Segalla, 2021), cabe aqui uma pergunta: serão os direitos sexuais e reprodutivos garantidos para os homens trans e pessoas transmasculinas?

Na concepção de Lionço (2008), a resposta é não, uma vez que a população LGBTQIA+ (lésbicas, gays, bissexuais, transexuais, *queer*, intersexo e mais) vivencia vulnerabilidades com relação aos direitos sexuais e reprodutivos, não em função de suposta característica intrínseca à orientação sexual ou à identidade de gênero, mas sim a determinantes sociais que colocam os modos de vida e as práticas sexuais dessa população como desviantes.

Neste cenário, reprodução e parentalidade geralmente são pensadas e relacionadas a um casal cisgênero e heterossexual, em uma constituição tradicional de família ou, no máximo, às formas de reprodução e adoção por casais homossexuais, o que faz com que as experiências da população trans relacionadas à reprodução e à parentalidade sejam ininteligíveis, “monstruosas”, impensáveis, repudiadas e, portanto, invisibilizadas (Angonese; Lago, 2018).

Quando falei que queria engravidar o médico ficou surpreso! Fui em outro médico que teve a mesma reação. (P 2)

Buscando referências relacionadas a direitos e à saúde reprodutiva para a população trans em documentos públicos, Angonese; Lago (2016) deparam-se com uma invisibilidade dessa população nos textos oficiais do governo brasileiro. As autoras salientam que a Portaria nº 1.707, de 18 de agosto de 2008, que instituiu o processo transexualizador no Sistema único de Saúde (SUS), não traz ressalvas quanto à possibilidade de preservar gametas de quem passa pela cirurgia de transexualização ou por hormonização, procedimento comum na população trans. A possibilidade de reprodução e exercício de parentalidade para pessoas trans só está descrita na Portaria nº 457, de 19 de agosto de 2008, que regulamenta o processo transexualizador no âmbito do SUS e no Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de LGBTQIA+. Partindo desta realidade, as autoras concluem:

Apesar de políticas, portarias e planos se apresentarem com o intuito de proteger as especificidades da população LGBTQIA+, em relação ao processo saúde-doença, sob o viés do preconceito parece ser pressuposta a esterilidade dessa população. Isso pode se dar não apenas em função do processo transexualizador, que pode levar à impossibilidade de reprodução biológica - tanto em função da hormonioterapia quanto da retirada de órgãos reprodutivos - mas principalmente do que propomos chamar de “esterilidade simbólica”. Essa remete à impossibilidade da escolha pela reprodução e de exercer a parentalidade, seja essa biológica, por processo de adoção ou na função de cuidado, interdito, associado ao lugar de abjeção a que são submetidos os corpos trans (Angonese; Lago, 2016 p. 262)

Em outras palavras, podemos dizer que há uma construção histórica da família nuclear naturalizada (compreendida como pai-homem, mãe-mulher e filhos) como a família natural,

modelo este que parte de uma moral cristã e da norma heterossexual e reprodutiva que constitui a família nuclear como local legítimo de procriação, sem levar em conta que há diversas formas de família, que podem ser situadas social, histórica e espacialmente, entre estas a homoparentalidade, a monoparentalidade e a transparentalidade.

Destacamos que as relações de parentalidade de travestis e transexuais são bastante diferentes das experiências de parentalidade homossexual, o que

Leva à necessidade, tanto teórica quanto política, de operar com outro conceito que não a homoparentalidade, para se referir à população trans, uma vez que este termo acaba por se constituir como conceito que congrega e, ao mesmo tempo, invisibiliza a parentalidade experienciada por pessoas trans; o que talvez pudéssemos melhor nomear, como “transparentalidades” ou, simplesmente, “parentalidades trans”. [...] Assim, pensar a relação das transgeneridades com as experiências parentais e com diferentes arranjos familiares, é atentar para a multiplicidade e singularidade da noção de família, compreendendo ser este um conceito localizado social, histórica, psicológica e culturalmente. Tal reflexão é fundamental para visibilizar e lutar pelos direitos de quem é, historicamente, invisibilizado e colocado em um lugar de abjeção (Angonese, 2018, p. 5, 14).

É sabido que a população de pessoas trans, também conhecida por população T, vem aumentando a cada dia, visibilizando sua existência e trazendo novas demandas para os profissionais de saúde. Vários estudos, a exemplo do de Albino et al. (2021) apontam para os problemas que esta população encontra no atendimento à saúde, por falta de preparo dos profissionais, para bem atender esta clientela. Entre essas demandas, a da maternidade e/ou paternidade biológica vem se tornando recorrente em alguns serviços. Este contexto levou a uma inquietação quanto ao possível não atendimento de pessoas trans em suas demandas de maternidade/paternidade biológica, instigando o presente estudo.

Monteiro (2017), mulher trans, em um artigo intitulado ‘cavalos-marinhos: gestação e masculinidades trans’, no qual estudou homens trans que passaram ou estavam passando, durante a pesquisa, pela experiência da gestação, afirma 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. Segundo esta autora, 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 autora, afirma que:

A gravidez é pensada dentro de um contexto que envolve relações de poder, relações de gênero, onde 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 do 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 (Monteiro, 2017, p. 8).

Eu não preciso ser mulher ou enfim ser qualquer coisa pra ter essa experiência da gestação. Tem muitas coisas que nos afirmam, tem muitas coisas que nos distanciam de mulheres cis. Não vou deixar de vivenciar minha masculinidade por gestar. (P 1)

Com o objetivo de gestar algumas pessoas transgênero podem se beneficiar das Técnicas de Reprodução Humana Assistida, tenham ou não passado pelas cirurgias de transgenitalização. Homens trans que mantenham intactos útero e ovários poderão engravidar. Para as pessoas cuja cirurgia de redesignação do sexo ainda não é uma realidade e/ou ainda está por se realizar, há a opção pelo congelamento de seus gametas, espermatozoides e óvulos, mantendo-os até que chegado o momento escolhido para a maternidade e/ou paternidade biológica.

A Reprodução Humana Assistida como ciência teve seu início nos finais do Século XIX, quando Walter Hape descreveu o primeiro caso de transferências de embriões em coelhas e culminou com o nascimento de Louise Brown, (conhecida como o “primeiro bebê de proveta”), em 1978, com o evoluir das pesquisas sobre a fertilidade humana nesse período. Ela hoje é um conjunto de técnicas e procedimentos que auxilia pessoas a encontrar a gravidez, quando ela não é possível de forma natural, em um contexto binário. A partir de sua plena confirmação como uma técnica segura e aplicável aos seres humanos passou a representar importante forma de tratamento da infertilidade, mas também trouxe a possibilidade de que outras formas de constituição da família moderna, dela se beneficiassem (Petracco et al., 2018).

Consiste fundamentalmente em duas técnicas principais, a Inseminação Intra Uterina (IIU) e a Fertilização *in vitro* (FIV). A primeira consiste na obtenção de espermatozoides, processamento dessa amostra em laboratório com seleção daqueles mais aptos à fertilização e sua colocação dentro da cavidade uterina, no momento da ovulação. A segunda, de maior complexidade, significa a obtenção de óvulos por técnica cirúrgica e posterior fertilização dos mesmos em laboratório, ou seja, *in vitro* (Jain e Singh, 2023).

Posteriormente a essas técnicas, vieram somar-se o congelamento de óvulos, espermatozoides e embriões, abrindo novas possibilidades de obtenção da paternidade/maternidade, associadas ou não à possibilidade de gravidez em útero de substituição. Em sendo o conceito de família algo eminentemente pessoal, ele é amplo e passível de abarcar todos os projetos de vida existentes na sociedade. Assim, a diversidade familiar contemporânea permite que as mesmas sejam monoparentais, homoafetivas

masculinas e femininas, heteroafetivas transgêneros e, em determinados países, simultâneas (Freire de Sá et al., 2018).

Importante salientar que, como dito anteriormente, as Técnicas de Reprodução Humana Assistida (RA) são consideradas de alta complexidade. Ocorre que, no âmbito da Saúde Pública, embora a Constituição de 1988 tenha reconhecido o direito das famílias ao Planejamento Familiar, a escassez de recursos dirigidos para a Saúde, além da grande burocratização do Estado, afeta drasticamente áreas que não são, teoricamente, consideradas prioridades de investimento, como é o caso da reprodução assistida. Assim, poucas instituições públicas realizam este tratamento criando barreiras, muitas vezes intransponíveis ao atendimento, fazendo com que pessoas sem poder aquisitivo para o tratamento na rede privada, apesar de terem por objetivo alcançar o sonho da maternidade/paternidade biológica, jamais consigam concretizá-lo.

Eu até gostaria de fazer inseminação artificial, mas o SUS não paga. Vou tirar dinheiro de onde? É um sonho impossível para mim. (P 4)

Destacamos que temos conhecimento de que uma parcela das pessoas que se autodeclararam não binárias (não se consideram homens nem mulheres) e/ou se autodeclararam com gênero fluído, também tem capacidade de gestar e eventualmente podem trazer essa demanda para reprodução assistida. Porém, para este estudo em especial, optamos por realizar o recorte da pesquisa com a população transmasculina.

Entendemos que a análise do cenário brasileiro relativo aos direitos reprodutivos e acesso à reprodução assistida para pessoas transmasculinas, vai permitir a busca de alternativas para a viabilização desta técnica em pessoas trans, em especial em homens trans que desejam gestar, com a tutela do Estado, proporcionando uma assistência qualificada. Assistência essa que reafirme os princípios do SUS, acolhendo esta população que foge à “regra” do “binarismo sexual”, da polarização homem/mulher, da heterossexualidade compulsória e de tantas outras normas impostas, cultural e socialmente, permitindo que sem preconceitos e discriminação, sejam atendidas suas expectativas em relação aos direitos reprodutivos, em obediência aos princípios do SUS.

Entende-se que instituições como Hospitais Universitários, por sua natureza intrínseca de serem também centros de pesquisa, ensino e assistência poderiam, implementando os princípios de universalidade e integralidade do SUS atender a esta demanda, fazendo com que

peessoas trans, em especial homens trans pudessem encontrar abrigo aos seus desejos de maternidade/paternidade biológica, por meio do tratamento adequado, institucionalizando políticas públicas para tanto. Neste sentido, têm-se como **objeto de estudo** desta tese os direitos reprodutivos e o acesso à reprodução assistida para pessoas transmasculinas no Brasil, buscando responder à seguinte **questão de pesquisa**: Como as políticas públicas e as práticas médicas no Brasil conduzem os direitos reprodutivos e o acesso à reprodução assistida para pessoas transmasculinas e de que maneira essas abordagens atendem às suas expectativas e necessidades de relação à realização do desejo de paternidade biológica?

A Tese a ser defendida é de que, apesar de avanços legislativos e de políticas públicas em relação aos direitos LGBTQIA+ no Brasil, pessoas transmasculinas enfrentam barreiras significativas na garantia de seus direitos reprodutivos, como no acesso à reprodução assistida, devido a lacunas na legislação e nas políticas públicas, nas práticas médicas inadequadas/desatualizadas e no baixo conhecimento específico da população transmasculina sobre seus direitos, o que limita a realização do desejo de paternidade biológica nesta população e vai de encontro ao princípio da integralidade do SUS.

2 OBJETIVO

2.1 Objetivo Geral

Analisar os direitos reprodutivos e o acesso à reprodução assistida para pessoas transmasculinas no Brasil, englobando as políticas públicas, as perspectivas médicas e as das pessoas transmasculinas, incluindo suas necessidades e expectativas com relação à paternidade biológica.

2.2 Objetivos Específicos

2.2.1 Identificar as lacunas sobre direitos reprodutivos e à acesso RA nas políticas públicas brasileiras no que se refere a pessoas transmasculinas;

2.2.2 Descrever os conhecimentos e práticas de profissionais médicos(as) de clínicas de RA sobre direitos reprodutivos e reprodução assistida para pessoas transmasculinas;

2.2.3 Descrever os conhecimentos e as demandas de pessoas transmasculinas relacionados aos direitos reprodutivos e reprodução assistida com ênfase no desejo de paternidade biológica.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 DEOLOGIA DE GÊNERO: A SUA INVENÇÃO COMO INSTRUMENTO DE NEGAÇÃO DA DIVERSIDADE SEXUAL

Reconhecer a diversidade de gênero é essencial para promover a igualdade na diferença e o respeito as múltiplas possibilidades do viver humano

(Ricardo Nascimento)

3.1.1 A criação da Ideologia de gênero: algumas questões

As ideologias de gênero são um conjunto de crenças culturais sobre o valor relativo e as naturezas essenciais de homens e de mulheres, em termos dos seus papéis na sociedade, ou seja, são normas socialmente pré-determinadas de atividades, papéis e atributos que uma dada sociedade considera apropriados para homens e mulheres e que nem sempre correspondem ao gênero naturalmente expresso pelos indivíduos. Essas crenças são quase sempre baseadas em um entendimento binário ligado à existência de dois sexos biológicos opostos, ou seja, um gênero 'feminino' específico para as mulheres e um gênero 'masculino' específico para os homens. Essas ideologias esculpem os gêneros influenciando no modo como as pessoas se posicionam no mundo, a partir daquilo que normatizaram como papéis de gênero na sociedade.

Para Junqueira (2022) a ideologia de gênero nada mais é do que um projeto desenvolvido paulatina e inteligentemente, com claro objetivo de evitar a perda de poder da religião Católica no mundo, ao trazer de volta conceitos ligados ao patriarcado e contrários ao feminismo e às lutas pelos direitos LGBTQIA+. Ao longo de sua obra intitulada *A invenção da Ideologia de Gênero: um projeto de poder* o Junqueira (2022) contextualiza os fatos históricos que motivaram o nascimento da “ideologia de gênero”, sua evolução e uso no contexto social presente e a possibilidade de que seu manutenção, como discurso retrógrado, se perpetue. Demonstra ainda o quanto a teoria da “ideologia de gênero” se capilarizou e a sua capacidade de influência em tomadas de decisão pelos que a professam e divulgam como verdade.

Neste cenário pode-se dizer que a ofensiva “antigênero” se dá a partir do avanço do ativismo ultraconservador, associado à emergência e revigoração de um discurso reacionário que adquire características de cruzadas morais, de alcance transnacional e de matriz católica fundamentalista, orientada no sentido de conter ou mesmo anular os avanços obtidos pela

sociedade em relação a gênero, sexo, sexualidade, com estratégias voltadas a produzir pânico moral, em uma batalha em defesa da família tradicional (Junqueira, 2022).

Essa cruzada antigênero fez nascer a falácia de que a identidade de gênero é uma “ideologia” que busca confundir a cabeça das crianças possibilitando a transformação de meninos em meninas. O termo, na verdade, se refere à maneira como cada pessoa se enxerga como indivíduo e se expressa na sociedade, independentemente do seu sexo biológico e sem se restringir a um determinado “modelo padrão” de comportamento masculino ou feminino (Escobar, 2019).

Segundo a psicanalista Regina Navarro Lins⁴, a verdadeira “ideologia de gênero” é o que existe hoje: um modelo predominantemente patriarcal (dominado pelos homens), em que as pessoas são socialmente obrigadas a se comportar de acordo com modelos pré-definidos do que significa ser homem ou mulher. Por exemplo, na manutenção do velho estereótipo de que “homem não chora”, ou de que meninos devem vestir azul e brincar de carrinho, enquanto as meninas vestem rosa e brincam de boneca. Quem não se enquadra nesses modelos é frequentemente ridicularizado, ou até discriminado. Em sua fala durante uma palestra proferida no *Talk USP* em julho de 2019, a psicanalista afirmou que “Durante muito tempo isso foi uma coisa séria, porque sempre as pessoas foram muito mutiladas. Você tinha que abrir mão de aspectos da sua personalidade para se encaixar no que era esperado como masculino ou feminino.”

...A primeira vez que eu vi um homem trans, eu pirei, assim, eu olhei aquela figura e falei, puta que pariu, eu não preciso ser mulher! Não é um destino, assim, eu posso ser outra coisa. E naquele dia eu chorei muito, assim, porque caiu uma ficha muito doida, porque eu sempre me senti muito estranho, como que uma coisa que não cabia dentro daquele corpo, uma coisa desengonçada, uma coisa como... sabe, tu já vestiste um terno menor do que o teu corpo? Mas de dentro era essa sensação, desse terno muito apertado, dessa roupa que a qualquer momento parecia que se eu fizesse a posição certa, ia rasgar inteira. Eu me senti traído por toda a humanidade. Tipo, por que vocês mentiram pra mim a minha vida inteira com essa merda de eu ter que ser mulher? Sabe? Puta que pariu, caralho! Eu me senti muito traído, assim, tipo, muito traído por todo mundo! (P 1)

Atualmente, porém, segundo a pesquisadora a sociedade caminha para o fim da divisão estrita de gênero, libertando as pessoas para se expressarem com mais liberdade, da forma que se sentirem melhor. “Você percebe que a fronteira entre masculino e feminino está se dissolvendo. Hoje não existe nada que interesse a uma mulher que não interesse a um homem;

⁴ Palestra proferida durante o USP Talks, realizado no dia 30 de julho de 2019, no auditório do Museu de Arte de São Paulo (Masp). Disponível em: <https://jornal.usp.br/atualidades/identidade-de-genero-e-transgeneridade-oposto-da-ideologia/> Acesso em 30 ago 2023

e isso é condição até para uma sociedade de parceria. Cada vez mais as pessoas estão questionando e refletindo sobre isso” (Lins, 2019, n.p.).

Estudiosa do assunto, a doutora em educação Jimena Furlani, em entrevista concedida em 2017 à agência de jornalismo investigativo Pública⁵, afirma que a ideologia de gênero é uma narrativa criada no interior de uma parte conservadora da Igreja Católica e no movimento pró-vida e pró-família, tendo recebido notoriedade na década de 90, quando de uma Conferência Episcopal da Igreja Católica realizada no Peru em 1998, cujo tema foi “A ideologia de gênero – seus perigos e alcances”. A retórica da chamada ideologia de gênero afirma haver uma conspiração mundial entre ONU, União Europeia, governos de esquerda, movimentos feminista e LGBTQIA+ para “destruir a família”, mas que, em última análise, objetiva, sim, propagar um pânico social e voltar as pessoas contra aos estudos de gênero e contra todas as políticas públicas voltadas para as mulheres e a população LGBTQIA+, sobretudo nas questões relacionadas aos chamados novos direitos humanos, por exemplo, no uso do nome social, no direito à identidade de gênero, na livre orientação sexual (Furlani, 2017; Machado, 2018; Junqueira, 2022).

Gênero foi adotado como moldura conceitual pelo movimento feminista dos anos 80 para analisar os mecanismos legais e culturais da subordinação das mulheres. O conceito gênero só surgiu porque se tornou necessário mostrar que muitas das desigualdades às quais as mulheres eram e são submetidas, na vida social, são decorrentes da crença de que nossa biologia nos faz pessoas inferiores, incapazes e merecedoras de menos direitos. O conceito gênero buscou não negar o fato de que possuímos uma biologia, mas afirmar que ela não deve definir nosso destino social (Girard, 2007; Furlani, 2017). Na visão de Furlani:

Hoje os estudos de gênero se aproximam também das discussões com outras identidades, como raça-etnia, classe social, religião, nacionalidade, condição física, orientação sexual etc., sendo, por isso, chamados de estudos de interseccionalidade. O conceito gênero permite, ainda, explicar os sujeitos LGBTQIA+, especialmente os sujeitos trans, na medida em que discutem, por exemplo, a identidade de gênero e o uso do nome social. Portanto, a perspectiva de gênero está na base dos novos direitos humanos e na justificativa das políticas de amparo às mulheres que repercute nas discussões acerca do conceito de vida e das leis sobre direitos sexuais e reprodutivos, e aborto e à população LGBTQIA+. [...] Sem dúvida, se considerarmos que o conceito gênero permite as discussões acerca da posição da mulher na sociedade, da aceitação dos novos arranjos familiares, das novas conjugalidades nos relacionamentos afetivos, ampliação da forma de ver os sujeitos da pós-modernidade e no reconhecimento da chamada diversidade sexual e de gênero, então, não há campo do conhecimento contemporâneo mais impactante e perturbador para as instituições conservadoras e tradicionais que os efeitos reflexivos dos estudos de gênero. Isso nos faz entender porque o empenho tão enfático, persistente e até, em algumas situações, antiético das instituições que criaram e divulgaram essa narrativa denominada “ideologia de gênero (Furlani, 2017, n.p.).

Um dos argumentos utilizados pela cruzada antigênero é de que a ideologia nega a biologia. Esse argumento da negação da biologia não é apenas absurdamente equivocada em relação aos estudos de gênero, mas constitui-se num ato deliberado de má-fé – uma desonestidade intelectual daqueles que criaram e divulgam a ideologia de gênero no Brasil. Os estudos de gênero não negam a biologia por um motivo muito simples: é preciso que ela exista para que possamos dizer que gênero é tudo o que não é biológico, ou seja, gênero difere da biologia. Todos os seres humanos possuem um sexo e um gênero. Enquanto o “sexo” é o conjunto dos nossos atributos biológicos, anatômicos, físicos e corporais que nos definem menino/homem ou menina/mulher, o gênero é tudo aquilo que a sociedade e a cultura esperam e projetam, em matéria de comportamento, oportunidades, capacidades etc. para o menino e para a menina, portanto gênero é um conceito da sociedade e da cultura. Não faz nenhum sentido dizer que os estudos de gênero negam a biologia; os estudos de gênero discordam é do determinismo biológico – quando a biologia é utilizada pra definir nosso destino social (Furlani, 2017).

Em relação a importância dada à biologia, pelos defensores da política antigênero importante destacar o que, ainda em 2004, Butler já afirmava:

Se o Vaticano busca substituir a linguagem de gênero pela linguagem do sexo, isto se deve ao fato de que esta instituição pretende rebiologizar a diferença sexual, isto é, restabelecer um estreito conceito biológico de reprodução como um destino social da mulher (Butler, 2004, p. 185).

Com este olhar Junqueira (2022) acrescenta que o construcionismo social ao invés de defender a possibilidade de produção individual dos corpos, sujeitos e identidades, enfatiza a dimensão social dos mesmos, onde impondo ordenamentos naturais como legítimos, necessários e imutáveis, num apelo à rebiologização da vida, em uma visão naturalizante antigênero da sexualidade, da família e do casamento, baseada na complementaridade homem-mulher. Neste contexto as estratégias discursivas utilizadas por grupos antigênero não corresponde ao que academicamente se consagrou a partir dos anos de 1980. Estudos, pesquisas e reflexões, debates inesgotáveis de origens teóricas e políticas, foram reduzidos a uma “teoria”, no singular, criando a imagem de um inimigo comum e personificado, a ser demonizado. Passou a não haver debate e sim a afirmação de posições próprias, de que a “teoria de gênero” seria um erro da mente humana, refutada por especialistas e desmentida pela biologia.

A partir da década de 90 sacerdotes e teólogos começaram a formular um discurso para rebater a perspectiva de gênero que vinha sendo desenvolvida pelas acadêmicas feministas de

vários países do mundo (Machado, 2018). No âmbito da América Latina, a visita apostólica de Ratzinger, então Papa Bento XVI, resultou em um documento conclusivo da Conferência do Episcopado Latino Americano e do Caribe, na Cidade de Aparecida-SP em 2007, conhecido como “Documento de Aparecida”. Em um pronunciamento contundente, o Papa fez advertência ao Clero sobre os ataques contra a família e ao matrimônio, em questões como o aborto, o divórcio, as uniões civis, o celibato clerical em oposição à Teoria da Libertação e o envolvimento dos padres na política, que à época se tornava frequente. Ainda, abordou o tema difícil da pedofilia na Igreja, evitando todas as formas do que chamou de “desvios no campo da sexualidade”. Esta visita se revelou uma viagem apostólica, reafirmando a posição tradicionalista da Igreja Romana, determinada a desempenhar um papel relevante na definição dos rumos da política e da sociedade. Neste pode-se dizer que a concepção de gênero enquanto categoria foi alvo de uma disputa: enquanto as feministas apresentavam uma leitura construcionista, a Igreja Católica defendia que o termo estivesse fundamentado na identidade sexual biológica dos homens e mulheres (Corrêa, 2011). Consequência disso foi que, a partir de 2007, houve um aumento gradual e sustentado do discurso antigênero, em todo o continente sul americano, ganhando terreno e vigor no âmbito dessas sociedades (Junqueira, 2022).

No cenário brasileiro pode-se afirmar que o Brasil inicialmente não exerceu um papel de destaque na luta antigênero. No entanto essa discreta participação se tornou uma política de Governo, que rapidamente passou a fazer parte, discretamente no início, de uma política de Estado. Os primeiros passos da política antigênero no Brasil ocorrem a partir dos anos 1990 e seu crescimento se dá a partir da criação, em 2004, do programa federal Brasil sem Homofobia e, em 2006, do projeto de lei sobre a criminalização da Homofobia e da vedação deontológica do Conselho Federal de Psicologia da chamada “cura gay”. Acrescente-se que a aprovação da união estável entre pessoas do mesmo sexo, em 2011 e depois em 2013, fez eclodir de modo ostensivo o tema da Ideologia de Gênero, unindo bancadas políticas e com ataques à educação nas escolas e seu corpo docente. A luta acelera durante o governo Dilma e tem em Temer um grande apoiador. Mas, com a eleição de Bolsonaro e a ascensão do bolsonarismo, houve um incremento das discussões dessa temática como nunca antes, tornando-se o governo federal o grande ator da política antigênero no país, ao mesmo tempo em que houve um enfraquecimento progressivo das políticas governamentais de promoção da diversidade (Furlani, 2017; Machado, 2018; Junqueira, 2022).

Neste cenário merece destaque o papel de parlamentares católicos e pentecostais brasileiros na cruzada antigênero. Segundo Machado (2018):

Observa-se uma aliança cada vez maior entre os dois segmentos com parlamentares de ambos os lados assinando conjuntamente os projetos para coibir o aborto e a inserção da perspectiva de gênero nas políticas públicas ou sendo selecionados para serem os relatores dos mesmos (Machado, 2018, p. 8).

Ao finalizar um artigo intitulado *O discurso cristão sobre a “ideologia de gênero”* a pesquisadora Maria das Dores Campos Machado tece as seguintes considerações finais, com as quais concordamos:

Estamos frente a uma disputa que envolve segmentos organizados em movimentos sociais, ONGs e instituições confessionais com visões de mundo e interesses bem distintos: os cristãos com leitura a-histórica da bíblia, bem como uma concepção heteronormativa e patriarcal da sociedade, e os setores sociais que valorizam a autonomia dos sujeitos sobre seus corpos e sexualidade. Nesta contenda cultural e política, a categoria gênero desenvolvida por acadêmicas feministas e adotada como linguagem de política pública global pelas agências internacionais é vista pela Igreja Católica e segmentos pentecostais como um recurso ideológico que é pernicioso para a ordem social. Valorizando a dimensão cultural, esta categoria tem um efeito destabilizador nos princípios naturalistas desenvolvidos pela ciência moderna que ajudaram a atualizar o discurso cristão da criação da espécie humana por Deus. As/os intelectuais cristãs/aos que participam da disputa simbólica em torno da categoria de gênero percebem claramente que, nesta nova cruzada, o discurso não pode ser só de cunho religioso; ele tem que buscar fundamentação no campo científico onde a argumentação feminista foi desenvolvida. E foi a interpretação da ideologia enquanto mistificação ou falseamento da realidade que estas intelectuais acionaram contra a gramática de gênero das feministas (Machado, 2018, p. 13).

Poderíamos falar muito mais sobre ideologia de gênero traçando inclusive uma linha do tempo e todas as questões que envolvem esta temática, mas este não é o foco do presente estudo. Sendo assim buscamos apenas trazer apenas algumas questões para auxiliar na compreensão da força da regulação da cisheteronorma e do contexto em que pessoas que desafiam o padrão de sexualidade que regula o modo como a sociedade ocidental está organizada vivenciam, ao escapar da norma. Entre estas estão as pessoas sexo/gênero/dissidentes, que rompem com o que lhes é designado, pelo sexo biológico, ao nascer e são designadas pelo discurso biomédico de transexuais. É sobre elas que passaremos a falar.

3.1.2 A transgeneridade

No modelo biomédico o termo transgeneridade se refere a pessoas que não se reconhecem no corpo e no sexo biológico com o qual nasceram, podendo apresentar, inclusive, aversão intensa ao seu sexo biológico.

No entendimento biomédico, pessoas travestis e transexuais são vistas como aquelas que possuem discordância entre o “sexo biológico” (entendido como o complexo genital vagina/pênis) e a identidade de gênero. Este entendimento parte de uma centralidade cisgênera e deu um paradigma cis-hetero-normativo, que pretende, como norma, uma concordância entre genes/genitais/gênero. Nesta lógica, o gênero é designado no momento do nascimento por uma interpelação do poder médico-jurídico de acordo com a normatividade de corpo-genital-gênero (Albino et al., 2021, p. 177).

A temática da transgeneridade é complexa e possibilita múltiplas abordagens. Neste momento optamos por contextualizar sua emergência ao longo da história e seus desdobramentos desde os primórdios até os dias atuais.

Buscando um breve resgate histórico encontramos que um dos primeiros a utilizar os termos “travesti” e “transexual” foi o médico e sexólogo alemão Magnus Hirschfeld (1868 – 1935), que sustentava que a orientação sexual era inata e não uma escolha deliberada, e acreditava que a compreensão científica da sexualidade promoveria a tolerância das minorias sexuais. Seus estudos o tornaram um proeminente defensor dos direitos dos homossexuais no início do século XX (Miliauskas e Pinheiro, 2023).

O primeiro uso da palavra transexual na literatura científica se deu no artigo “*Psychopathia Transexualis*” (1949), do sexólogo estadunidense David O. Cauldwell. Para ele a transgeneridade era caracterizada como uma deficiência mental, que repercutia performaticamente no corpo do sujeito como decorrência de uma mentalidade insana levando pessoas trans a desejarem e a se reportarem como alguém de outro sexo/gênero (Aguiar e Guimarães, 2021).

A partir da década de 1950, ao surgirem publicações que registraram e defenderam a especificidade do “fenômeno transexual”, teve início a construção do dispositivo⁶ da transgeneridade, o qual foi se aperfeiçoando ao longo do tempo até culminar nas resoluções médicas e definições internacionais acerca da transgeneridade (Bento, 2006).

Na década de 60 Harry Benjamin (1885-1986) – um endocrinologista e sexólogo americano nascido na Alemanha, foi pioneiro no reconhecimento da transgeneridade e no desenvolvimento de intervenções médicas para indivíduos transexuais e transgêneros. Benjamin popularizou o termo “transexual” e definiu os primeiros critérios diagnósticos da transgeneridade em seu livro “*The Transsexual Phenomenon*” de 1966, no qual defendia que a intervenção cirúrgica era a melhor resposta para casos de transgeneridade e também que transexuais recebessem hormônios para o sexo que desejavam se tornar, em uma tentativa de

⁶ Segundo Foucault (2020), dispositivos “são formados por um conjunto de práticas discursivas e não discursivas que possuem uma função estratégica de dominação. O poder disciplinar obtém sua eficácia entre os discursos teóricos e as práticas reguladoras”.

adequar o corpo à mente, assim como a cirurgia para de readequação sexual para estes pacientes (Aguiar e Guimarães, 2021; Miliauskas e Pinheiro, 2023).

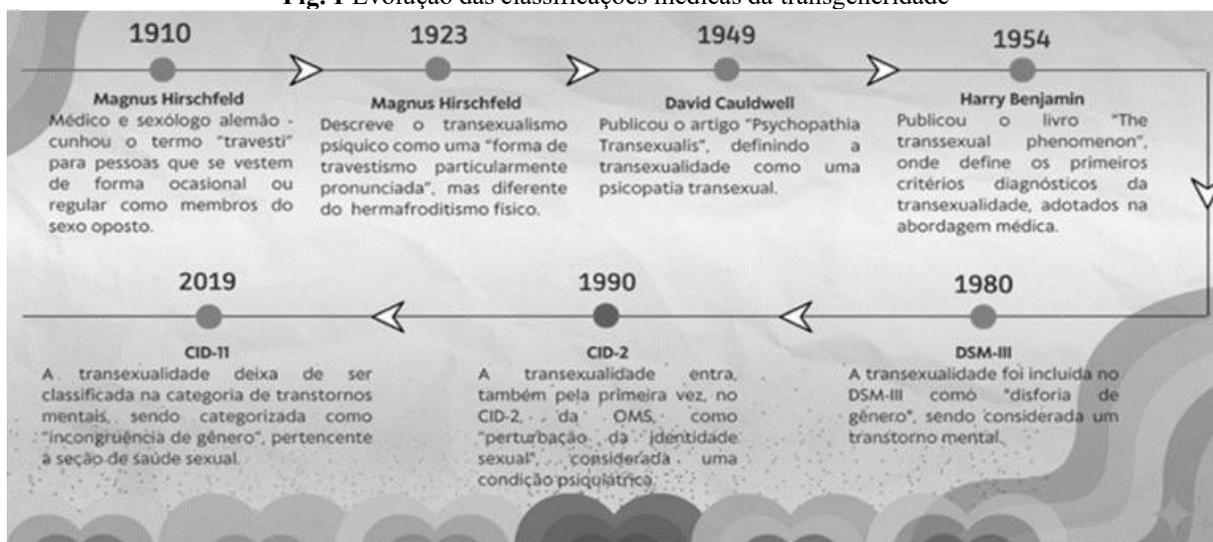
Do ponto de vista da saúde mental, em 1975 o psiquiatra Robert Stoller afirmou que uma criança gostar de brincadeiras ou de se vestir com roupas de outro gênero seria indicativo de uma sexualidade “anormal” e as explicações médica e psicológica tiveram o poder de cristalizar a identidade transexual, em uma tentativa exitosa de “universalização” do transexual (Ávila e Grossi, 2010).

Berenice Bento (2006) divide o tratamento conferido ao longo da história para as pessoas trans em duas posições: a psicanalítica e a biologista. Embora essas posições proponham explicações diferentes sobre a origem do "transtorno" ou da "doença", o que à primeira vista aponta para uma suposta disputa de saberes, a autora constata a existência de um eixo unificador entre ambas: a defesa da heterossexualidade natural dos corpos. Neste cenário, o transexual verdadeiro e universal seria aquele que atenderia aos indicadores eleitos para medir níveis de feminilidade e de masculinidade presentes nos demandantes às cirurgias, por sinal os mesmos adotados para medir as condutas de um homem/uma mulher biológico(a).

Como visto, a patologização das identidades trans está pautada em um paradigma biomédico-científico. Porém, a mesma ao colocar em xeque noções essencialistas de gênero, sexo, identidade e sexualidade, colocou em pauta um extenso debate político, social e intelectual. Fazendo um grande salto histórico, em 1980, a transgeneridade foi categorizada como “disforia de gênero” pela primeira vez na terceira edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), em 1980. Em 1990, foi incluída na Classificação Internacional de Doenças – 2ª versão (CID-2), publicação promovida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), como “perturbação da identidade sexual”. Apenas em 2019, por meio do CID-11 (atual), a OMS removeu a transgeneridade da lista de transtornos mentais, sendo reclassificada como “incongruência de gênero”, pertencente à seção de saúde sexual (American Psychiatric Association, 2013; Albino et al., 2021; Miliauskas e Pinheiro, 2023).

Na figura abaixo apresentamos esquematicamente a evolução histórica da transgeneridade.

Fig. 1 Evolução das classificações médicas da transgeneridade



Fonte: Adaptado de Miliauskas e Pinheiro (2023)

Outro marcador importante a destacar ao longo desse processo histórico é a cirurgia de redesignação sexual, conhecida popularmente por cirurgia de mudança de sexo.

A primeira cirurgia deste tipo em um ser humano, foi realizada por Hirschfeld no Instituto de Ciência Sexual em Berlim, Alemanha, fundado por ele em 1919, onde Félix Abraham se tornou o primeiro cirurgião a realizar a operação de mudança de sexo em 1921. Em 1930 a cirurgia de redesignação sexual foi realizada também em Lili Elbe – retratada no filme “A garota Dinamarquesa” – tornando-se uma das primeiras cirurgias de mudança de sexo da história. Anos mais tarde, a cirurgia de redesignação sexual ocorrida na Dinamarca em 1952, de Christine Jorgensen, ex-militar do exército norte-americano, ganhou enorme destaque na imprensa da época. Anos mais tarde, a cirurgia de redesignação sexual ocorrida na Dinamarca em 1952, de Christine Jorgensen, ex-militar do exército norte-americano, ganhou enorme destaque na imprensa da época, sendo divulgada em jornais estadunidenses [...] com o resultado, o procedimento recebeu uma grande visibilidade, se tornando o principal modelo médico de intervenção para os casos de transgeneridade (Miliauskas e Pinheiro, 2023, p. 4).

O primeiro protocolo oficial de tratamento de redesignação sexual foi desenvolvido em 1979 pela *Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association* (HBIGDA), fundada em 1979, que desempenhou um papel fundamental no estabelecimento de diretrizes médicas para a transição de gênero, incluindo terapia hormonal e cirurgia de redesignação sexual. Em 1998, a organização mudou seu nome para *World Professional Association for Transgender Health* (Miliauskas e Pinheiro, 2023).

Este cenário levou, e ainda nos dias de hoje leva, a crenças de que pessoa trans, ou transexual verdadeiro/a é aquela que quer fazer e ou realizou cirurgia de “mudança de sexo” e performa dentro dos padrões oposto à sua genitália, ou seja, de feminilidade e/ou masculinidade. Vale ressaltar, porém, que nem todas as pessoas transgênero buscam por procedimentos cirúrgicos ou hormonais, pois cada um tem uma relação muito particular com o corpo e procurar ou não por alguma alteração não torna alguém “mais trans” ou “menos trans”

uma vez que a experiência de cada pessoa no processo de transição é única. Com este olhar, fazer a transição pode significar coisas diferentes para diferentes pessoas. Para algumas pessoas, pode significar uma mudança de pronomes, roupas e nomes. Para outras, isso pode envolver intervenções médicas com hormônios e cirurgia.

Por mais que eu quisesse passar por menino no dia a dia, eu também não quero ter que tomar hormônios. Eu não quero pelos faciais, eu não quero uma voz bem grossa. E queria que todos soubessem que nem todas pessoas trans acreditam ter nascido com as partes erradas ou com o corpo errado. Nem tudo é preto e branco, portanto, os sentimentos que as pessoas têm com seus corpos podem variar. Respeitem as escolhas das pessoas trans para fazer o que quiserem com seus corpos. Afinal, é o corpo delas, e não o seu. (P 6)

Tudo bem não fazer a transição médica, desde que você esteja confortável consigo mesmo e com seu corpo. Isso é a coisa mais importante. Não existe uma maneira 'verdadeira' de ser trans (P 3)

Ser trans não tem nada a ver com tentar adaptar a imagem da sociedade com o gênero que você pertence — tem mais a ver com a sua própria percepção sobre isso. (P 7)

Eu nunca senti que tinha o corpo errado, mas eu sabia que havia mais a ser descoberto do que a sociedade me contava. Minha alma e essência sempre foram de um homem, mas eu pessoalmente não sinto a necessidade de fazer a mudança médica no meu corpo para viver a verdade. Mesmo com uma vagina, ainda sou um homem. (P 2)

Eu nasci no corpo errado. Eu sou macho. Muito mais homem que muito homem que tem por aí (P 9)

Uns não querem a cirurgia outros não querem a hormonização. A resposta nem sempre é sim ou não. Tem muitas variáveis (P 10)

Como se pode perceber, não há uma única maneira de ser pessoa trans, uma vez que existe uma multiplicidade de corpos que se alçam contra os regimes que constroem os corpos “normais” ou “anormais” (Preciado, 2004). A única verdade universal é que a transgeneridade nos obriga a desconstruir binarismos rígidos presentes nas categorias de gênero tradicionais: homem/mulher, masculino/feminino, heterossexual/homossexual.

Vale ressaltar que a despeito da multiplicidade de maneiras de ser uma pessoa trans, grande parte recorre a hormonização com intuito de aproximar seus corpos do gênero com o qual se identifica, o que nos levou a pesquisar hormonização com foco nas questões trans e com ênfase na hormonização buscada por homens trans, objeto da presente pesquisa, e que apresentamos a seguir.

3.2 HORMONIZAÇÃO E SAÚDE DE PESSOAS TRANSMASCULINAS: ENTRE RISCOS E BENEFÍCIOS

Comecei a tomar hormônio masculino. A testosterona age rápido. A voz foi ficando rouca e surgiram pelos no meu rosto. Parei de menstruar e pipocaram espinhas. Era como se estivesse passando novamente pela puberdade, mas a cada dia me sentia mais confiante e feliz. Durante a recuperação da mastectomia, eu não podia nem levantar os braços, mas um sentimento de liberdade tomou conta de mim (P 5)

A saúde transgênero é um campo interdisciplinar em rápida evolução. Estima-se que 0,1% a 2% da população geral se identifica como transexual ou em não conformação de gênero (Goodman et al., 2019). As pessoas trans abrangem uma gama diversificada de identidades e expressões de gênero e têm diferentes necessidades de cuidados de afirmação de gênero ao longo de sua vida. Quando os padrões de cuidado estão ausentes para determinados grupos, esse vácuo pode resultar em uma multiplicidade de abordagens terapêuticas, incluindo aquelas que podem ser contraproducentes ou prejudiciais. Não é raro que pessoas trans vivenciem transfobia, estigmatização, ignorância e recusa de atendimento ao procurar serviços de saúde, o que contribui para disparidades significativas na assistência em saúde, uma vez é comum o relato de terem que ensinar seus médicos a cuidar delas devido ao conhecimento e treinamento insuficientes destes últimos (Albino et al., 2021; Coleman et al., 2022).

E aí o médico simplesmente não sabia me atender, ele não sabia passar para encher receita. Eu tive que ensinar para ele como é que ele fazia para encher receita. A gente mesmo lia o que a gente tinha de produção acadêmica e científica e a gente repassava para os médicos. Era nítido o despreparo médico porque realmente é tudo muito novo, mas acredito que vai melhorar entendeu? (P 8)

O atendimento de saúde às pessoas com incongruência de gênero exige do profissional conhecimentos que não são tradicionalmente abordados nas faculdades ou nos programas de residência. Por isso, algumas vezes, esse atendimento pode não ser o mais adequado e isso gera desconforto e rechaço por parte do paciente, em relação ao serviço ou ao profissional de saúde.

Entre os cuidados médicos de afirmação de gênero se encontram os chamados tratamentos hormonais ou terapia hormonal que aqui denominaremos hormonização, uma vez que as palavras tratamento e terapia implicam, em nossa percepção, na “cura ou alívio dos sintomas de uma doença”, o que não é o caso da transgeneridade. Ressalte-se que apesar da transgeneridade ainda ser considerada como disforia de gênero - uma condição de saúde mental, no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5-TR) da Associação

Americana de Psiquiatria e ser reconhecida como uma condição na Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, na 11ª Versão da Organização Mundial da Saúde (CID-11), desde 2019 ela não está mais na lista de doenças da Organização Mundial de Saúde (OMS) e a incongruência de gênero não é mais vista como patológica ou um transtorno mental na comunidade mundial de saúde.

A hormonização na pessoa trans visa a deixar baixos os níveis hormonais endógenos e manter níveis hormonais fisiológicos compatíveis com os do gênero oposto, a fim de estimular o aparecimento dos caracteres sexuais secundários desejados. Essas alterações são responsáveis por maior autoaceitação e, conseqüentemente, maior bem estar físico, mental e emocional. Neste sentido, durante a preparação para a hormonização, discutir objetivos e desejos da pessoa trans, a fim de ajustar as características sexuais secundárias para que elas fiquem congruentes com sua identidade de gênero, é fundamental uma vez que existe uma diversidade de expectativas, objetivos e identidades sexuais. Esses pontos devem ser debatidos e esclarecidos antes do início das medicações. As expectativas exageradas com a hormonização devem abordadas e esclarecido que a eliminação completa das características sexuais secundárias não é possível (diferenças na pelve, laringe, mandíbula, mãos e pés) e que, no caso de homens trans, o uso de testosterona para transição hormonal é um processo lento e os efeitos podem ser observados desde o primeiro mês após iniciar seu uso e se completam em até 5 anos. Atenção especial deve ser dada ao histórico de uso de hormônios sem prescrição médica (Vieira, 2019).

Nas últimas décadas, o consumo de hormônio masculino, a testosterona, cresceu em decorrência de seu uso indiscriminado com o objetivo de ganhar massa muscular e aumentar a disposição. Entretanto, devido à falta de provedores experientes, acesso prematuro, barreiras de custo e/ou experiências anteriores estigmatizantes, muitos homens trans que adquirem medicamentos à base de testosterona, na maioria das vezes o fazem sem prescrição médica, seguindo informações errôneas encontradas na *internet* a respeito do uso deste hormônio ou até mesmo por indicações de amigos/as também trans.

Eu saía de farmácia em farmácia perguntando como que eu fazia pra comprar, aí tinha um balconista que traficava testosterona, aí eu comprei com ele e comecei a tomar sozinho, peguei uma seringa e injetei. (P 8)

Isso representa riscos à saúde associados ao uso de terapia não monitorada, em doses potencialmente supra terapêuticas e à exposição potencial a doenças transmitidas pelo sangue em caso de uso de esteroides injetáveis se as agulhas forem compartilhadas para administração. No entanto, para muitos indivíduos, é o único meio de adquirir tratamento de afirmação de

gênero medicamentoso necessário, que de outra forma seria inacessível. Por outro lado, há de se considerar também que a hormonização, desejada pela maioria das pessoas trans com vistas a primeira modificação corporal, é uma intervenção de saúde. Com este olhar, o uso de hormônios deve ser abordado com uma lente de redução de danos para garantir que os indivíduos estejam conectados com provedores que possam prescrever hormonização segura e monitorada (Coleman et al., 2022).

A transgeneridade pode se manifestar ainda na infância. É consenso o fato de o gênero de uma criança ser fluido e se desenvolver ao longo do tempo, motivo pelo qual a hormonização com intuito de afirmação da transgeneridade não é indicada nesta etapa da vida. Contudo isso não é justificativa suficiente para negar ou impedir a transição social para uma criança pré-púbere quando isso seria benéfico para ela e deve partir dela mesma.

Hoje com o conhecimento que eu tenho, eu vejo que desde a minha infância, adolescência, eu já demonstrava muito que era um homem trans. Mas como a gente não tinha consciência, era algo que não se falava. Não tinha modelo. O máximo que eu conhecia eram as travestis. Nem sabia que existia homem trans. (P 4)

Nestes casos a transição social de gênero - processo pelo qual uma criança é reconhecida pelos outros e tem a oportunidade de viver publicamente, seja em todas as situações ou em determinadas situações, na identidade de gênero que afirma, é indicada e deve ser discutida com a família. Isso pode incluir: mudança de nome e de pronome; mudança nos marcadores de sexo/gênero (por exemplo, certidão de nascimento; carteiras de identidade; passaporte; documentação escolar e médica; etc.); participação em programas separados por gênero (por exemplo, equipes esportivas; clubes recreativos e acampamentos; escolas; etc.); uso de banheiro e vestiário; expressão pessoal (por exemplo, estilo de cabelo; escolha de roupas; etc.); comunicação de gênero afirmado para outras pessoas, por exemplo, mídia social; anúncios de sala de aula ou escola; cartas para famílias extensas ou contatos sociais; etc. (Ehrensaft al., 2018).

Até recentemente, havia informações limitadas sobre a prevalência da diversidade de gênero entre adolescentes. Estudos de amostras do ensino médio indicam taxas muito mais altas do que se pensava anteriormente, com relatos de até 1,2% dos participantes se identificando como transgênero e até 2,7% ou mais (por exemplo, 7–9%) experimentando algum nível de diversidade de gênero autorreferida. Esses estudos sugerem que a diversidade de gênero na juventude não deve mais ser vista como rara. Além disso, um padrão de proporções desiguais por sexo atribuído foi relatado em clínicas de gênero, com adolescentes designados como

mulheres no nascimento iniciando cuidados 2,5 a 7,1 vezes mais frequentemente em comparação com adolescentes designados como homens no nascimento (Coleman et al., 2022).

Segundo estes autores habitualmente o tratamento de afirmação para adolescentes é dividido em três categorias e apresentaram critérios de elegibilidade em relação à idade/estágio da puberdade - ou seja: bloqueadores retardadores da puberdade totalmente reversíveis assim que a puberdade começou; hormonização parcialmente reversível (testosterona, estrogênio) para adolescentes na maioridade e cirurgias irreversíveis a partir de 18 anos, exceto mastectomia “masculinizante” torácica, que teve idade mínima de 16 anos.

Os critérios adicionais de elegibilidade para cuidados médicos relacionados com o gênero incluíram uma história persistente e longa (infância) de “não conformidade” / disforia de gênero, surgindo ou intensificando-se no início da puberdade. Os dados demonstram funcionamento psicológico melhorado ou estável, imagem corporal e satisfação com o tratamento, variando de três meses a até dois anos a partir do início do mesmo. Em uma grande amostra não probabilística de adultos identificados como transgêneros, Turban et al., (2022) descobriram que aqueles que relataram acesso a hormônios de afirmação de gênero na adolescência tinham menores chances de suicídio em comparação com pessoas transexuais que acessam esses hormônios na idade adulta (Coleman et al., 2022).

As perspectivas de ética médica e direitos humanos também devem ser consideradas nesse contexto. Por exemplo, permitir que a puberdade irreversível progrida em adolescentes que experimentam incongruência de gênero não é um ato neutro, uma vez que pode ter efeitos nocivos imediatos e duradouros para o jovem transgênero. Assim, fornecer tratamento de afirmação de gênero para jovens com diversidade de gênero que atendem aos critérios, leva a resultados positivos e nessa abordagem, a supressão puberal foi considerada aos 12 anos, medicamentos para afirmação de gênero aos 16 anos e intervenções cirúrgicas após os 18 anos. (Hembree et al., 2017). Uma razão convincente para o início mais precoce, pode ser o fato de se estar evitando a supressão puberal prolongada, dadas as possíveis preocupações com a saúde óssea e as implicações psicossociais de retardar a puberdade. Estudos realizados com jovens transmasculinos demonstraram que a disforia torácica (relacionada a existência da mama) está associada a taxas mais altas de ansiedade, depressão e angústia e pode levar a limitações funcionais, como evitar exercícios ou tomar banho, ou mesmo tentativas de automutilação, como as relatadas por **João Nery** (2011) e, infelizmente, a testosterona faz pouco para aliviar esse sofrimento.

Tendo em vista que o foco do presente estudo são homens trans adultos optou-se por explorar a temática da hormonização em homens trans a partir dos 18 anos, considerada a idade da maioridade contexto brasileiro.

Para acessar a hormonização, a incongruência de gênero de uma pessoa trans deve ser marcada e sustentada. Isso pode incluir fatores como mudança de nome e documentos de identidade, revelar para outras pessoas sobre seu gênero, documentação de assistência médica ou mudanças na expressão de gênero. Há que se observar, no entanto, que a incongruência de gênero acentuada e sustentada pode existir na ausência de revelação a outras pessoas. Por outro lado, uma mudança abrupta ou superficial na identidade de gênero ou falta de persistência, é insuficiente para iniciar tratamentos de afirmação de gênero e uma avaliação mais aprofundada é recomendada, mas não é necessário que as pessoas experimentem níveis severos de angústia, em relação à sua identidade de gênero para acessar tratamentos de afirmação de gênero. De fato, o acesso pode atuar como uma medida profilática para prevenir o sofrimento. O tratamento das pessoas com incongruência persistente de gênero foi associado a baixas taxas de arrependimento e altas taxas de satisfação do paciente (Wiepjes et al., 2018).

Para a prescrição, a prática do consentimento informado é fundamental na prestação de cuidados de saúde, como um princípio ético, porque algumas condições específicas, como histórico de câncer sensível a hormônios, podem exigir avaliação e tratamento adicionais que podem impedir a hormonização. Preocupações semelhantes podem estar presentes para adultos que desejam acessar intervenções cirúrgicas.

Como as intervenções médicas de afirmação de gênero geralmente afetam a capacidade reprodutiva é importante que as pessoas estejam cientes das implicações da hormonização para a reprodução e estejam familiarizadas ou pelo menos informadas, sobre o armazenamento de gametas e as opções de reprodução assistida. Estudos relatam que adultos trans expressam o desejo de serem pais e desejam buscar a preservação da fertilidade com taxas variadas relacionadas à idade, sexo e duração da hormonização para afirmação de gênero e que ocorreram altas taxas de preservação da fertilidade após aconselhamento abrangente sobre fertilidade entre indivíduos transgênero (Defreyne et al., 2020).

Eu comecei a hormonização com o médico e nunca fui orientado sobre fertilidade seja para evitar a gravidez ou para planejar uma futura, porque homem não é engravidado não é mesmo? É isso que muitos médicos pensam. (P 2)

Como visto até aqui, pessoas transgênero e com diversidade de gênero podem exigir hormonização para afirmação de gênero, necessária para alcançar mudanças consistentes com

seus objetivos de corporificação, identidade de gênero ou ambos, pois quando ela é fornecida sob supervisão médica o seu uso é seguro em adultos. No entanto, existem alguns riscos potenciais a longo prazo e monitoramento e triagem cuidadosos são necessários para reduzir eventos adversos. Em geral, o objetivo é atingir os níveis séricos dos esteroides sexuais para corresponder aos níveis associados à identidade de gênero do indivíduo, embora não tenham sido estabelecidos intervalos ideais. A hormonização com objetivo masculinizante geralmente consiste em testosterona, monitorando-se os níveis de hormônios sexuais que são mantidos em uma concentração suficiente para manter uma boa saúde óssea, de forma fisiológica (Hembree et al., 2017).

Ele deve ser mantido ao longo da vida, mas não se sabe se as doses hormonais devem ser reduzidas em pessoas idosas. Indivíduos que fazem uso de testosterona podem ter riscos e eventos cardiovasculares adversos aumentados, como aumento do infarto do miocárdio, pressão arterial, diminuição do colesterol HDL e excesso de peso devendo os profissionais de saúde discutir o estilo de vida e a terapia farmacológica para pacientes com maior risco de desenvolver doenças cardiovasculares. A policitemia é outro distúrbio que pode se apresentar em pessoas que fazem uso da testosterona. Portanto, é importante monitorar continuamente o desenvolvimento de condições que podem ser exacerbadas pela hormonização ao longo da vida. Uma vez que os níveis adultos de testosterona são atingidos em indivíduos com ovários funcionais, que foram inicialmente suprimidos com agonistas do hormônio liberador de gonadotrofina (GnRH α), a testosterona sozinha em doses fisiológicas é suficiente para diminuir a secreção de estrogênio ovariano e os GnRH α podem ser descontinuados. Para adolescentes e adultos trans com ovários funcionais que são iniciantes, podem ser utilizadas doses fisiológicas de testosterona sem a necessidade de administração concomitante de GnRH α (Hembree et al., 2017).

Para aqueles que procuram hormonização masculinizante, os andrógenos estão disponíveis como preparações injetáveis, formulações transdérmicas e pastilhas subcutâneas. Para indução puberal, o uso de injeção de éster de testosterona é geralmente recomendado pela maioria dos especialistas inicialmente devido ao custo, disponibilidade e experiência. É aconselhável continuar com GnRH α pelo menos até que um nível de manutenção de testosterona seja alcançado. Em resposta ao uso de andrógenos, ocorre virilização do corpo, incluindo diminuição da voz, desenvolvimento muscular principalmente na parte superior do

corpo, crescimento de pelos faciais e corporais e aumento do clitóris. A supressão menstrual é uma opção comumente necessária para indivíduos trans que experimentam sofrimento relacionado à menstruação ou à antecipação da menarca.

Eu nem precisaria mais continuar tomando testosterona porque tudo que ela tinha para me dar já me deu. Já tenho passabilidade. Mas odeio menstruar e com ela não menstruo, por isso continuo. (P 1)

A melhor coisa da testo foi parar a “monstruação”, porque odeio menstruar. (P 9)

Os progestágenos podem ser eficazes em adolescentes cujo objetivo seja apenas a supressão menstrual. A administração contínua de pílulas orais só de progestágeno (incluindo as opções contraceptivas e não anticoncepcionais), injeções de medroxiprogesterona ou dispositivo intrauterino de levonorgestrel, podem ser usadas para indução de amenorreia. Indivíduos com ovários funcionais que iniciam a hormonização com testosterona podem ter 1 a 5 ciclos menstruais antes de atingir a amenorreia. Uma vez alcançada a amenorreia, alguns podem optar por continuar com o uso de progestágeno para controle de natalidade, se for relevante para suas práticas sexuais. Para a indução da puberdade masculina com ésteres de testosterona é indicado o uso de 25 mg/m² por duas semanas (ou alternativamente metade desta dose semanalmente) com aumento semanal de 25 mg/m² a cada 6 meses até que a dose adulta e os níveis alvo de testosterona sejam alcançados (Hembree et al., 2017; Coleman et al., 2022).

A hormonização com esteroides sexuais está associada a uma ampla gama de alterações físicas e psicológicas, devendo o profissional de saúde avaliar regularmente o progresso e a resposta do indivíduo a mesma. Durante o primeiro ano de hormonização as doses de hormônios esteroides sexuais geralmente são aumentadas. Um fator importante que orienta a dose é o nível sérico do hormônio esteroide sexual correspondente. Em geral, o objetivo é atingir níveis séricos para corresponder aos níveis associados à identidade de gênero do indivíduo e, embora os intervalos ideais não tenham sido estabelecidos, talvez de 3/3 meses seja uma boa prática. Depois que uma pessoa atinge uma dose estável de hormônio esteroide sexual sem efeitos adversos significativos, a frequência de visitas clínicas pode ser reduzida para uma a duas por ano (Hembree et al., 2017).

Eu vou ao endócrino de 2/2 meses porque minha testosterona dá sempre alta então tenho que controlar de perto para não ter outros problemas. (P 2)

Pra mim foi muito rápido o aparecimento da barba e isso me deixou muito feliz! A única coisa que não gosto é a calvície, mas vou usar Minoxidil na cabeça. (P 5)

Hoje eu só faço todos os exames de controle uma vez ao ano. Meu médico me liberou. Só vou ao ambulatório trans para pegar a receita da testo. (P 7)

Há de se considerar ainda que o uso de medicamento alopático, neste caso a testosterona, resulta em efeitos colaterais que podem causar alguma reação adversa. Estes efeitos colaterais, assim como o nível de risco para ocorrência dos mesmos estão apresentados na tabela abaixo:

Quadro 1 - Riscos associados à hormonização com testosterona por homens trans

NÍVEL DE RISCO	EFEITO COLATERAL
Risco provavelmente aumentado	Policitemia; infertilidade; acne; alopecia androgênica hipertensão; apneia do sono; ganho de peso; diminuição colesterol HDL e aumento do colesterol LDL
Risco provavelmente aumentado com presença de fatores de risco adicionais	Doença cardiovascular; Hipertrigliceridemia
Possível risco aumentado com presença de fatores de riscos adicionais	Doença cardiovascular Diabetes tipo II
Sem risco aumentado ou inconclusivo	Baixa massa óssea/osteoporose e câncer de mama, colo do útero, ovário e útero.

Fonte: Adaptado de Coleman et al., 2022 / OBS: Os itens em negrito são clinicamente significativos

Para além destes riscos exemplos de sinais e sintomas adversos incluem: acne androgênica ou disfunção sexual incômoda, influência adversa em testes laboratoriais, como a espironolactona que pode causar hipercalcemia, embora seja um fenômeno incomum e transitório. A testosterona aumenta também a contagem de glóbulos vermelhos (hematócrito), que pode ocasionalmente causar eritrocitose (Hembree et al., 2017, Coleman et al., 2022).

Com a testo foi como entrar na puberdade novamente, pipocaram espinhas no meu rosto. Isso sem falar no tesão constante. Mas com a Nebido melhorou bastante. (P 4)

Em relação ao risco de câncer ginecológico as diretrizes de consenso atuais não recomendam a triagem de rotina do câncer de ovário para mulheres cisgênero. Apesar de haver relatos de casos de câncer de ovário entre homens transexuais, não há evidências de que o uso da testosterona leve a um risco aumentado deste, embora faltem estudos prospectivos de longo prazo. Sendo assim homens trans com colo do útero devem passar por triagem e prevenção rotineiras do câncer do colo do útero de acordo com as práticas e diretrizes regionais baseadas na idade. Isso inclui vacinação contra o vírus do papiloma humano (HPV) e triagem de acordo com as diretrizes locais, incluindo co-teste citológico de alto HPV, se disponível (Dizon et al., 2006; Joint e Cameron, 2018).

No Rio de Janeiro de onde vim, meu endócrino pedia uma bateria de exames, aqui pedem básico, o mínimo. Me senti inseguro e por isso viajei ao RJ para consultar com meu endócrino. (P 2)

Em relação aos efeitos colaterais osteoarticulares, é sabido que a testosterona auxilia na formação e renovação óssea e que a diminuição dos níveis de hormônios sexuais está associada a um maior risco de osteoporose na velhice. No entanto, entre os homens transgênero, não houve alterações estatisticamente significativas na coluna lombar, colo do fêmur e densitometria óssea total do quadril aos 12 e 24 meses após o início da testosterona em comparação com as medidas basais (Singh-Ospina et al., 2017).

Há de se considerar ainda que existem contraindicações relativas à hormonização com testosterona, que incluem a hipertensão grave, apneia do sono e policitemia, uma vez que essas condições, como visto na tabela 1 podem ser exacerbadas pela testosterona. O monitoramento da pressão arterial e dos perfis lipídicos deve ser realizado antes e após o início da hormonização, sendo que o aumento da pressão arterial ocorre geralmente dentro de 2 a 4 meses após o início do uso. As pessoas transmasculinas que desenvolvem hipercolesterolemia e/ou hipertrigliceridemia podem necessitar de tratamento com modificações na dieta, medicamentos ou ambos. Para além desses efeitos a testosterona pode causar o aparecimento de aumento de pelos corporais e faciais, calvície masculina, aumento da massa e força muscular, diminuição da massa gorda, engrossamento da voz, interrupção da menstruação (se ainda presente), aumento da prevalência e gravidade da acne, aumento do clitóris e aumento do desejo sexual, assim como aumento da massa corporal magra e oleosidade da pele. O curso do tempo e a extensão das mudanças físicas variam entre os indivíduos e estão relacionados a fatores como genética, idade de iniciação e estado geral de saúde. Portanto, o conhecimento da extensão e do momento das alterações induzidas pelos hormônios sexuais, pode prevenir danos potenciais e gastos com aumentos de dosagem e procedimentos cirúrgicos prematuros (Dekker et al., 2016; Coleman et al., 2022). A tabela a seguir traz o tempo médio para a testosterona causar alterações no organismo de homens trans.

Tabela 1 - Curso esperado de mudanças físicas em resposta à hormonização com testosterona em homens trans

EFEITO	INÍCIO	MÁXIMO
Oleosidade da pele/acne	1–6 meses	1–2 anos
Crescimento de pelos faciais/corporais	6–12 meses	>5 anos
Perda de cabelo no couro cabeludo	6–12 meses	>5 anos
Aumento da massa/força muscular	6–12 meses	2–5 anos
Redistribuição de gordura	1–6 meses	2–5 anos
Cessaçã o da menstruaçã o	1–6 meses	1–2 anos
Aumento do clitóris	1–6 meses	1–2 anos
Atrofia vaginal	1–6 meses	1–2 anos
Aprofundamento da voz	1–6 meses	1–2 anos

Fonte: Adaptado de Coleman et. al, 2022

Apesar dos efeitos adversos causados pela hormonização verificou-se que a mesma teve um impacto positivo na saúde mental e na qualidade de vida de jovens e adultos trans que dela fizeram uso. Em muitos casos, ela pode ser considerada uma intervenção que salva vidas. Vários estudos encontraram associações entre o início da hormonização e a melhora da saúde mental em jovens e adultos incluindo melhorias na qualidade de vida pela redução na ansiedade e depressão diminuição do estresse e diminuição da paranoia. Um estudo prospectivo e controlado usando o *Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2* (MMPI-2) demonstrou melhora significativa em vários domínios do funcionamento psicológico em homens transexuais após apenas 3 meses de hormonização com testosterona (Coleman et al., 2022)

É muito bom, né? Porque a testosterona muda teu corpo, sempre quis ter barba e essas coisas todas então eu acho que ela me deixa muito bem, assim me deixa mais tranquilo, na real, me faz me olhar no espelho e finalmente me reconhecer, porque sempre fui homem, só que nasci no corpo errado. E se eu for para a polícia hoje eles nem vão pedir meu documento. Eu sou um homem, ponto. Tá entendendo? A testo me ajudou a ter a característica que eu queria ver no espelho e achar. (P 9)

A única coisa ruim da testo foi que a barba começou a crescer bem na pandemia tinha que usar mascara me senti frustrado porque não podia mostrar. (P 6)

Tendo em vista o alto custo na rede privada e os riscos, para a maioria dos homens trans a Faloplastia (cirurgia para construir um pênis), não é um desejo e nem tampouco viável. Porém em geral, do ponto de vista médico, podem ser consideradas como importantes cirurgias mais acessíveis envolvendo face e tórax/seios. Procedimentos médicos adicionais necessários incluem contorno corporal e cirurgia de voz.

Vários procedimentos estão disponíveis para cirurgias faciais de afirmação de gênero, incluindo, entre outros, condrolaringoplastia, rinoplastia, contorno ou aumento da mandíbula, queixo e testa, *facelift* e depilação. Os procedimentos disponíveis para cirurgia de tórax/mama incluem a mastectomia dupla com enxertos de mamilo, mastectomia periareolar e lipoaspiração sendo que a cirurgia de afirmação de gênero mais comum para homens trans com desenvolvimento endógeno da mama é a cirurgia torácica masculinizante (mastectomia).

Eu queria poder fazer logo a minha cirurgia da mama que me incomoda muito. Isso faz com que eu tenha que ir em psicólogo... Tirando em outros problemas que eu tenho, já tenho psicólogo por causa disso, é o que me incomoda mais, né? E não é tão caro, mas pelo SUS é muito difícil, se não tem doença não fazem entendeu? (P 9)

Cara quando transicionei, se pudesse teria feito a retirada dos peitos no dia seguinte. (P 2)

Um aspecto importante a ser destacado é o fato de que a infertilidade é um risco clinicamente significativo da utilização de hormônios esteroides sexuais. Embora algumas

peças trans possam não ter pensado em seu futuro potencial reprodutivo no momento de iniciar a hormonização, as possíveis implicações das opções de tratamento e preservação da fertilidade devem ser revisadas pelo prescritor e discutidas com a pessoa que busca a hormonização. Os mais recentes padrões de cuidados da *World Professional Association for Transgender Health* recomendam informar claramente os pacientes sobre suas futuras opções reprodutivas antes do início da hormonização e/ou cirurgia de redesignação sexual. Enquanto a cirurgia de reconstrução genital definitivamente resulta em esterilidade, a hormonização, por outro lado, também tem um impacto importante, mas parcialmente reversível, na fertilidade. As opções atuais de preservação da fertilidade para homens trans são a criopreservação de embriões, criopreservação de oócitos e criopreservação de tecido ovariano (De Roo et al., 2016).

Indivíduos com ovários funcionais devem ser aconselhados de que a hormonização com testosterona geralmente resulta na interrupção da menstruação e da ovulação, alguns meses após o início. Por sua vez, ainda existem grandes lacunas no conhecimento sobre os efeitos potenciais da testosterona nos oócitos e subsequente fertilidade dos usuários, entretanto o estudo de De Roo et al., não relata alterações metabólicas ou histológicas (De Roo et al., 2017).

Outro ponto de grande importância é a recuperação do potencial de fertilidade em pacientes com útero e ovários intactos. Eles geralmente recuperam seu potencial de fertilidade se o uso da testosterona for descontinuado. Mas, mesmo assim foi relatado um nascimento vivo após a tecnologia de reprodução assistida, com a recuperação de óvulos estimulados por hormônios de um indivíduo trans, que não interrompeu a hormonização com testosterona, relatando seu uso há 10 anos. O homem transgênero foi submetido a um ciclo de estimulação ovariana de 14 dias antes que os oócitos fossem recuperados. Um oócito foi então fertilizado e implantado no útero da parceira cisgênero do paciente. A fertilização *in vitro* recíproca resultou em uma gravidez a termo sem complicações com parto vaginal. A criança tem agora 2 anos e tem um desenvolvimento normal (Greenwald et al., 2021). Este fato é de importância fundamental, pois abre o precedente que de homens trans não teriam a necessidade de interromper o uso de seus medicamentos de afirmação de gênero, para submeter-se a estimulação ovariana, para a fertilização *in vitro*.

Vistas estas questões passamos a abordar a hormonização com testosterona no cenário brasileiro.

3.3 HORMONIZAÇÃO COM TESTOSTERONA PARA HOMENS TRANS: A REALIDADE BRASILEIRA

*Para homens trans a testosterona não é apenasum hormônio.
É o elo entre o eu desejado e o eu alcançado. (P 2)*

No Brasil, a oferta de serviços em saúde específicos para população trans possui como marco a Resolução 1482/1997 do Conselho Federal de Medicina (CFM), que teve por finalidade a autorização do livre exercício médico sobre os corpos trans com fins de modificações corporais para o trânsito no gênero. Segundo Rocon et. al (2019)

A partir dessa resolução com suas normas e regras, passou-se a autorizar a oferta de hormonioterapia e cirurgias de alteração fenotípica e genital em hospitais brasileiros públicos e habilitados para pesquisa. Em 2008, o Ministério da Saúde (MS) criou o Processo Transexualizador do SUS (PTSUS)⁸ por meio da Portaria 1707/200811, passando a permitir o faturamento dos procedimentos transgenitalizadores, incorporando-os na tabela de procedimentos do SUS. O programa foi redefinido e ampliado pela Portaria 2803/2013, passando a incorporar como usuários do processo transexualizador do SUS os homens trans e as travestis, tendo em vista que até então apenas as mulheres trans eram assistidas pelo serviço (Rocon et al., 2019, p. 2)

Em 2013 o Conselho Federal de Medicina legalizou a hormonização, incluindo para adolescentes, decisão esta foi motivada por uma combinação de fatores, a saber: a constatação do uso disseminado de hormônios por indivíduos transexuais sem acompanhamento médico, a alta taxa de manutenção da disforia de gênero na vida adulta, a elevada morbidade, sobretudo psicológica, que se segue ao desenvolvimento de características sexuais opostas ao sexo de identificação e a disponibilidade de novas drogas para assegurar a segurança e eficácia do tratamento (CFM, 2013).

É inegável que as decisões que culminaram na criação e aprimoramento do processo transexualizador do SUS constituíram um importante avanço no sentido de sua universalização à população trans brasileira. Contudo, a efetivação desse programa ainda coloca alguns desafios para gestores e trabalhadores do SUS. Em pesquisa realizada por Rocon et al. (2019) com dados produzidos a partir de entrevistas com nove mulheres transexuais que foram pacientes do processo transexualizador de um hospital universitário localizado na região sudeste, foram apontados os seguintes desafios: distribuição geográfica dos programas com concentração de seis das dez unidades habilitadas para a oferta do processo transexualizador do SUS na região

⁸ 1 O Processo Transexualizador no SUS define que pessoas transexuais e travestis podem receber hormonização com o objetivo de mudanças corporais a partir dos 18 anos de idade, se assim desejarem (BRASIL, 2013). A atual resolução do CFM no 2.265/2019 reconhece benefícios e possibilidade do início de hormonização cruzada aos 16 anos de idade (CFM, 2019).

Sudeste, bem como ausência de unidades na região Norte; discriminação e desrespeito ao nome social que impedem o acesso aos serviços de saúde e o próprio diagnóstico de transgeneridade, que, ao se orientar por normas socialmente construídas para o gênero, impede o acesso aos serviços transexualizadores.

Tem psicólogo que diz: ah mas você não parece homem. Então ainda não é o momento de transicionar. (P 7)

Apesar destes desafios e lacunas, o governo tem clareza dos benefícios da hormonização que, se feita com acompanhamento e cuidados adequados, superam em muito os riscos. Neste sentido a hormonização é considerada um direito de todos e, assim como qualquer serviço de saúde, deve estar acessível dentro de qualquer Unidade Básica de Saúde, proporcionando a população trans todos os cuidados que possam ser necessários (Brasil, 2015). No entanto para que ela possa ser prescrita, para além das contraindicações absolutas e relativas de acordo com a saúde física, existem critérios gerais a serem observados como: se idade igual ou superior a 16 anos e até os 18 anos ter anuência do/a responsável legal; desejo da pessoa em realizar hormonização; ter capacidade de consentir e usar os medicamentos com pleno conhecimento e ausência de contraindicações (absolutas ou relativas) aos medicamentos que serão utilizados (Secretaria Municipal de Saúde, Florianópolis, 2023).

A prescrição de hormonização é realizada no nível da Assistência Primária de saúde (APS), porém vários estudos apontam para a existência de lacunas em conhecimento técnico dos profissionais da saúde na atenção às pessoas trans, travestis e não-binárias (Silva et al., 2019; **Rodriguez**, 2019). Neste cenário o ideal é a existência, na APS, de ambulatórios trans, voltados exclusivamente para o atendimento em saúde deste segmento da população, o que infelizmente ainda não é uma realidade em todos os municípios brasileiros. Segundo matéria veiculada no Jornal Hoje em novembro de 2022 o Brasil possui apenas 10 ambulatórios trans credenciados pelo SUS. Dois deles se localizam em Santa Catarina, um no município de São José e outro no município de Florianópolis (capital). Estes adotam a aplicação de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para todas as pessoas que estão iniciando a hormonização e adota o modelo do Protocolo para o atendimento de pessoas transexuais e travestis no município de São Paulo (Secretaria Municipal de Saúde, Florianópolis, 2023). Do referido protocolo consta um pequeno histórico sobre a criação do Ambulatório Trans em Florianópolis, a saber:

O Ambulatório Trans de Florianópolis foi criado a partir da iniciativa de movimentos sociais e de profissionais residentes em saúde da família e comunidade em 2015, com proposta de cuidado integral em saúde às pessoas trans, travestis e não-binárias. O serviço passou por diferentes formatos desde o início de sua trajetória, funcionando

em diferentes Centros de Saúde de Florianópolis, em horários noturnos e contando com o interesse e a motivação de profissionais e residentes. Mais recentemente, desde julho de 2021, o Ambulatório vem passando por processos de (trans)formação, tendo em vista sua adequação à Portaria Nº 2.830 de 2013, que regulamenta o Processo Transexualizador no SUS. [...] O Ambulatório Trans de Florianópolis insere-se no eixo saúde do II Plano Municipal de Políticas Públicas e Direitos Humanos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais – LGBTQIA+ de Florianópolis, instituído pelo Decreto Municipal Nº 15.067, de 18 de agosto de 2015 [continua] (Secretaria Municipal de Saúde, Florianópolis, 2023, p. 4-5)

Ressaltamos que o destaque ao ambulatório trans de Florianópolis, na presente pesquisa, se deve ao fato de ser a cidade onde está inserido o campus sede da Universidade Federal de Santa Catarina, que abriga o Programa de Pós-graduação em Saúde coletiva, onde a presente tese foi desenvolvida.

No cenário brasileiro a Testosterona injetável é considerada medicamento anabolizante pela Lei nº 9.965/2000, submetida a controle especial pela Resolução RDC nº 98/2000, sendo que desse modo a Sociedade Brasileira de Urologia desaconselha e reprime severamente o uso sem prescrição médica uma vez que esta conduta pode levar a muitos efeitos adversos e problemas de saúde.

A médica não queria passar a receita então eu disse pra ela: é o seguinte, ou você me dá a receita ou eu vou de novo buscar no mercado paralelo, e aí, assim, a gente não sabe o que vai estar entrando no meu corpo, e você tem consciência aqui de que é isso que está acontecendo e é responsabilidade de vocês, porque eu vou tomar de qualquer forma. (P 1)

A testosterona pode ser administrada em diferentes formulações, e no caso de homens trans as mais frequentemente prescritas são as injeções intramusculares de ésteres de testosterona de curta ou longa ação. Nas redes municipais, a dispensação realizada é do andrógeno testosterona undecilato (250mg/ml ampolas de 4ml), IM a cada 10-14 semanas, e testosterona undecanoato 1000 mg, em solução injetável IM, a cada 12 semanas, seguindo a Portaria nº. 2.190/2015, sendo ela um medicamento de controle especial, pertencente à lista C5 da Portaria nº 344/98, atualizada pela Resolução RDC nº 98, de 20/11/2000 (BRASIL, 2020). Já o Cipionato de Testosterona Deposteron, é veiculado em ampolas de 2 ml(100mg/ml) IM. O intervalo de aplicação das doses do hormônio varia de acordo com a resposta clínica, o nível hormonal atingido e os efeitos adversos observados no paciente. (BRASIL, 2015). O ideal para o tratamento é que os níveis séricos de testosterona total permaneçam na média do intervalo normal de referência para o sexo masculino que é de 320 – 1000 ng/dL, evitando doses suprafisiológicas, que estão ligadas aos efeitos adversos (Trindade et al., 2021), sempre instruindo os indivíduos transgêneros sobre as mudanças físicas que ocorrerão devido ao uso de hormônios sexuais (Hembree et al., 2017), sendo que o nível sérico de testosterona deve ser avaliado em momentos diferentes de acordo com a formulação em uso.

Quando se utiliza o Undecanoato de Testosterona deve-se coletar o exame no intervalo intermediário entre duas injeções. No caso da Testosterona de ação curta a dosagem necessita ser realizada na véspera da aplicação seguinte, e deve-se manter a testosterona com valor um pouco acima do limite inferior de normalidade do método, geralmente de 320 ng/dL. Já para a Testosterona de via transdérmica, que é disponibilizada em gel e que deve ser utilizada diariamente no período da manhã, o monitoramento deve ser realizado após duas ou três semanas de uso e a coleta do exame deve ser feita cerca de quatro horas após a aplicação, ou logo antes a próxima aplicação.

Durante a hormonização dos homens trans, assim como a dosagem de testosterona, deve também ser realizada a dosagem do Estradiol. Quando se atingem níveis de estradiol abaixo de 50 pg/mL este valor é considerado seguro para prevenir sangramento uterino, porém, em alguns raros casos é necessário o uso concomitante de Progesterona para encerrar os ciclos menstruais, principalmente naqueles que utilizam a testosterona por via transdérmica. Contudo, o que se vê na maioria dos casos é que a testosterona por si só consegue bloquear os ciclos menstruais em até no máximo três meses após o início da sua utilização.

Eu estudava o assunto na internet e dizia para médica: você tem que pedir exame de estradiol. Ela respondia: não precisa, dosagem de testosterona basta. A testosterona sempre testei, mas engraçado os médicos sempre foram relutantes em pedir estradiol e demais hormônios femininos. (P 4)

Por ser considerada uma substância anabolizante (RESOLUÇÃO RDC Nº 98/2000; LEI Nº 9.965/2000 E A PORTARIA MS Nº 344/1998) a testosterona, deve ser adquirida sob controle e sua prescrição está sujeita a normas especiais, seguindo um protocolo, portanto é necessário que a receita de testosterona: seja formulada em duas vias, contenha endereço da pessoa usuária, descreva o código CID (pela CID-10: F 64.0, a partir de 2022 pela CID-11: capítulo 17), contenha o CPF da médica(o) prescritor(a), não exceda a quantidade de cinco ampolas, ou a equivalente a 60 dias de hormonização.

Este controle se dá pelo fato da hormonização com testosterona não ser inócua podendo o seu uso sem acompanhamento médico trazer sérios danos à saúde. Mesmo que exista um protocolo para sua utilização cabe ao profissional de saúde informar sobre as possibilidades, consequências, limitações e riscos associados a hormonização masculinizante. Em especial, para homens trans que pretendem engravidar é imperioso informar que ela é contraindicada durante a gravidez ou durante a tentativa de engravidar espontaneamente, devido aos seus potenciais efeitos iatrogênicos sobre o feto.

Sim, no ambulatório trans eles orientam todos os efeitos colaterais sobre o corpo. Tem até um folheto explicando tudo. (P 3)

O quadro abaixo apresenta o o protocolo de hormonização com testosterona adotado pelo Ambulatório trans de Florianópolis:

Quadro 2 - Andrógenos utilizados para hormonização de homens trans, transmasculinos e pessoas não-binárias no Ambulatório Trans de Florianópolis - SC

Andrógenos	Posologia	Dose Habitual	Via de adm.	Apresentação	Custo Estimado
Cipionato de testosterona	200mg 1 ampola a cada 28 a 14 dias	200mg 1 ampola a cada 28 a 14 dias	Intramuscular	200mg/2mL	\$\$\$ ¹⁰
Undecilato de testosterona	1000mg 1 ampola a cada 120 a 70 dias	1000mg 1 ampola a cada 90 dias	Intramuscular	1000mg/4mL	\$\$\$\$ Disponível pelo SUS em Florianópolis para prescritores previamente cadastrados
Propionato + fempropionato + isocaproato + decanoato de testosterona	250mg 1 ampola a cada 28 a 14 dias	250mg 1 ampola a cada 21	Intramuscular	250mg/mL	\$
Testosterona em gel	25 a 100mg aodia de testosterona	50mg (1 sachêde 5g a 1%) ao dia	Transdérmica	1%	\$\$\$\$

Fonte: Adaptado do Protocolo¹¹ para o atendimento de pessoas transexuais e travestis da Secretaria Municipalde Saúde do município de Florianópolis, Santa Catarina, 2023.

O O Protocolo do município de Florianópolis ainda inclui vários cuidados a serem realizados para homens trans, transmasculinos e pessoas não-binárias em hormonização sendo um deles a necessidade de acompanhamento por exames complementares como:

¹⁰ Estimativas de custo mensal com dose inicial: elaboração própria com base em pesquisa na Internet realizada em setembro de 2022; legenda: 0-50 reais = \$; 51-100 reais = \$\$; 101-200 reais = \$\$\$; >200 reais = \$\$\$\$. (Informação contida no Protocolo clínico de hormonização de homens e mulheres trans, travestis e pessoas não binárias da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis).

¹¹ Florianópolis (SC). Secretaria Municipal de Saúde. Gerência de Integração Assistencial. "Protocolo clínico de hormonização de homens e mulheres trans, travestis e pessoas não binárias de Florianópolis. 1ª ed. Secretaria Municipal de Saúde. SMS. PMF 2023. Maio. p 43. **Versão Eletrônica**

Hemograma (antes do início, com 3 meses, 6 meses, 12 meses e anualmente); Testosterona Total (antes do início, com 3 meses, 6 meses, 12 meses e anualmente); HIV (se necessário, anualmente, se fator de risco: a cada 6 meses); Sífilis (se necessário, se ≤ 30 anos: anualmente e se fator de risco: a cada 6 meses); Hepatite B (se necessário); Hepatite C (se necessário, se fator de risco: anualmente); Câncer de colo uterino (se a pessoa tiver colo uterino); Câncer de mama (se houver presença de mamas e idade entre 50 e 69 anos ou igual ou superior a 40 anos com presença de fator de risco); Clamídia (CT) e Gonococo (NG) (se fator de risco, anualmente); avaliação da necessidade de rastrear Diabetes; avaliação de Risco cardíaco vascular se idade entre 40 e 75 anos e acompanhamento da pressão arterial (Secretaria Municipal de Saúde, Florianópolis, 2023). 2023)

Ainda no rol de cuidados para esta população destacamos que o referido Protocolo preconiza a necessidade de o profissional de saúde realizar, com pessoas transmasculinas e não binárias a abordagem do planejamento reprodutivo, **se necessário** (grifo nosso), devendo o mesmo contemplar as seguintes orientações: a redução da fertilidade em consequência da hormonização e, caso haja manifestação de desejo de gestar usando seus óvulos, o profissional de saúde deve-se cogitar (em decisão compartilhada com o homem trans) a possibilidade de adiar a hormonização ou de congelamento de óvulos (serviço pouco acessível, não disponível no SUS). Para além desta orientação a pessoa deve: ser esclarecida de que a hormonização não é método contraceptivo e de que o uso de testosterona em vigência de gestação pode acarretar risco de androgenização do feto. O Protocolo ainda alerta para que o profissional evite pressuposições sobre as práticas sexuais da pessoa e discuta e decida conjuntamente com a mesma sobre os métodos contraceptivos. No caso da escolha por um método contraceptivo hormonal é esclarecido que estes não são contraindicados concomitantemente ao uso de testosterona, sendo preferível a prescrição de medroxiprogesterona 150 mg IM 3/3 meses ou outros progestágenos isolados, uma vez que estrógenos podem causar mudanças corporais indesejadas (turgência mamária, menstruação) (Secretaria Municipal de Saúde, Florianópolis, 2023).

De reprodução, possível gestação futura, anticoncepção, não orientam absolutamente nada, só orientam efeitos colaterais gerais. (P 2)

Do protocolo de município de Florianópolis nos chama a atenção o fato de que a abordagem sobre o planejamento reprodutivo, está atrelada a expressão “Se necessário”, o que nos leva a questionar quais os critérios balizam esta expressão, uma vez que, em nosso entendimento, para homens trans em idade reprodutiva esta orientação deveria ser obrigatória,

sendo assim, neste caso ao invés da expressão se necessário, poderia já estar dito que todo homem trans em idade reprodutiva deve, obrigatoriamente, receber orientações sobre planejamento reprodutivo. Em uma sociedade cisheteronormativa, na qual a gestação é vista como atributo do feminino e onde homens trans estão fadados, para além da invisibilidade de suas existências, também a uma esterilidade simbólica, essa obrigatoriedade seria uma luz na garantia do pleno exercício dos direitos reprodutivos para esta população.

Como visto, na última década, houve um aumento sem precedentes no número e visibilidade de pessoas transgêneras que buscam apoio e tratamento médico de afirmação de gênero, paralelamente a um aumento significativo da literatura científica nessa área, em especial nas questões relativas à hormonização. Neste contexto aos profissionais de saúde cabe fornecer orientação clínica para ajudar essas pessoas a acessar caminhos seguros e eficazes, para alcançar o conforto pessoal com seus EUS de gênero, otimizando sua saúde física geral, bem-estar psicológico e autorrealização, utilizando o melhor da ciência disponível e do consenso profissional especializado em saúde transgênero.

A reprodução assistida, pode ser uma das opções para viabilizar a gravidez de pessoas transmasculinas que como já mencionado, vivenciam uma esterilidade simbólica. Neste sentido cabe aqui um questionamento: como se dá na realidade brasileira o uso e acesso a esta tecnologia de reprodução por pessoas trans? É essa a discussão que buscamos trazer a seguir.

3.4 USO E ACESSO À REPRODUÇÃO ASSISTIDA POR PESSOAS TRANSEXUAIS

*Quando a natureza não
puder seguir seu caminho
A arte traçará o seu destino.
(Jorge Rezende Filho)*

A sexualidade e a reprodução são inerentes à pessoa humana e se manifestam de diferentes maneiras ao longo do ciclo vital o que, em um primeiro olhar, nos faz pensar que sendo inerente à pessoa humana gera automaticamente direitos sexuais e reprodutivos. Na verdade, estes direitos são fruto das lutas feministas para defender a liberdade sexual das mulheres e da autonomia de decisão em suas vidas reprodutivas, buscando-se romper com a moral conservadora, que prescrevia às mulheres a submissão da sexualidade à reprodução. Esta mesma moral definia a heterossexualidade como “natural”, o único modelo aceito socialmente (norma), e entendia que o sexo estava ligado à reprodução. Por isto, foram instaurados historicamente meios repressivos para manter esse comportamento hegemônico, punindo-se qualquer comportamento que destoasse da heteronormatividade.

Percebe-se a busca de um olhar universalizante nos Cadernos de Atenção Básica do Ministério da Saúde do Brasil, em relação a Direitos Sexuais e Reprodutivos ao reconhecer que “os direitos sexuais e reprodutivos incluem o princípio da universalidade para contemplar os diversos segmentos da população. A prática sexual e a maternidade/paternidade são direitos de todos, que devem ser garantidos pelo Estado [...]” (Brasil, 2010a, p. 17). Porém pergunta-se: serão os direitos sexuais e reprodutivos garantidos para as pessoas trans? Autores como Lionço (2008), Angonese e Lago (2018), consideram que não, afirmando que estas pessoas estão condenadas a uma “esterilidade simbólica”.

Buscando dados que nos possibilitem concordar com autores ou não, optamos por identificar o que já foi produzido sobre gravidez de pessoas trans por reprodução assistida nos últimos dez anos. Com este olhar, neste capítulo, pretende-se analisar a produção científica, produzida e divulgada na temática da reprodução assistida e/ou direitos reprodutivos para pessoas trans e, em especial, homens trans, em artigos científicos de circulação brasileira e estrangeira e no banco de teses e dissertações brasileiras. Para tanto foram utilizadas como fontes artigos científicos, teses e dissertações buscados em bibliotecas virtuais que abrangem publicações da Ciência da Saúde sendo selecionadas *Scielo (Scientific Electronic Library Online)*, *Pubmed*, *Google Scholar* e *Lilacs (Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde)*. A escolha destas bibliotecas virtuais se deu pela sua representatividade no campo de

pesquisa e como fonte de divulgação do conhecimento das ciências da saúde em todo território nacional e internacional.

A fim de ter um diagnóstico bem atual, optou-se por artigos publicados no Brasil e no exterior nos últimos onze anos, portanto, entre 2012 e 2023. O levantamento bibliográfico e a coleta de dados foram realizados por meio da *internet* tendo ocorrido entre março de 2022 e setembro de 2023. Na busca foram utilizadas como palavras-chaves: Reprodução assistida para pessoas trans; reprodução assistida para homens trans e direitos sexuais e reprodutivos para pessoas transmasculinas e/ou homens trans. Definidos os jogos de palavras-chaves para a realização da busca, também se estabeleceu o critério de inclusão a ser adotado: ser estudo realizado sobre reprodução assistida e/ou direitos sexuais e reprodutivos para pessoas e/ou homens trans nos últimos onze anos e ser artigos científicos publicados entre os anos de 2011 e 2023 e revisados por pares antes da publicação e/ou teses e dissertações.

O desenvolvimento da pesquisa obedeceu às seguintes etapas: 1) seleção da base de dados – plataforma utilizada como referência; 2) levantamento prévio dos artigos, teses e dissertações, a partir da seleção por palavras chave na base de dados e do recorte temporal; 3) leitura dos títulos e resumos para triagem dos artigos; 4) análise na íntegra dos artigos selecionados com extração dos pontos chave de discussão de cada um.

No período estipulado foram encontrados ao todo 40 artigos científicos e quatro dissertações, que abordavam a temática. Destes 21 artigos e duas dissertações atendiam aos critérios de inclusão. Estes foram divididos em duas categorias: Artigos e dissertações que falavam de reprodução assistida e direitos reprodutivos para pessoas trans em geral: onze artigos e duas dissertações e artigos e dissertações que falavam de reprodução assistida e direitos reprodutivos especificamente para homens trans: dez artigos e zero dissertações, totalizando 21 artigos e duas dissertações que vieram a compor a amostra final.

Foram excluídos os artigos que não se correlacionavam com temáticas sobre a população trans de forma exclusiva. Porém, foi selecionado um único artigo com enfoque amplo sobre a população LGBTQIA+ pela escassez de artigos e dissertações brasileiras nesta temática para população trans.

Para proceder à análise foi realizada a leitura crítica, onde se buscou identificar o que vem sendo produzido e publicando em nível nacional e internacional na temática da reprodução assistida para pessoas e/ou homens trans, quais os aspectos e dimensões vem sendo destacados e privilegiados nestas produções, buscando evidenciar eventuais lacunas.

Os resultados obtidos encontram-se nos quadros síntese 2 e 3 nos quais os artigos e dissertações que compõem a amostra estão identificados com autoria, periódico, título e ano de publicação.

Quadro 3 – Artigos e dissertações publicados na temática da reprodução assistida e/ou direitos sexuais e reprodutivos para pessoas trans entre 2011-2023 (continua)

N	AUTORIA	PERIÓDICO	TÍTULO	ANO
1	BARBOSA, H.H.	Revista Estudos Feministas	Proteção da autonomia reprodutiva dos transexuais	2012
2	S JAMES-ABRA et. Al.	Hum Reprod	<i>Trans people's experiences with assisted reproduction services: a qualitative study</i>	2015
3	ANGONESE, M.	Dissertação de Mestrado – Repositório Institucional da Universidade Federal de Santa Catarina	Um pai trans, uma mãe trans": direitos, saúde reprodutiva e parentalidades para a população de travestis e transexuais.	2016
4	ANGONESE, M; LAGO, M.	Revista Saúde e Sociedade	Direitos e saúde reprodutiva para a população de travestis e transexuais: abjeção e esterilidade simbólica	2017
5	GOLDMAN, R. H. et. al.	J Assist Reprod Genet	<i>Fertility treatment for the transgender community: a public opinion study.</i>	2017
6	CARDIN, V. S. G; VIEIRA, T. R.	Revista Direitos Sociais e Políticas Públicas	Famílias trans e o planejamento familiar: a autonomia reprodutiva com direito fundamental	2019
7	HOLANDA, L. L. L	Dissertação de mestrado. Repositório Universidade Federal de Alagoas	Pela afirmação do direito à filiação homoafetiva e transfetiva decorrente das técnicas de reprodução humana assistida no Brasil: das decisões judiciais favoráveis rumo à necessária legislação	2019
8	CHENG, P. J. et al.	Transl Androl Urol	<i>Fertility concerns of the transgender patient</i>	2019
9	HARRIS, R.M. et al.	J Assist Reprod Genet	<i>Ethical issues involving fertility preservation for transgender youth</i>	2020
10	YOSHIOKA, A. R; OLIVEIRA, J. S.	Brasilian Journal of development	Direitos sexuais e reprodutivos das pessoas trans: apagamento institucional nos serviços de	2021

Quadro 3 – Artigos e dissertações publicados na temática da reprodução assistida e/ou direitos sexuais e reprodutivos para pessoas trans entre 2011-2023 (conclusão)

			saúde e violações aos direitos da personalidade	
11	NASCIMENTO, R. et al.	Rev. Direito e Práx	Autonomia reprodutiva da população trans: Discursos de Direitos Humanos, cisnormatividade e biopolítica	2021
12	VERMA, K. et al.	F S Rep	<i>Social media engagement with transgender fertility content</i>	2022
13	RODRIGUEZ-WALLBERG, K. et al.	Int J Transgend Health	<i>Reproductive health in transgender and gender diverse individuals: A narrative review to guide clinical care and international guidelines</i>	2023

Fonte: Dados da pesquisa, 2023

Ao iniciar a discussão relativa aos artigos e dissertações publicados na temática da reprodução assistida e/ou direitos sexuais e reprodutivos para pessoas trans em geral são apresentados os objetivos e resultados dos artigos e dissertações da amostra, seguindo a ordem cronológica de publicação.

No primeiro artigo encontrado, publicado em 2012, intitulado *Proteção da autonomia reprodutiva dos transexuais* Heloisa Helena Barboza, Professora Titular da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, pesquisadora na área de Direito Civil, Biodireito e Bioética defende a autonomia reprodutiva de transexuais ao mesmo tempo em que demonstra que na prática essa população não tem acesso garantido à reprodução assistida. Segundo esta autora, a efetiva possibilidade de os homossexuais se valerem das técnicas de reprodução assistida para exercer seu direito à procriação, já existente, só veio a surgir, ainda que de modo não expresso, após a edição da Resolução n. 1.597/2010 pelo Conselho Federal de Medicina, segundo a qual podem ser receptoras das referidas técnicas todas as pessoas capazes que tenham solicitado o procedimento e cuja indicação não se afaste dos limites daquela resolução. Nada autoriza que se excluam os transexuais do alcance da citada resolução.

Três anos mais tarde, em 2015 oito profissionais da área da epidemiologia de Toronto, Canadá publicaram o artigo *Trans people's experiences with assisted reproduction services: a qualitative study*, fruto de uma pesquisa qualitativa que teve por objetivo identificar quais são as experiências de pessoas trans que procuraram ou acessaram serviços de reprodução assistida (RA) em Ontário, Canadá, entre 2007 e 2010. Ao final da pesquisa concluem que a maioria das

peças trans relata experiências negativas com provedores de serviços de RA, com destaque para as barreiras de acesso aos serviços de RA para pessoas trans e recomendam que se faça educação e treinamento de provedores de serviços de RA.

Em 2016, a psicóloga Monica Angonese, em sua dissertação de mestrado no Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina, desenvolveu uma pesquisa qualitativa intitulada *Um pai trans, uma mãe trans: direitos, saúde reprodutiva e parentalidades para a população de travestis e transexuais* cujo objetivo foi conhecer os discursos e experiências de pessoas trans sobre reprodução e parentalidades. Para tanto entrevistou pessoas trans utilizando também da etnografia e observação participante. A autora concluiu que há uma esterilização simbólica da população trans, pois reprodução e parentalidades parecem noções impensáveis quando se trata de sujeitos constituídos pela ideia de abjeção.

No ano seguinte, em 2017, Angonese em coautoria com a psicóloga Mara Lago, publicou um artigo intitulado *Direitos e saúde reprodutiva para a população de travestis e transexuais: abjeção e esterilidade simbólica*, no qual através de entrevista e observação participante com pessoas trans, buscou refletir sobre direitos e saúde reprodutiva quando pensados para a população trans. Em sua conclusão ratifica os achados de sua dissertação afirmando que há uma ausência da população trans nas práticas e nos discursos relacionados a direitos e saúde reprodutiva em geral o que leva a uma “esterilidade simbólica” desta população.

No mesmo ano, portanto, 2017, sete médicos do serviço de ginecologia e obstetrícia e reprodução humana de Boston, New Jersey, Michigan e Beverly Hills - Estados Unidos publicaram o artigo *Fertility treatment for the transgender community: a public opinion study*, fruto de uma pesquisa qualitativa desenvolvida através de um questionário na *web* cujo objetivo foi avaliar a opinião pública sobre o tratamento de fertilidade e criopreservação de gametas para indivíduos transgêneros. Os autores obtiveram 1.111 respostas e concluíram que a maioria dos entrevistados concordou que os médicos deveriam ser capazes de ajudar pessoas trans a terem filhos biológicos. Ateus/agnósticos eram mais propensos a apoiar essa ideia do que cristãos-protestantes, assim como entrevistados mais jovens, minorias sexuais, divorciados/viúvos e não-pais. Ao longo do estudo verificaram ainda que os participantes não se mostraram tão adeptos a que os profissionais de saúde ajudassem os homens transgênero que mantiveram o útero, a carregar a própria gravidez e 76,2% da amostra concordou que os profissionais de saúde deveriam ser capazes de ajudar a população transgênero a ter filhos biológicos.

Dois anos mais tarde, em 2019, duas profissionais da área do direito, Valéria Silva Galdino Cardin; Tereza Rodrigues Vieira docentes do centro universitário de Maringá e da Universidade Paranaense, ambas no Paraná, publicaram o artigo: *Famílias trans e o planejamento familiar: a autonomia reprodutiva como direito fundamental* fruto de uma pesquisa bibliográfica que teve por objetivo refletir acerca dos direitos reprodutivos das pessoas transgêneros. As autoras concluem que na prática o direito à saúde reprodutiva em geral não se concretiza levando a uma “esterilidade simbólica” da população trans, uma vez que a reprodução e a parentalidade destas pessoas são vistas com preconceito e menosprezo por aqueles que não reconhecem sua autonomia pessoal.

Ainda em 2019, Liv Lessa Lima de Holanda, então mestranda do Programa de pós-graduação em direito público da Universidade Federal de Alagoas defendeu sua dissertação intitulada: *Pela afirmação do direito à filiação homoafetiva e transfetiva decorrente das técnicas de reprodução humana assistida no Brasil: das decisões judiciais favoráveis rumo à necessária legislação*. Ao discutir as divergências doutrinárias das técnicas de reprodução humana assistida no Brasil, destaca que quando se fala em família homossexual, tende-se a imaginar dois homens ou duas mulheres vivendo juntos sem filhos. Indubitavelmente, a questão da homoparentalidade continua podendo ser apontada como a questão mais sensível na seara da homoafetividade fazendo parecer que parceiros do mesmo sexo podem se amar, podem ser uma família, só não podem realizar o sonho de serem pais. Neste contexto a autora afirma que “Se o casal homoafetivo externo o desejo de procriar por meio da produção artificial, é alvo de críticas por parte de muitos, que logo sugerem a adoção, haja vista a quantidade de crianças que superlotam os abrigos à espera de um lar” (p. 94). Neste cenário afirma ainda que os casais homossexuais, como família que são, possuem o direito à parentalidade assegurado pelos princípios constitucionais da dignidade da pessoa humana, igualdade, liberdade e inviolabilidade da vida privada e questiona se esse direito à parentalidade se traduz também em um direito à reprodução. Por fim a autora afirma que

De certo, a adoção parece ser o caminho menos tortuoso para que os homossexuais exerçam o seu direito à parentalidade. Todavia, em virtude dos princípios da igualdade e da liberdade, constitucionalmente assegurados, impedir o acesso dos homossexuais às técnicas de TRHA quando este é garantido aos casais heterossexuais necessita de uma carga de valoração poderosa para a discriminação em questão, o que parece não existir (Holanda, 2019, p. 95).

Como último artigo de 2019 encontramos a publicação intitulada “*Fertility concerns of the transgender patient*” do urologista americano Philip Cheng, em parceria com mais três colegas da mesma especialidade e um cirurgião plástico, na qual os autores afirmam que apesar de que indivíduos transgêneros que se submetem a terapias médicas ou cirúrgicas de afirmação de gênero correm risco de infertilidade, o efeito da terapia hormonal na fertilidade é

potencialmente reversível, mas a extensão não é clara. Neste sentido recomendam que os médicos aconselhem os pacientes transgêneros sobre as opções de preservação da fertilidade (PF) antes do início da terapia de afirmação de gênero. Falando da realidade estadunidense, assumem que existem muitas barreiras aos cuidados dessa população, tais como discriminação dos prestadores, falta de informação e barreiras legais. Afirmam também que esta população se depara com escassez de centros de fertilidade, encargos financeiros e custos emocionais e recomendam que mais pesquisas sejam realizadas para investigar a viabilidade de opções experimentais de Preservação da Fertilidade (PF) e fornecimento de melhores informações baseadas em evidências para médicos e pacientes.

No ano seguinte, em 2020, a pediatra americana Rebeca Harris, em parceria com mais dois colegas pediatras, em artigo intitulado “*Ethical issues involving fertility preservation for transgender youth*” publicado no *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, trazem o resultado de uma investigação realizada nos Estados Unidos sobre questões éticas associadas à preservação da fertilidade em jovens transexuais com base em relatos de 35 pacientes transgêneros e 19 de seus pais. Os temas que surgiram incluíram uma série de desejos e ambivalências sobre ter filhos geneticamente relacionados, variabilidade na compreensão do impacto potencialmente irreversível dos hormônios de afirmação de gênero na fertilidade, recurso à adoção e o impacto da idade na tomada de decisões. Os participantes (pacientes e pais) notaram barreiras à PF, como custos e cobertura de seguro. Vários pais expressaram preocupação com o fato de os seus filhos transexuais poderem arrepender-se no futuro por não terem tentado a PF. Tanto os jovens transexuais como os seus pais sentiram que a PF era uma precaução importante, mas tinham receios de que a mesma pudesse reativar a disforia de gênero e apontaram o alto custo desta técnica como barreira.

No ano seguinte, 2021 encontramos dois artigos brasileiros. No artigo intitulado *Direitos sexuais e reprodutivos das pessoas trans: apagamento institucional nos serviços de saúde e violações aos direitos da personalidade*, Yoshioka e Oliveira respectivamente mestrandas do Programa de Pós-graduação em Ciências Jurídicas da Universidade Cesumar de Maringá – Paraná, ao analisarem as formas de apagamento a que a população trans é submetida quando do exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos nos serviços de saúde, concluem que há um apagamento institucional: nos documentos e sistemas informáticos; na falta de uso do nome social; na inadequação do atendimento; na falta de estudos científicos e treinamento dos profissionais sobre a saúde reprodutiva das pessoas trans; na ausência de atendimento dos homens trans nos serviços de reprodução humana assistida; e no ambiente físico das clínicas e

hospitais.

No último artigo brasileiro analisado, de autoria de Rosane Bezerra do Nascimento; José Lucas Santos Carvalho (profissionais da área de direito de Sergipe); Danillo da Conceição Pereira Silva (especialista em gênero e direitos humanos - Sergipe), intitulado *Autonomia reprodutiva da população trans: Discursos de Direitos Humanos, cisnormatividade e biopolítica* o qual teve por objetivo discutir acerca da autonomia reprodutiva da população trans segundo perspectivas críticas de direitos humanos, epistemologias transfeministas e teorias biopolíticas, concluem que apesar da importância dos direitos humanos para a efetivação da cidadania integral de pessoas LGBTQIA+, persistem sentidos de invisibilidade e silenciamento que colaboram para a esterilização física e simbólica dessa população.

Em 2022, no artigo intitulado “*Social media engagement with transgender fertility content*” a obstetra norte-americana, em parceria com mais três colegas médicas da mesma especialidade, realizou um estudo com objetivo de identificar conteúdo sobre fertilidade transgênero com maior envolvimento online nas redes sociais, determinar sua precisão e qualidade e ver como isso mudou ao longo de um período de dois anos. No estudo as autoras identificaram *Facebook, Twitter, Pinterest e Reddit* como sendo os *links* com maior interação nas plataformas de mídia social e categorizaram nestes os artigos como precisos ou enganosos com base nas referências citadas e nas pesquisas atuais. A mídia alternativa foi a principal fonte de *links* de artigos populares e artigos precisos, com referências, representaram 74% do total de acessos. Assumindo que à medida que a popularidade das redes sociais continua a aumentar, é provável que os pacientes recorram às plataformas *on-line* em busca de informações e conselhos sobre fertilidade, concluem que é imperativo que os usuários da *Internet* considerem a precisão das informações apresentadas pelas plataformas de mídia social. Ao final recomendam que os médicos de endocrinologia reprodutiva e de infertilidade devem utilizar plataformas de redes sociais para educar os seus pacientes sobre o tema da fertilidade transgênero e evitar a propagação de desinformação.

De lá para cá, dentro do critério estabelecido para esta primeira categorização, ou seja, artigos cujo tema fosse a reprodução assistida e/ou direitos reprodutivos para população trans em geral, encontramos apenas mais um artigo (estrangeiro) falando sobre reprodução assistida para população trans em geral, publicado em 2023 e intitulado “*Reproductive health in transgender and gender diverse individuals: A narrative review to guide clinical care and international guidelines*”, assinado por seis profissionais médicos de várias especialidades sendo dois de medicina reprodutiva (um da Suécia e outro da Bélgica), dois obstetras

americanos, um obstetra holandês e um pediatra americano. Nele os autores apresentam o resultado de uma revisão que reuniu a literatura atual sobre questões de saúde reprodutiva para pessoas trans incluindo questões de fertilidade, preservação da fertilidade (PF), contracepção, gravidez e lactação e saúde perinatal, concluindo que embora seja recomendado pelas diretrizes internacionais discutir os riscos potenciais de infertilidade e apresentar opções de preservação da fertilidade aos indivíduos transexuais e às suas famílias antes de iniciar quaisquer tratamentos de afirmação de gênero, muitas barreiras ainda permanecem uma vez que indivíduos transgênero enfrentam frequentemente barreiras no acesso à contracepção, ao aborto, aos cuidados pré-concepcionais e aos cuidados perinatais abrangentes.

Ao fazer o levantamento do estado da arte sobre reprodução assistida para pessoas trans em geral encontramos entre as produções científicas o consenso entre os autores que: a população trans vem visibilizando sua existência e trazendo novas demandas para profissionais da saúde e que a Reprodução assistida para pessoas trans é um direito.

É, porque parece que a gente conseguiu se enraizar um pouco na cultura, na cultura do senso comum, assim. Hoje em dia a gente tá mais dentro do imaginário social, as pessoas conseguem compreender um pouco mais a nossa identidade e notar a nossa existência. (P 10)

Entre os autores brasileiros é também unânime a inquietação quanto ao não atendimento de pessoas trans em suas demandas de maternidade/paternidade biológica e que a falta de acesso e acolhimento a essas pessoas para Reprodução assistida as leva a uma esterilidade simbólica.

Os médicos, quando eu falo de gravidez, é uma surpresa, né? Porque, tipo, eu sinto uma normatividade, né? Que o homem trans se transiciona para ser um homem sim. E homens não engravidam certo? (P 2)

Quando olhamos para as publicações internacionais constatamos que a partir de 2019 surge a constatação de que as “terapias de afirmação de gênero” podem levar a infertilidade e passa a haver uma preocupação com a preservação da fertilidade de pessoas transgêneras. Também é unânime a constatação de que pessoas trans encontram muitas barreiras que vão desde as de cunho social, como preconceito e discriminação, até as barreiras para exercerem o direito à reprodução, destacando entre elas o alto custo dos tratamentos para preservação da fertilidade ou mesmo da reprodução assistida.

Eu até gostaria de congelar óvulos ou de fazer reprodução assistida, mas meu...olha o preço! Então vai ficar só no sonho. Impossível pra mim. (P 7)

Alguns artigos apontam para a falta de preparo dos profissionais de saúde para atender a população trans devido a visão cisheteronormativa da sexualidade e reprodução que a maioria dos profissionais de saúde possuem e apontam para a necessidade de formação continuada nas

questões de gênero, diversidade sexual e saúde, em especial na necessidade de que estes profissionais atentem para a questão da preservação da fertilidade orientando os riscos das terapias de afirmação de gênero para capacidade reprodutiva futura.

Fui orientado de todos os efeitos colaterais da testosterona sobre o corpo, mas nada sobre fertilidade...nada, nada (P 2)

Destaque-se que é grande o número anual de publicações científicas sobre Reprodução assistida em geral, porém quando relacionada à população trans a média é de 1 publicação a cada dois anos, sendo que no cenário brasileiro os profissionais que mais publicam sobre a temática são da área do direito, seguidos pelos de psicologia e por profissionais das ciências humanas, poucas são as publicações por profissionais da saúde, estes últimos fortemente presentes em todas as publicações internacionais.

Na sequência apresentamos o quadro dos artigos publicados tendo como foco somente homens trans¹².

Quadro 4 – Artigos e dissertações publicados na temática da reprodução assistida e/ou direitos sexuais e reprodutivos para homens trans entre 2011-2023 (continua)

N	AUTORIA	PERIÓDICO	TÍTULO	ANO
1	STERLING, J.; GARCIA, M. M	Transl Androl Urol	<i>Fertility preservation options for transgender individuals</i>	2020
2	CHO, K.; HARJEE, R et al.	F S Rep.	<i>Fertility preservation in a transgender man without prolonged discontinuation of testosterone: a case report and literature review</i>	2020
3	RESENDE, S. S et al.	JBRA Assist Reprod	<i>A transgender man, a cisgender woman, and assisted reproductive technologies: a Brazilian case report</i>	2020
4	FALCK F. et al.	J Transgend Health	<i>Undergoing pregnancy and childbirth as trans masculine in Sweden: experiencing and dealing with structural discrimination, gender norms and microaggressions in antenatal care, delivery and gender clinics</i>	2021

¹² Não foram encontrados artigos para a categoria transmasculinos.

Quadro 4 – Artigos e dissertações publicados na temática da reprodução assistida e/ou direitos sexuais e reprodutivos para homens trans entre 2011-2023 (conclusão)

5	GALE, J MAGEE, B. et al.	F S Rep	<i>Oocyte cryopreservation in a transgender man on long-term testosterone therapy: a case report</i>	2021
6	STARK, B. A.; MOK-LIN, E.	F S Rep	<i>Fertility preservation in transgender men without discontinuation of testosterone</i>	2022
7	BETHANY P. G. et al.	AACE Clin Case Rep	<i>Successful In Vitro Fertilization in a Cisgender Female Carrier Using Oocytes Retrieved From a Transgender Man Maintained on Testosterone</i>	2022
8	ALBAR, M. et al.	F S Rep	<i>Timing of testosterone discontinuation and assisted reproductive technology outcomes in transgender patients: a cohort study</i>	2023
9	FEIL, K. et al.	Dtsch Arztebl Int	<i>Fertility, Contraception, and Fertility Preservation in Trans Individuals</i>	2023
10	D'AMATO, A. et al.	Life (Basel)	<i>“Lights and Shades” of Fertility Preservation in Transgender Men Patients: A Clinical and Pathological Review</i>	

Fonte: Dados da pesquisa, 2023

Falando de reprodução assistida especificamente para homens trans o primeiro artigo encontrado é de três médicos canadenses, sendo dois obstetras e um especialista em reprodução assistida, intitulado *“Fertility preservation in a transgender man without prolonged discontinuation of testosterone: a case report and literature review”*. Datado de 2020 é um relato de caso onde foi estudada a viabilidade da preservação da fertilidade em um homem transgênero sem um longo período de cessação dos andrógenos. Afirmam os autores que na revisão de literatura só encontraram publicações onde a testosterona foi interrompida durante 3-6 meses sendo seu estudo a primeira publicação que demonstra a viabilidade da estimulação ovariana sem interrupção prolongada da testosterona em um homem transexual. Concluem que a curta duração sem testosterona pode melhorar as experiências do paciente, aumentando a aceitabilidade do tratamento e diminuindo a disforia de gênero para homens trans, considerando a preservação da fertilidade.

No mesmo ano encontramos uma publicação internacional no *JBRA Assisted*

Reproduction de sete médicos e médicas brasileiras do Centro de Reprodução Humana Assistida - Campo Grande – Mato Grosso do Sul, intitulada “*A transgender man, a cisgender woman, and assisted reproductive technologies: a Brazilian case report*” onde relatam o primeiro caso no Brasil envolvendo um homem transgênero, 34 anos que fazia uso de testosterona há dois anos tendo interrompido seu uso para o procedimento de Fertilização *in vitro* (FIV) e uma mulher cisgênero, 28 anos, tentando constituir família. Descrevem que os óvulos foram inseminados com sêmen de doador e um blastocisto foi transferido para o útero da mulher cisgênero, resultando em uma gravidez, demonstrando ser possível a gestação, para homens transexuais, mesmo com histórico prolongado de uso de testosterona. Importante ressaltar que esta foi a única publicação de autores brasileiros falando especificamente de reprodução assistida para homens trans.

Seguindo a ordem cronológica foi encontrado um no ano subsequente, 2021 artigo intitulado “*Oocyte cryopreservation in a transgender man on long-term testosterone therapy: a case report*” assinado por quatro obstetras de um centro de Fertilização e de Medicina canadense voltado para pessoas trans. Nele os autores, partindo da ideia de que a estimulação ovariana para fins de criopreservação de oócitos em um homem transgênero, sem interrupção da terapia prolongada com testosterona é algo novo e vem ao encontro do desejo de muitos deles de não parar a medicação, evitando assim o retorno de características e sintomas de gênero, incongruentes consigo mesmo, relatam o caso de um homem transgênero que estava em terapia com testosterona por 18 meses antes do início dos procedimentos para Preservação de Fertilidade. O paciente, com 21 anos, optou por continuar a terapia com testosterona durante a estimulação ovariana tendo sido recuperados 22 de seus oócitos. Concluem que o seu estudo é mais um que comprova que este tratamento é possível para pacientes em terapia continuada com testosterona a longo prazo.

No ano de 2022 três artigos estadunidenses abordam a temática. No primeiro, quatro médicos americanos, sendo três de clínica médica e um endocrinologista, publicaram o artigo intitulado “*Pregnancy in a Transgender Male: A Case Report and Review of the Literature*” que não fala diretamente da reprodução assistida, mas sim de direitos reprodutivos. Trata-se de um relato de caso um homem transexual saudável de 21 anos que conseguiu engravidar sem assistência reprodutiva, após interromper a terapia com testosterona por dois meses, fato este que levou os autores a afirmar o quão pouco se sabe sobre os efeitos da terapia hormonal de afirmação de gênero na fertilidade. Destacam que embora seja conhecido de que a testosterona reduz a fertilidade ao induzir a anovulação e alterar a histologia ovariana, seus efeitos a longo

prazo nas taxas de concepção e gravidez são amplamente desconhecidos, assim como os resultados a longo prazo para a gravidez e os filhos daqueles que foram tratados por essa terapia. Ao final concluem o quanto é importante que médicos conheçam e estudem essas questões, o que os ajudaria no fornecimento de educação e aconselhamento aos seus pacientes transgêneros, em relação às opções reprodutivas.

No mesmo ano os médicos americanos Stark (tocoginecologista) e Line (tocoginecologista, especialista em medicina reprodutiva), em artigo intitulado “*Fertility preservation in transgender men without discontinuation of testosterone*” iniciam afirmando que os homens transexuais têm sido historicamente aconselhados a descontinuar a testosterona antes da Estimulação Ovariana Controlada (EOC), um processo que pode ser angustiante para muitos indivíduos, porque envolve exposição significativa a hormônios “femininos”, com sintomas físicos associados, uma vez que envolve mudanças físicas associadas à descontinuação da testosterona e à estimulação hormonal feminina que podem ser significativamente disfóricas e uma possível barreira para aqueles que procuram procedimentos de preservação da fertilidade. Trazem então o relato de dois casos de preservação da fertilidade em dois homens transexuais sem um período prolongado de interrupção de doses mais altas de testosterona resultando em respostas adequadas à estimulação ovariana controlada enquanto continuavam com 60-80 mg de terapia com testosterona. Ao final, afirmando que seu relato contribui para o pequeno conjunto de literatura que questiona a necessidade de interromper a terapia com testosterona antes do início da FIV/Preservação da Fertilidade, em homens trans, recomendam que estudos futuros com amostras maiores devem ser realizados para confirmar esses achados e que resultados adicionais, incluindo taxas de fertilização, qualidade do embrião, taxas de gravidez e nascidos vivos e resultados a longo prazo para a prole, devem ser mais profundamente investigados. Concluem que a continuação da testosterona pode melhorar a experiência dos homens transexuais e diminuir a exacerbação da disforia de gênero.

Na mesma linha, a última publicação do ano de 2022, de autoria de médicos do Centro de cirurgia e medicina transgênera de Nova York, intitulado “*Successful In Vitro Fertilization in a Cisgender Female Carrier Using Oocytes Retrieved From a Transgender Man Maintained on Testosterone*”, reforça que os prestadores de cuidados de saúde descontinuam rotineiramente a testosterona em homens transexuais submetidos à recuperação de oócitos e afirma que até o momento, há pouca literatura para apoiar tal descontinuação e que a queda repentina nos níveis de testosterona pode ser angustiante para os homens trans. Trazem então um relato de um caso de fertilização *in vitro* recíproca (FIV) bem-sucedida usando oócitos recuperados de um homem

transgênero de 33 anos com uso contínuo há 10 anos de testosterona e parceira cisgênera 42 anos, onde o homem transgênero foi submetido a um ciclo de estimulação ovariana de 14 dias antes que os oócitos fossem recuperados. Um oócito foi então fertilizado e implantado no útero da parceira cisgênero do paciente. A fertilização *in vitro* recíproca resultou em uma gravidez a termo sem complicações com parto vaginal com criança saudável. Tendo em vista que o homem trans permaneceu com testosterona durante todo o curso de estimulação e recuperação ovariana controlada por gonadotrofinas, os autores concluem que as opções de preservação da fertilidade para pessoas transmasculinas podem incluir a retirada estimulada de óvulos se os ovários forem deixados no lugar, mesmo quando os pacientes permanecerem em terapia com testosterona.

As três últimas publicações voltadas para homens trans são de 2023. A primeira, intitulada “*Fertility, Contraception, and Fertility Preservation in Trans Individuals*” de autoria de cinco médicas do Departamento de Endocrinologia Ginecológica e Medicina Reprodutiva da Áustria, inicia pela afirmação de que um número crescente de pessoas em todo o mundo está a receber o diagnóstico de incongruência de gênero e, a maioria delas, está em idade reprodutiva, o que faz com que a contracepção segura e a preservação da fertilidade sejam questões importantes para o aconselhamento. Neste sentido apresentam uma revisão de literatura na qual encontraram que a maioria dos estudos disponíveis sobre fertilidade em pessoas trans submetidas ao uso da hormonização revela um efeito marcante na espermatogênese, mas nenhum comprometimento da reserva ovariana. Em seus dados encontraram que 59-87% dos homens trans usam contraceptivos, muitas vezes principalmente para suprimir o sangramento menstrual, porém medidas de preservação da fertilidade não são realizadas para este grupo e são utilizadas principalmente por mulheres trans. Concluem que o aconselhamento sobre a preservação da fertilidade deve sempre ser dado antes da hormonização uma vez que este não é por si só um método contraceptivo confiável, e as pessoas prestes a se submeterem ao mesmo devem sempre receber aconselhamento contraceptivo.

Ainda em 2023 três médicos de um Centro de fertilidade do Canadá, uma enfermeira canadense e um tocoginecologista da Arábia Saudita publicam o artigo: “*Timing of testosterone discontinuation and assisted reproductive technology outcomes in transgender patients: a cohort study*” onde apresentam o resultado de seu estudo que teve por objetivo verificar se existe uma associação entre o momento da descontinuação da testosterona e os resultados da tecnologia de reprodução assistida. Ressaltam que pacientes transexuais do sexo masculino em uso de andrógenos por pelo menos um mês, foram incluídos no estudo tendo sido excluídos aqueles que não iniciaram terapia de reposição hormonal ou interromperam a terapia de reposição hormonal por mais de um ano. Todos os pacientes da amostra, que iniciaram a terapia

com testosterona interromperam o uso antes do início do ciclo de preservação da fertilidade quatro semanas antes da estimulação ovariana. A retomada da menstruação não foi necessária antes do início do ciclo. Nenhum dos pacientes estivera grávido anteriormente e nem tampouco havia sido submetido a cirurgia relacionada à transição (por exemplo, ooforectomia ou histerectomia). Concluem que não houve associação significativa entre a duração da descontinuação da testosterona e o número de óocitos maduros. Sendo assim, pacientes trans do sexo masculino que já iniciaram a terapia hormonal e que estão interessados em minimizar o tempo sem testosterona, podem realizar a preservação da fertilidade.

“Lights and Shades” of Fertility Preservation in Transgender Men Patients: A Clinical and Pathological Review” é a última publicação encontrada com foco exclusivo em homens trans. Assinada por uma equipe multidisciplinar de quatorze médicos italianos das especialidades de obstetria, clínica médica, patologia e oncologia ginecológica inicia com a afirmação de que a preservação da fertilidade (PF) está se tornando uma questão crítica em homens trans que desejam descendentes biológicos no futuro. Constatam que apesar da crescente procura, atualmente não existe uma abordagem personalizada a PF para homens transexuais. Neste sentido apresentam uma revisão de literatura sobre este tópico para destacar as deficiências dos métodos atuais e áreas onde são necessárias pesquisas adicionais para avançar no campo. Concluem que é essencial fornecer aos pacientes informações precisas sobre os benefícios e riscos potenciais das diferentes técnicas de PF, levando em consideração seus objetivos reprodutivos e enfatizam a necessidade de mais investigação para desenvolver abordagens mais eficazes e personalizadas a PF para esta população.

Das dez publicações científicas encontradas apenas uma é brasileira, três são americanas, quatro canadenses, uma austríaca e outra italiana. Nas buscas na *internet* sobre reprodução assistida para homens trans, no cenário brasileiro só foram encontradas matérias de caráter informativo” em *sites* de clínicas de Reprodução Assistida e/ou *blogs* de pessoas trans, porém nenhum de caráter científico.

Como se pode perceber, dentro das bases de dados pesquisadas, somente a partir de 2020 começam a aparecer publicações científicas, todas com autoria de médicos e médicas, excetuando-se uma que tem a participação de uma enfermeira, voltadas para a questão da reprodução assistida/ direitos reprodutivos para homens trans. As publicações orbitam em torno das seguintes ideias: a influência da testosterona na capacidade reprodutiva de homens trans; a ideia de que a suspensão da testosterona com fins reprodutivos causa angústia e aumenta a disforia de gênero à medida em que os caracteres secundários masculinos deixam de estar

presentes, os poucos estudos sobre os efeitos a longo prazo da testosterona para gravidez e filhos; a contracepção como item importante no aconselhamento para homens trans; a falta de associação significativa entre descontinuação da testosterona e sucesso na preservação da fertilidade e a importância de mais estudos sobre preservação da fertilidade para homens trans.

Eu até pensei em uma futura gravidez, mas me disseram que tem que parar a testosterona e aí não dá! Não vou perder a minha passabilidade! (P 9)

É possível perceber, portanto, uma preocupação com o emocional do homem trans frente à possível supressão da testosterona com vistas à reprodução, com alto potencial de aumento da disforia de gênero, no caso aqui entendida como uma incongruência entre como se vê/percebe e como se apresenta (caracteres sexuais secundários). Neste sentido a maioria dos estudos apresentados tem como foco principal o uso da testosterona e também a preservação a fertilidade, o que consideramos um grande avanço uma vez que indicam uma aceitação do direito à reprodução para homens trans. Por outro lado, vários artigos também trazem uma preocupação com o alto custo, tanto com os procedimentos de preservação da fertilidade como de fertilização *in vitro* que a garantia deste direito implica, ou seja, não basta apenas reconhecer o direito. É necessário que se lute pela garantia, pelo Estado de acesso ao mesmo.

Essa coisa de reprodução assistida deveria ser garantida pelo SUS né? (P 5)

Neste cenário, apesar de todos os artigos reafirmarem o direito das pessoas trans à RA, nenhum faz um diagnóstico do uso e acesso desta população a esta tecnologia. Apesar de vários artigos apontarem a falta de preparo de profissionais de saúde para atendimento da população trans, poucos apontam para a necessidade de educação dos profissionais de saúde na temática.

Tais achados nos levam a concluir que os direitos sexuais e reprodutivos não estão garantidos para as pessoas trans e em especial homens trans, o que, em nosso entendimento, justifica a relevância da presente pesquisa. Há de se considerar ainda que a falta de acesso aos direitos reprodutivos por homens trans, em nossa percepção, ameaça o princípio da universalidade do SUS, tópico que abordaremos a seguir.

3.5 DIREITOS REPRODUTIVOS A PESSOAS TRANSMASCULINAS NO SUS: A UNIVERSALIDADE AMEAÇADA?

Todos os cidadãos brasileiros, sem qualquer tipo de discriminação, têm direito ao acesso às ações e serviços de saúde. O acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, renda, ocupação, ou outras características sociais ou pessoais.

(Princípio da Universalidade do SUS)

Essa coisa de reprodução assistida deveria ser garantida pelo SUS, né? (P 6)

Criado em 1988 pela Constituição federal brasileira e regulamentado em 1990, o Sistema único de saúde (SUS) é uma conquista do século XX. Sua concepção foi baseada em um modelo de saúde voltado para as necessidades da população, procurando resgatar o compromisso do Estado para com o bem-estar social, especialmente no que refere a saúde coletiva, consolidando-o como um dos direitos da cidadania. Partindo deste modelo, o SUS foi concebido como o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público. Foram definidos como princípios doutrinários do SUS:

Universalidade – o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, renda, ocupação, ou outras características sociais ou pessoais;

Equidade – é um princípio de justiça social que garante a igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie. A rede de serviços deve estar atenta às necessidades reais da população a ser atendida;

Integralidade – significa considerar a pessoa como um todo, devendo as ações de saúde procurar atender a todas as suas necessidades.

Ao longo de seus trinta anos de existência o SUS vem resistindo ao pouco investimento do Estado na saúde, o que vem se tornando uma grave e real ameaça a sua existência e a obediência aos seus princípios doutrinários, como no modelo planejado. Entre estas ameaças está a de garantir o acesso universal à saúde fazendo com que a universalidade enquanto princípio do SUS não ocorra de forma efetiva.

Neste capítulo tem-se como objetivo realizar uma reflexão acerca do princípio da universalidade no Sistema Único de Saúde (SUS), enfatizando as contradições que permeiam a

sua efetivação como direito de todos.

No Brasil, até a década de 1980 os brasileiros eram divididos entre ricos e que podiam pagar por seus próprios atendimentos em saúde, os que tinham vínculo formal de trabalho (carteira assinada) e acessavam os serviços de saúde oferecidos pela previdência pública e os indigentes que buscavam atendimento em saúde por caridade, cenário este que caracterizava uma dicotomia entre saúde pública e assistência médica e levou a mobilização de diversos grupos que, defendendo o direito universal à saúde, se engajaram no movimento sanitário buscando pensar em um sistema público que viesse solucionar os problemas encontrados no atendimento à saúde da população, rompendo com este modelo de assistência à saúde (Menezes et al, 2019).

Assim, em 1988, a Constituição Federal Brasileira, cria o Sistema Único de Saúde (SUS), ao determinar que é dever do Estado garantir saúde a toda população brasileira. Em 1990, o Congresso Nacional aprovou a Lei Orgânica da Saúde, que detalhou o funcionamento do sistema e instituiu os preceitos fundamentais do SUS que seguem até hoje. Neste contexto o Brasil foi o único país capitalista da América Latina, que, nas lutas pela democracia, incluiu a democratização da saúde ao estabelecer um sistema de saúde universal (Paim, 2019).

A partir de então todos os brasileiros e brasileiras, desde o nascimento, têm direito aos serviços de saúde gratuitos. Pode-se afirmar que o SUS é então, a resposta a uma concepção de cidadania plena, proporcionando o acesso à atenção à saúde da grande maioria dos brasileiros, como direito humano.

Em seus 30 anos de existência o SUS conquistou uma série de avanços para a saúde do brasileiro, caracterizado por melhorias nos indicadores de saúde e um significativo avanço na redução das desigualdades em saúde entre as regiões brasileiras, expansão da Estratégia de Saúde da Família, do cuidado de emergência, pré-hospitalar, a ampliação aos cuidados no tratamento de câncer, das doenças cardiovasculares, a ampliação do calendário vacinal, declínio da mortalidade infantil, das hospitalizações evitáveis, redução das desigualdades raciais na mortalidade, ações de promoção e prevenção, as medidas regulatórias no controle do tabaco, a expansão de programas de atividade física, os programas intersetoriais de prevenção de violência, das 42.975 equipes de saúde da família em 2018, contemplando 130 milhões de pessoas ou 62% da população, além de 264 mil Agentes Comunitários de Saúde e de 26 mil equipes de saúde bucal, etc. (Giovanella et al., 2018; Souza et al., 2018; Paim, 2019).

Como visto, a expansão de serviços de atenção primária em saúde no país, incluindo áreas

remotas e desfavorecidas, ampliou o acesso à atenção coletiva e individual, produzindo impactos positivos na saúde da população. Embora ainda distante de seu ideário igualitário e de não ter atingido todas as suas potencialidades, dos constantes ataques que vem sofrendo e do risco de desmantelamento, pelas políticas de ajuste fiscal, é inegável que o SUS reduziu as desigualdades no acesso aos serviços de saúde, buscando assegurá-las como direito de todos e dever do Estado.

Não obstante os avanços importantes, persistem problemas antigos; e novos têm surgido, de modo que o objetivo maior de assegurar o direito universal à saúde, via consolidação do SUS, não foi alcançado. Apesar de se configurar como um dos maiores sistemas universais do mundo o SUS, desde seu nascedouro, sofre concorrência do setor privado e constrangimentos que afetam a capacidade do Estado em garantir o direito universal à saúde. Quaisquer arranjos de seguros – sociais, privados ou subsidiados – não superam as fortalezas do desenho de sistema público nacional de saúde adotado no Brasil, sistema este ameaçado pelo fortalecimento adicional do setor privado na assistência à saúde (Giovanella et al., 2018).

Corroborando com esta ideia estudo realizado em 2019 por pesquisadores vinculados à Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), “sobre a evolução das condições de saúde da população e do sistema de saúde brasileiro nos últimos 30 anos apontou o fortalecimento do setor privado e do capital na área da saúde em detrimento do interesse público e do SUS” (Paim, 2019, p. 23).

Neste sentido, apesar das conquistas, o SUS vem enfrentado obstáculos nas últimas três décadas que vem impedindo a sua consolidação como um sistema de saúde universal tal como assegurado pela constituição. É inegável que este cenário põe em risco o princípio da universalidade do SUS, tema sobre o qual passamos a discorrer.

Segundo Paim:

A expansão da oferta de serviços públicos em três décadas de SUS foi acompanhada do crescimento do setor privado na prestação de serviços, no financiamento, nos arranjos da gestão como as Organizações Sociais (OS), Parcerias Público-Privadas (PPP), empresas públicas, entre outros; e, especialmente, no crescimento de empresas de intermediação, como as operadoras de planos e seguros privados de saúde, aprofundando a financeirização da saúde (Paim, 2019, p. 20)

Os incentivos diretos e indiretos a planos e seguros de saúde associados ao subfinanciamento do SUS foram constituindo ‘castas’ de usuários com coberturas diferenciadas. Já há uma longa distância entre oferta, qualidade, acesso e uso de serviços entre uma pequena parte da população coberta pelos planos e seguros e o restante da população. Ademais, mesmo entre os segurados, castas são estabelecidas pelo valor do prêmio pago às operadoras. Modalidades cruéis de pré-seleção de risco pelos chamados ‘planos de adesão’ ou pelos planos

empresariais ‘sob medida’ para grupos populacionais estratificados, e por outra distorção semiótica, chamada ‘saúde populacional’ que ‘retiram a nata’ de pessoas de maior risco e doentes de intermediários privados, lançando-os à ‘universalidade do SUS’ (Noronha, 2019).

Neste cenário pode-se afirmar que ao longo das três últimas décadas o sistema de saúde brasileiro foi-se distanciando da cobertura universal ‘de fato’ no acesso e no uso equitativo de serviços de qualidade definidos na Constituição. A descentralização radical, associada à fragmentação dos cuidados, acentuou as diferenças micro e macrorregionais. A ausência de uma política integrada e agressiva de investimentos não permitiu o aprimoramento da qualidade dos serviços prestados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e a diminuição na distribuição iníqua de recursos humanos e físicos para atendimento de necessidades crescente de serviços determinada pelo envelhecimento populacional e para correção da distribuição desigual da oferta. As centrais de regulação acumulam longas filas de espera, sobretudo nas regiões mais pobres. Os recursos de apoio à atenção básica se atrofiam (Noronha, 2019, p. 6).

Olhando-se para o contexto da realidade brasileira, ‘Novo Governo’, ‘nova política’, ‘nova previdência’, ‘novo pacto federativo’ forma expressões que fizeram parte dos discursos do último governo, em nível federal. Contudo, os projetos apresentados por esse mesmo governo remetiam ao passado, quando a política social não era praticada de modo a efetivar direitos, mas para manter a dependência de caridade e da lógica individual de acesso pelo mercado, mediado pelo poder aquisitivo de cada um (Menezes et al., 2019).

Neste cenário Paim (2019, p, 21) destaca que: “dentre a emendas introduzidas na Constituição e que implicam na ruptura do pacto social com a Nova República, a Emenda Constitucional 95 “constitucionaliza” o subfinanciamento do SUS até 2036, representando até o presente a mais radical das intervenções voltadas para o “SUS reduzido”, comprometendo a universalização e a expansão dos serviços públicos.

Segundo este autor os principais obstáculos aos SUS são: a) limitadas bases sociais e políticas; b) interesses econômicos e financeiros ligados às empresas de saúde; c) proposta político-ideológica da Cobertura Universal em Saúde; d) desfinanciamento; e) insuficiência da infraestrutura pública; e) reprodução do modelo médico hegemônico. A estes obstáculos, Paim acrescenta a problemática da relação público-privada no sistema de saúde brasileiro que a partir do golpe de 2016 e das eleições presidenciais de 2018, como reforçadoras destes obstáculos e ameaças incidindo sobre a correlação de forças no âmbito das políticas de saúde.

Ao finalizar a presente reflexão cabe uma pergunta: como falar de um sistema universal ou de saúde como direito de cidadania com um SUS tão encolhido apontando para o retorno de um sistema de saúde excludente, para poucos?

Em nosso entendimento, Paim (2019) responde ao afirmar que não é plausível a extinção do SUS, uma vez que um conjunto de interesses vinculados ao capital, ao Estado e às classes dominantes aponta para sua manutenção, como recurso de legitimação e cooptação ou

como lócus de expansão do capital. Neste sentido, apesar da saúde ser um tema periférico no governo atual, o SUS, reduzido a um mecanismo de atenção aos pobres, tende a ser preservado.

Porém, apesar de preservado, ao que tudo indica, persistindo a falta de financiamento ao SUS, tornando-o cada vez mais precarizado, a sua capacidade de atendimento às necessidades de saúde do brasileiro será certamente reduzida, podendo torná-lo um sistema de saúde excludente, para poucos e, portanto, não atendendo ao princípio da universalidade. O futuro a se vislumbrar é a desconstrução e precarização das políticas públicas de saúde, com efeitos nefastos sobre a saúde população brasileira, retornando à lógica pré SUS de acesso à saúde a quem por ela puder pagar.

Há que se pensar maneiras de evitar este retrocesso na assistência à saúde! Em nosso entendimento o caminho para tanto é a resistência através da luta social, combatendo às desigualdades no acesso aos serviços de saúde, lutando pela priorização do SUS no gasto público, enfim resgatando os fundamentos da Constituição que deram origem ao seu nascimento no qual a saúde é um dever do Estado e direito de todos.

E aí eu estava pensando aqui, você estava falando que seria interessante analisar a questão desse direito ao que você está explicando, que é a reprodução assistida, mas para exigir isso de acontecer no SUS vai ser daqui a muitos anos. Vai ser daqui a muitos anos. Muitos anos. (P 2)

Os procedimentos de parto, de pré-natal e de questão relacionadas a saúde reprodutiva do homem trans e do transmasculino a gente tem o atendimento pelo SUS. Quanto ao parto, quando chega para acontecer o pagamento do procedimento, ele glosa. Ele não recebe quando o sexo da gente é masculino. Entendeu? Quando o sexo do nosso CPF é masculino ele pega e recusa o pagamento. Aí eu perguntei para diretora do hospital ela falou que de fato recusa o pagamento, eles não recebem. Por exemplo, eu tive o meu parto, mas o hospital não vai receber o dinheiro correspondente a esse parto. (P 6)

A questão do atendimento foi um pouco complicada, eu tentei aqui na minha cidade pelo SUS e como aqui não tem ambulatório trans não consegui. Não consegui ter esse acesso, porque o SUS era pra dar esse suporte, né, tem a política aí, mas não é integralmente aplicada. (P 3)

Não conseguem ter esse acesso, porque o SUS era pra dar esse suporte, né, tem a política aí, e às vezes não é aplicado algumas coisas. (P 2)

O que adianta ser atendido pelo SUS, se alguns exames tidos como específicos para mulher como o preventivo e ultrassom transvaginal, por exemplo, o laboratório se nega a fazer porque o nome é de homem? (P 10)

A título de conclusão parafraseamos o sociólogo Jessé Souza (2017, p 128): “para um país que descende da escravidão, o problema não é o gasto social caber no orçamento público, mas os direitos universais caberem no imaginário das elites, que representam a ‘ralé’ como ‘não-gente’, indigna de direitos”.

Tanto a hormonização, quanto o acesso à reprodução assistida e a garantia dos direitos reprodutivos para pessoas transmasculinas envolvem questões éticas e bioéticas, tema sobre o qual discorreremos no tópico a seguir.

3.6 A EMERGÊNCIA DE UMA BIOÉTICA QUEER

*Não tenho caminho novo.
O que eu tenho de novo é
o jeito de caminhar...*
(Thiago de Mello)

A diversidade dos enfoques em bioética pode ser observada já na definição de bioética proposta por Reich (1995, p. XXI), a qual a compreende como o

[...] Estudo sistemático das dimensões morais, incluindo a visão, a decisão, a conduta e as normas das ciências da vida e da saúde, utilizando uma variedade de metodologias éticas num contexto interdisciplinar”. De modo geral, o termo “bioética” corresponderia a uma “ética da vida”, uma “ética aplicada à vida” ou uma “ação humana em relação à vida”, podendo referir-se tanto à vida na sua expressão universal (biosfera) quanto à sua especificação ao nível humano e orientar-se tanto para a construção de uma razão de ser da ação sobre a vida quanto para o estabelecimento de normas ou obrigações capazes de reger estas ações humanas. A bioética “designa um conjunto e questões éticas que coloca em jogo valores importantes para a humanidade, devido ao poder cada vez maior da intervenção tecnocientífica no ser vivo, especialmente no homem (Bertioli, 2013, p. 32).

Por muito tempo, considerou-se que o termo “bioética” havia surgido no início dos anos de 1970 com a publicação do livro *“Bioethics: bridge to the future”* de Van Ressenlaer Potter (1971), e que ele teria sido o responsável pelo uso deste neologismo pela primeira vez. No entanto, posteriormente, descobriu-se que em 1927, na Alemanha, Fritz Jahr já havia utilizado o termo, para se referir ao respeito a todos os seres vivos, aos relacionamentos éticos entre seres humanos, plantas e animais (Pessini, 2013). Porém, o surgimento da Bioética também pode remeter-se ao fato histórico ocorrido após a Segunda Guerra Mundial, onde no Tribunal de Nuremberg, foram averiguados e julgados os crimes cometidos pelo governo nazista alemão. Assim, abordagem da bioética é interdisciplinar, o que possibilita interação entre as ciências humanas, sociais e biológicas (Zoboli, 2009; Porto, Garrafa, 2011). No Brasil, a bioética chegou no início dos anos 90, em decorrência, principalmente, do movimento de Reforma Sanitária. Esse movimento nasceu no contexto da luta contra a ditadura e uniu um conjunto de pessoas e profissionais da saúde que partilhavam ideais, desenvolveram teses e integraram discussões políticas. Entre os que se dedicaram nessa luta está o sanitarista Sérgio Arouca, cuja principal herança deixada foi a compreensão da relevância dos fatores sociais e a influência destes na saúde e na vida das pessoas (Paim, 2008).

Uma obra marcante para a história da bioética se intitula “Princípios da Ética Biomédica” (1979), dos estadunidenses Tom Beauchamp (filósofo) e James Childress (teólogo). Os autores, inspirados pelo Relatório Belmont (1979), um documento normativo histórico, que buscou orientar as pesquisas envolvendo seres humanos, após os inúmeros

escândalos relacionados às pesquisas com seres humanos, adotaram alguns princípios norteadores para a bioética: o princípio da autonomia, o da justiça e o da beneficência – posteriormente dividido, pelos próprios autores, nos princípios da beneficência e da não maleficência (Beauchamp; Childress, 2002). Estes princípios se consolidaram, criando-se então uma primeira vertente bioética, chamada de Principlista que se constituiu como uma teoria dominante da bioética por quase duas décadas. A partir da década de 1990 surgiram críticas que levaram a uma ampliação conceitual, possibilitando o surgimento de outras bioéticas ou, ao menos, de outras formas de se pensar e construir bioética e outras dimensões foram sendo construídas, com contribuições que vieram de outros lugares, não somente da Europa e dos Estados Unidos (Pessini, 2008).

Assim, segundo Garrafa (2005) o desenvolvimento histórico da bioética pode se estabelecer em quatro etapas:

1 Fundação, que se relaciona com os anos 70, e o estabelecimento das primeiras bases conceituais; 2- expansão e consolidação, na década de 80, em uma expansão mundial, com o surgimento de eventos, livros, revistas e também o estabelecimento dos quatro princípios bioéticos; 3- revisão crítica, que vai nos anos 1990 até 2005, tanto do Principlismo, quanto das necessidades de enfrentar de maneira ética, problemas sanitários e de equidade em saúde; 4- ampliação conceitual: com a homologação da Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos da UNESCO, a agenda bioética é ampliada para questões ambientais e sociais (Garrafa, 2005. p. 89).

Na América Latina há diferentes tendências de pensamento, que geram diversas percepções – consideradas as diferenças de cada país, de cada cultura, do desenvolvimento, tecnológico, político e social, passando a existir uma preocupação para a construção de uma bioética que tenha identidade própria. Identidade esta que se distingue das origens norte americanas, especialmente do Principlismo (Scharamm, 2006; Garrafa, Porto, 2003).

Segundo Diniz e Guilhem (2008), a bioética não nega a existência das diferenças e das vulnerabilidades, mas, ao compactuar com a manutenção de uma estrutura opressora, acaba contribuindo para que as experiências das pessoas – às quais deveria proteger – sejam mantidas na invisibilidade. Neste sentido pode-se afirmar que a bioética foi essencialmente construída em uma lógica sexista, machista (Oliveira, 1995; Oliveira et al. 2001; Diniz e Guilhem, 2008) fundamentada, no Brasil, por meio da medicina e da teologia católica, meios compostos em sua maioria por homens, que acabam direcionando as reflexões e atuações da bioética de acordo com a sua realidade: patriarcal, cis e heteronormativa, uma vez que foi inicialmente importada por homens, brancos, médicos ou teólogos, que a vislumbravam com um olhar homogêneo (Remor e Finkler, 2016).

Para fazer uma contraposição a esta realidade, no início dos anos 90 começa a emergir

uma bioética de inspiração com as primeiras publicações e ensaios sobre o tema que viria a consolidar a bioética feminista, marcada pela busca por mudanças naquelas relações sociais que são caracterizadas pela dominação, e que impedem que a liberdade seja exercida. Neste contexto podemos afirmar que a bioética feminista procura quebrar esta lógica e ampliar as perspectivas de atuação da bioética (Diniz e Guilhem, 2000). No Brasil, Fátima Oliveira, médica, militante feminista do movimento negro, foi a responsável por idealizar uma Bioética não sexista, antirracista e libertária, apesar da resistência de uma bioética médica, branca e conservadora, tecendo críticas à forte influência da igreja católica e ao conservadorismo que acompanha as questões abordadas na bioética, bem como àqueles que a constroem, apontou como caminho a “necessidade de os movimentos antirracista e o feminista atuarem na bioética, dentre outros motivos, objetivando superar a velha ética, originariamente racista, machista e até anti mulher, para assim assegurar a construção de uma ética nova: não sexista, anti racista e libertária” (Oliveira 1995, p. 76). A este respeito Hellmann e Verdi (2012, p. 56) afirmam “Tal ponto de vista inclui a equidade de gênero entre as pessoas em geral e busca, desta forma, garantir a cidadania em espaços onde as pessoas se encontram em vulnerabilidade, especialmente pelo racismo, opressão de gênero, pobreza e fome”.

Mas afinal o que a bioética tem a ver com transgeneridade e, em especial, homens trans que desejam gestar? Em outras palavras: é legítimo abordar o fenômeno/vivência da transgeneridade com as ferramentas da bioética? Segundo Castel (2005, p. 2) o “fenômeno da transgeneridade” é tido, desde os anos 70, como “um dos problemas bioéticos e médicos mais vertiginosos existentes.” O processo transexualizador implica (para grande maioria dos casos) em intervenções cirúrgicas e hormonais sobre seres humanos, levantando questões essenciais relacionadas à forma como determinados indivíduos vivenciam a sua sexualidade, a imagem que têm de si e a própria vida que levam. Neste contexto é inegável que a vivência de uma nova *performance* de gênero, ocasiona diversos impactos de ordem moral/social, possuindo, portanto, fortes implicações de ordem moral e ética (tanto social, quanto profissional).

No entanto a transgeneridade tem se tornado alvo específico dos estudos do campo da Bioética, uma vez que esta se preocupa com todas as situações de vida, especialmente dos seres humanos que estejam em meio a diferentes escolhas morais, quanto aos padrões de bem viver. Em sua dissertação de mestrado, Grant (2015), verificou que:

Profissionais da área de saúde, psiquiatras, endocrinologistas e cirurgiões, responsáveis de forma representativa pela atualização do conhecimento científico na área de estudos sobre a transgeneridade na Medicina, mesmo em publicações consideravelmente recentes, continuam reproduzindo e reiterando os mesmos protocolos médicos e as mesmas premissas teóricas que embasaram conclusões de décadas atrás (Grant, 2015, p. 42).

Em uma breve pesquisa onde buscou o olhar de especialistas internacionais e nacionais em bioética para a transgeneridade, a autora constatou que, “de modo geral, a Bioética acolheu o paradigma médico desenvolvido em torno da transgeneridade e o perpetuou, erigindo as suas próprias teorizações com base nas premissas fixadas no decorrer dos anos” (Grant, 2015, p.45). Citando Foucault, Grant (2015) lembra que um dispositivo corresponde a um conjunto de enunciados, proposições, discursos e instituições, dentre outros elementos com potencial normativo, abarcando as suas complexas articulações e interações produtivas. Com este olhar, os protocolos médicos elaborados sobre a transgeneridade, institucionalizados e difundidos com o propósito de conceituá-la, diagnosticá-la e trata-la, a fim de conformar o indivíduo transexual aos padrões de inteligibilidade social, “adequando” o seu sexo anatômico ao gênero psicosssexual vivenciado, certamente formam um dispositivo da transgeneridade. Como contraponto a este dispositivo, em seu livro “A Reinvenção do Corpo” (Bento, 2006), ao constatar que a experiência da transgeneridade é mais diversa do que comporta o entendimento consubstanciado nas resoluções do Conselho Federal de Medicina e nos protocolos médicos, revela a necessidade da investigação acerca da origem e do processo de construção do entendimento dominante sobre a transgeneridade na Medicina, na Bioética e no Direito, a fim de que seja possível compreender o discurso médico como um problema e apontar os seus limites e insuficiências. Neste sentido, Diniz e Guilhem (2007) afirmam que

A proposta de mediação dos conflitos morais sugerida pela bioética caracteriza-se pelo espírito não-normativo, não-imperativo e, especialmente, por sua harmonia com uma das maiores conquistas do iluminismo: o respeito à diferença moral da humanidade. A bioética deve ser, então, parte de um desses projetos de tolerância na diversidade (Diniz e Guilhem, 2007, p. 67).

Schramm et al. (2011) colaboram com este olhar ao afirmarem que tendo em vista que pessoas transexuais são estigmatizadas:

Uma bioética que pretenda ser, ao mesmo tempo, descritiva, normativa e protetora deve necessariamente pôr à disposição desses sujeitos as ferramentas necessárias para que a sua existência seja protegida dos abusos da maioria preconceituosa contra o exercício da autonomia pessoal (Schramm et al , 2011, p. 75).

No caso do presente estudo, o foco se volta para a autonomia de homens trans, que desejam, terem o direito de gestar. Com este olhar, a bioética seria protetora do espaço privado e do indivíduo, protestando quando o espaço público produzir dano ao indivíduo. Assim, tem-se que:

A bioética é uma ética persistentemente imersa em assimetrias de poder entre agentes e afetados. A bioética deve ser entendida como uma advocacia em favor dos mais fracos [...] somente surtirá efeito se esta se fizer presente em momento anterior ao que os indivíduos ou comunidade tenham perdido a capacidade de reclamar seus direitos e agir em prol de seus interesses (Kottow, 2007, p. 118-223).

Em relação às pessoas trans, em um primeiro olhar pode-se pensar que se aplicam os princípios da bioética da proteção, definida por Schramm (2008) como “um subconjunto da bioética, constituída por ferramentas teóricas e práticas que visam entender, descrever e resolver conflitos de interesses entre quem tem os meios que o capacitam para realizar sua vida e quem não os tem” (p. 11). Porém, como bem define o autor, a bioética da proteção se caracteriza por ser uma aplicação do corpo teórico-prático da bioética tradicional, podendo levar a pessoa trans a uma submissão a qualquer tipo de proteção, o que contradiria a própria definição de autonomia, passando a ser também uma ética que violenta.

Neste sentido, em seu livro “Relatar a si mesmo”, Butler (2015), ao associar ética a uma forma de violência, retoma um debate sobre reconhecimento, termo muito caro ao seu pensamento, para interrogar como, dentro da reivindicação de reconhecimento, pode também estar contida a violência de um enquadramento prévio a partir do qual o reconhecimento então se dá. Recorrendo ao filósofo lituano Emmanuel Lévinas (aquele que propõe que a ética está no reconhecimento do outro enquanto diferente, sem qualquer exigência de que esse outro venha a ser constrangido ao meu quadro normativo), Butler defende que o outro se mantenha inteiramente outro e ainda assim seja reconhecido. Esse é um dos importantes argumentos de Butler, cuja motivação inicial poderia ser pensar nas exigências normativas que recaem sobre todos aqueles que não respondem aos modelos de heterossexualidade, mas que acaba por ser uma imensa contribuição ao debate sobre em que condições cada um de nós está sujeito a algum tipo de violência ética.

O médico era super antiético, não era humanizado, atendia a gente no corredor. (P 4)

Na esteira deste pensamento podemos questionar: dentre as inúmeras linhas da bioética, qual tende a respeitar a autonomia da pessoa transexual?

Várias correntes teóricas da Bioética podem ser usadas para análise dos problemas relacionados à atenção à saúde da população LGBTQIA+. Como exemplo, podemos citar a Bioética da Proteção, a Bioética da Intervenção, a Bioética Crítica de Inspiração Feminista e a Bioética Cotidiana - esta última considerada um potente referencial de análise para as questões que envolvem a saúde da população LGBTQIA+ (Hellmann, Verdi, 2012; Lima, 2012).

Para além destas correntes, existe a da bioética LGBTQIA+ que parte da premissa de que a assistência médica é boa quando realizada dentro de certos princípios éticos ocidentais, construídos pelo homem, como respeito à autonomia, beneficência, não maleficência e justiça. Sendo assim luta em nome de “direitos” ou “direitos” às ofertas da indústria médica que como é sabido tende a atender aos valores sociais da heteroconformidade. A heteroconformidade é a

imitação de estilos de vida heterossexuais por gays e lésbicas (Richie, 2020).

A bioética *queer* recentemente desenvolvida por Lance Wahlert e Autumn Fiester, tem sua gênese nos estudos *queer*, que assumem uma postura política onde a normatividade de todos os tipos é criticada, rejeitada e abandonada. Assim esta linha da bioética é centrada na não conformidade entre sexos e na diversidade sexual. Neste contexto, questiona a base sobre a qual certas visões sócio medicalizadas sobre gênero e sexualidade são justificadas na ética médica, sendo um apelo ao desmantelamento dos fundamentos bioéticos cis e heteronormativos da saúde pública. Neste sentido, tópicos de interesse bioético *queer* podem incluir, por exemplo, questões discutidas na bioética convencional como retribuição de gênero ou afirmação de sexo de pessoas trans e intersexuais, respectivamente, ou justiça reprodutiva para casais do mesmo sexo que acessam a tecnologia de reprodução assistida. Ou seja, a bioética *queer* tem por metodologia o exame das questões éticas prementes, que se encontram na interseção da identidade de gênero, sexualidade e bioética, sendo assim em seu núcleo estão os desafios relacionados à bioética enfrentados pelas pessoas LGBTQIA+, questionando seus encontros dentro do sistema médico destacando como o componente metaético e cisheteronormativo pode afetar negativamente a análise bioética profissional. Em resumo pode-se dizer que a bioética *queer* promove uma ética feminista por meio do compromisso com a aniquilação de gênero e papéis de gênero, em vez da adesão a esses roteiros sociais (Sudenkaarne, 2018; Richie, 2020).

A teoria *queer/trans* assim como a bioética *queer/trans* não é fixa e imutável. Elas estão sempre em movimento, refazendo os territórios que as compõem incluindo outras reflexões. A transgeneridade ocasiona diversos impactos de ordem moral/social, os quais oscilam entre a rejeição preconceituosa e o necessário acolhimento e respeito à diversidade. Se a Bioética pode (e pode!) contribuir para mediar este conflito em favor da aceitação, é este o caminho que nós escolhemos seguir no presente estudo: o do reconhecimento legítimo da autonomia da pessoa transexual.

Com este olhar, não há dúvida de que a gravidez de homens trans, tende a borrar as fronteiras entre feminilidade e masculinidade, uma vez que essas pessoas não abrem mão dos processos reprodutivos ao assumirem uma identidade masculina e de que é necessário um olhar da bioética para este novo cenário que se apresenta.

Quando eu penso na possibilidade de ser um pai, eu penso que é uma oportunidade de reconstruir o meu repertório de paternidade, de masculinidade. Gestar não me torna mulher...gestar é mais uma das possibilidades da masculinidade. Uma masculinidade diferente, não tóxica. Sim sou homem e quero engravidar, e daí? (P 4)

Em um primeiro olhar, a bioética *queer* ao se descolar da visão cisheteronormativa,

parece ser a que melhor responde a esta questão. Mas com certeza não é a única. Para tanto se torna necessária a busca de formas de (re)significar as relações humanas auxiliando na (re)construção de mundos possíveis, tornando suas existências mais inteligíveis, pautada no respeito aos direitos e à dignidade da pessoa humana, princípio basilar da assistência em saúde.

Na sequência abordaremos o percurso metodológico que guiou o desenvolvimento da presente pesquisa.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

Os que se encantam com a prática sem a ciência são como os timoneiros que entram no navio sem timão nem bússola, nunca tendo certeza doseu destino.
(Leonardo da Vinci)

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa exploratório descritiva com abordagem qualitativa, realizada por meio da triangulação de fontes de dados. Na abordagem qualitativa:

A cientista objetiva aprofundar-se na compreensão dos fenômenos que estuda, interpretando-os segundo a perspectiva dos próprios sujeitos que participam da situação, sem se preocupar com representatividade numérica, generalizações estatísticas e relações lineares de causa e efeito (Guerra, 2014, p. 11)

O presente estudo caracteriza-se como exploratório à medida que busca familiarizar-se com um assunto ainda pouco conhecido, pouco explorado: os direitos reprodutivos e acesso à reprodução assistida para pessoas transmasculinas no Brasil a partir das políticas públicas, da perspectiva médica e das transvivências de pessoas transmasculinas. Segundo Gil (2019) ao final de uma pesquisa exploratória é possível conhecer mais sobre determinado assunto, possibilitando a construção de hipóteses. A pesquisa também é caracterizada como descritiva, pois assim como propõe Gil (2019), tem também como objetivo a descrição das características, realidade e vivências de homens trans e equipe de saúde em relação aos direitos reprodutivos e em especial à reprodução assistida desta população.

4.2 FONTES DE DADOS: DOCUMENTOS E PARTICIPANTES DO ESTUDO

As fontes de dados utilizadas foram: a) documentos alusivos às legislações e políticas públicas sobre direitos reprodutivos para população LGBTQIA+, com ênfase na população trans (homens trans), b) entrevistas com profissionais médicos que atuam em clínica de Reprodução Assistida (RA) e c) entrevistas em profundidade com homens trans e/ou pessoas transmasculinas. Importante salientar que nas clínicas de reprodução assistida, apesar de existir uma equipe multidisciplinar, o primeiro contato para quem busca esse serviço é sempre com o(a) médico(a), motivo pelo qual foi eleita esta categoria profissional para entrevista.

Critérios de inclusão dos homens trans: autodeclarar-se homem trans, pessoa transmasculina; ter mais de 18 anos de idade. Critérios de inclusão dos(as) profissionais

médicos (as): profissionais atuam em clínicas de reprodução assistida. Como critério de inclusão para documentos brasileiros, foram considerados somente aqueles emitidos por órgãos oficiais.

4.3 COLETA DE DADOS

Como técnica de coleta foi utilizada a triangulação de dados, técnica esta que permite ao pesquisador lançar mão de três técnicas ou mais com vistas a ampliar o universo informacional em torno de seu objeto de pesquisa. (Minayo, 2010). No caso do presente estudo as técnicas utilizadas foram a pesquisa documental, entrevistas semi-estruturadas com profissionais médicos(as) e entrevistas em profundidade realizadas com homens trans.

Para pesquisa documental, realizada de agosto de 2022 a março de 2023, foi realizada a busca e levantamento via *internet*, no site do Ministério da Saúde e Secretarias estadual e municipal de saúde de documentos oficiais que contem legislações e políticas públicas voltadas para os direitos reprodutivos da população LGBTQIA+, com ênfase na população trans. Para a pesquisa bibliográfica, realizada entre março e agosto de 2023, foi realizado o levantamento das publicações a respeito da temática com busca via *internet* de trabalhos e artigos científicos publicados em português, espanhol e inglês, nos bancos de dados *Medline*, *Pubmed*, *Scielo* e *Lilacs* (Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde). A coleta de dados envolvendo seres humanos foi realizada de duas maneiras:

a) De março a julho de 2023: Médicos(as) de Centro de Reprodução Assistida: Entrevista semiestruturada, realizada por meio de um questionário autoaplicável, iniciando pelo do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Iniciou-se por clínicas de Reprodução Assistida em Florianópolis, cidade onde o pesquisador atua como médico em clínica de RA. Esgotadas as possibilidades em Florianópolis, foram enviados o TCLE e o questionário semi-estruturado para clínicas de RA do círculo de relações do pesquisador de vários estados do Brasil. Foram enviados um total de 120 questionários tendo havido retorno de 24 médicos(as) de RA que atuam em 11 cidades brasileiras.

b) De agosto a outubro de 2023: Homens trans foram entrevistados em profundidade. Para tanto utilizou-se a técnica de bola de neve, (ou *Snowball* como é conhecida esta técnica em inglês), uma técnica de amostragem não probabilística utilizada para acessar populações de baixas incidências e indivíduos de difícil acesso por parte do pesquisador. Nesta técnica as pessoas selecionadas para o estudo indicam e/ou convidam novos participantes da sua rede de amigas/os e/ou conhecidas/os. A pessoa inicial, é chamada de semente e essa semente indica o contato

de uma ou mais pessoas pertencentes a esse grupo e essas pessoas indicam outras pessoas fazendo efeito de “bola de neve”, ao aumentar a população participante da pesquisa. Essa técnica é vantajosa para alcançar essas populações, porém, pela forma que acontece, pessoas que se conhecem, com uma característica em comum, pode ser que tenham outras características em comum, correndo o risco de um estudo um pouco enviesado. Para evitar o risco de enviesamento, é importante que exista diversidade entre as sementes, para obter dados de populações mais variadas (Vinuto, 2014; Ochoa, 2015; Costa, 2018).

Na presente pesquisa a pessoa semente, foi um homem trans indicado pela coorientadora. A partir deste foram contactadas outras pessoas transmasculinas somando um total de dez participantes, de vários estados do Brasil (Santa Catarina, Rio Grande do Sul, São Paulo, Bahia, Pernambuco, Minas Gerais, Rio de Janeiro) com os quais foram realizadas entrevistas individuais em profundidade. Estas entrevistas foram realizadas por videochamada via *WhatsApp*. Antes de iniciar a entrevista foi apresentado o Termo de Consentimento livre e Esclarecido e todos autorizaram a gravação da mesma. As entrevistas tiveram um tempo médio de duração de 30 minutos e foram transcritas utilizando a ferramenta de transcrição de vídeos *Reshape*.

A entrevista em profundidade, tem como o objetivo apreender os sentidos e significados dos discursos dos homens trans. Segundo Silva:

A técnica de entrevista em profundidade deve ser iniciada com perguntas de caráter mais concreto, factuais e relacionadas às experiências cotidianas dos sujeitos, para gradativamente passar a perguntas que envolvam reflexões mais abstratas e julgamentos. As perguntas são formuladas exatamente para irem além da espontaneidade em direção ao que, por várias razões, não é comumente dito [...] Os conteúdos implícitos só podem ser captados após algum tempo de diálogo com o entrevistado porque nos minutos iniciais, há uma inibição da espontaneidade prevalecendo conteúdos do superego em reação ao ego e os conteúdos afloram apenas após um período de relaxamento, onde as defesas conscientes são “quebradas” quando, então, pode-se apreender o implícito na narrativa discursiva. Não se pode induzir perguntas. É importante que ocorra o “discurso livre”. A intervenção do pesquisador deverá ocorrer somente para aprofundar a compreensão de conteúdos relativos ao fenômeno que está sob foco (Silva, 2005, p. 72).

4.4 ANÁLISE DOS DADOS

Após coleta de dados, foi realizada a análise dos depoimentos, segundo a metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) – uma técnica de tabulação e organização de dados qualitativos, desenvolvido por Lefevre e Lefevre no fim da década de 90, tendo como fundamento a teoria da Representação Social. O DSC é um discurso-síntese elaborado com

partes de discursos de sentido semelhante, por meio de procedimentos sistemáticos e padronizados. Ele representa uma mudança nas pesquisas qualitativas porque permite que se conheça os pensamentos, representações, crenças e valores de uma coletividade sobre um determinado tema utilizando-se de métodos científicos. Neste sentido, tem por objetivo organizar e tabular os dados qualitativos extraíndo-se as Ideias Centrais (IC) e suas correspondentes Expressões Chaves (EC). A partir das EC que possuem a mesma IC, compõe-se um ou vários Discursos-Síntese – DSC, na primeira pessoa do singular. O Discurso do Sujeito Coletivo ou DSC é isso: um discurso síntese elaborado com pedaços de discursos de sentido semelhante reunidos num só discurso. É uma técnica de tabulação e organização de dados qualitativos que resolve um dos grandes impasses da pesquisa qualitativa na medida em que permite, através de procedimentos sistemáticos e padronizados, agregar depoimentos sem reduzi-los a quantidades (Lefèvre, Lefèvre, 2014).

A técnica consiste basicamente em analisar o material verbal coletado em pesquisas que tem depoimentos como sua matéria prima, extraíndo-se de cada um destes depoimentos as Ideias Centrais e as suas correspondentes Expressões Chave; com as Ideias Centrais/ Expressões Chave semelhantes compõe-se um ou vários discursos-síntese. As expressões chave (ECH), são trechos do discurso, que devem ser destacados pelo pesquisador, e que revelam a essência do conteúdo do discurso ou a teoria subjacente. A Ideia Central (IC) é um nome ou expressão linguística que revela, descreve e nomeia, da maneira mais sintética e precisa possível, o(s) sentido (s) presentes em cada uma das respostas analisadas e de cada conjunto homogêneo de ECH, que vai dar nascimento, posteriormente, ao DSC. Em síntese, o DSC constitui uma técnica de pesquisa qualitativa criada para fazer uma coletividade falar, como se fosse um só indivíduo (Lefèvre, Lefèvre, 2014). Segundo estes autores:

Na técnica do DSC o pesquisador tem a função maior de ser um “parteiro” das representações sociais ou das suas manifestações sob a forma de depoimentos coletivos. Isto equivale dizer que dar à luz uma opinião coletiva, da mesma forma que a uma criança, consiste numa operação capitaneada por sujeitos técnicos, especialistas, envolvendo tecnologia e produção. O produto que nasce de tal produção, um homem ou uma opinião, é essencialmente, uma naturalidade que, no caso da opinião, expressa uma manifestação da vida em sociedade como forma de existência de animais gregários e simbólicos como o ser humano. Tal opinião é, pois, uma alteridade, uma existência própria que, saindo, graças à expertise do pesquisador, do “útero da sociedade” onde foi gestado para a vida, não mais pertence ao “pesquisador parteiro. [...] O descrito não é, portanto, uma invenção ou criação do pesquisador, mas uma reconstituição de uma entidade existente, de um fato social, mesmo que de natureza simbólica; já o interpretado é, enquanto criação, de plena responsabilidade do pesquisador (Lefèvre, Lefèvre, 2014, p.504)

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

O fundamento deste estudo está nos preceitos éticos determinados pela Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde que discorre sobre a pesquisa que envolve seres humanos, em especial refere-se à autonomia, anonimato, sigilo, beneficência, não maleficência e justiça social garantindo ao participante, anonimato, direito de voluntariedade e desistência em qualquer momento ou etapa da pesquisa. Do ponto de vista procedimental, este estudo pautou-se na Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, que discorre sobre a pesquisa que envolve seres humanos em ciências sociais e humanas em saúde. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, registrado sob o número 5.775.520.

Do ponto de vista de pensar o projeto e a pesquisa, buscou-se fazer escuta atenta e dar voz aos homens transmasculinos em primeiro lugar, motivo pelo qual seus relatos estão presentes em toda a tese, do princípio ao final.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

*Se numa tela de dados se desenha a jornada, A
apresentação de resultados é a luz consagrada. Cada
número, uma pétala a desabrochar,
No jardim da pesquisa, o saber a germinar.*

*Analisando sob o manto do conhecimento, A tapeçaria
se forma, com dedicação e talento. Cada fio, uma
revelação, uma descoberta,
Na dança da ciência, a verdade se asserta.*

*Nuances e complexidades, como cores a se entrelaçar,
No tecido da compreensão, a trama a se ampliar. A cada
conclusão, um nó firme a se formar,
No bordado da pesquisa, o novo a se revelar.*

*Assim, na tessitura do entendimento científico, Cada
fio, um elo, num feito magnífico.
A apresentação dos resultados, a luz a guiar Na trilha
do saber, a ciência a desbravar.*

(Autor desconhecido)

Os resultados e discussões são divididos em três seções, cada uma correspondendo a um objetivo específico da pesquisa. Na primeira seção, abordamos as políticas públicas para a comunidade LGBTQIA+, com ênfase nas questões trans no contexto brasileiro. Nessa etapa, não empregamos o Discurso do Sujeito Coletivo, pois a coleta de dados foi documental, conforme planejado na metodologia. Apresentamos os documentos oficiais encontrados e os analisamos à luz da literatura, identificando lacunas e pontos relevantes.

A segunda seção analisa o conhecimento e as práticas dos profissionais médicos em clínicas de reprodução assistida em relação aos direitos reprodutivos e à assistência à reprodução para pessoas transmasculinas.

Na terceira seção, apresentamos os resultados das entrevistas semiestruturadas conduzidas com médicos que trabalham em clínicas de reprodução assistida, bem como os resultados das dez entrevistas em profundidade realizadas com homens trans. Em ambas as etapas, aplicamos a metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo para a análise dos dados, contextualizando-os com a literatura. Esses resultados serão detalhados a seguir.

5.1 POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A POPULAÇÃO LGBTQIA+ COM ÊNFASE NAS QUESTÕES TRANS: CENÁRIO BRASILEIRO

Alguns homens vêem as coisas como são, e dizem 'Por quê?' Eu sonho com as coisas que nunca foram e digo 'Por que não?'

(George Bernard Shaw)

A construção de políticas públicas inclusivas e representativas é um marco crucial para o reconhecimento e a garantia dos direitos de todos os cidadãos, especialmente para grupos historicamente marginalizados. No Brasil, a luta pela equidade e pelo respeito às diversidades de gênero e sexualidade ganha corpo através de diversas iniciativas legislativas e de saúde que visam atender às demandas específicas da população LGBTQIA+, com particular atenção para a comunidade trans. Esta sessão responde ao primeiro objetivo específico desta tese, qual seja: identificar as lacunas sobre direitos reprodutivos e à acesso RA nas políticas públicas e na legislação brasileira no que se refere a pessoas transmasculinas.

Propõe-se aqui a examinar o arcabouço de políticas públicas voltadas para a população trans, com foco nos avanços significativos e desafios persistentes que marcam a trajetória brasileira nesse aspecto. Por meio de uma análise criteriosa de quinze documentos oficiais, procuramos decifrar o panorama das medidas adotadas, salientando os progressos e identificando as lacunas que ainda permeiam o sistema, especialmente no que concerne aos direitos reprodutivos e ao reconhecimento das identidades trans, com um olhar mais aprofundado para a realidade dos homens trans. A metodologia adotada se restringe a fontes oficiais brasileiras, garantindo uma análise fundamentada nas diretrizes e normativas que atualmente regem o cenário nacional de políticas públicas para essa população. Foram analisados ao todo quinze documentos, conforme tabela abaixo:

Quadro 5: Documentos oficiais brasileiros sobre políticas públicas para população LGBTQIA+ com ênfase nas questões trans, Brasil, 2023 (continua)

ORIGEM	NOME DOCUMENTO	FINALIDADE	ANO
Ministério da Justiça	Programa Nacional de Direitos Humanos Decreto presidencial Nº 4.229 de 13 de maio de 2002	Dispõe sobre o Programa Nacional de Direitos Humanos - PNDH no qual há um capítulo específico para população LGBTQIA+	2002
Ministério da Saúde	A Carta dos Direitos dos Usuários do SUS	Em seu terceiro princípio, introduz o campo para preenchimento do nome social nos documentos de identificação do sistema de saúde (cartão do SUS), vetando o uso de formas desrespeitosas e preconceituosas no atendimento	2007

Quadro 5: Documentos oficiais brasileiros sobre políticas públicas para população LGBTQIA+ com ênfase nas questões trans, Brasil, 2023. (conclusão)

Presidência da República	Decreto Presidencial de 28 de nov de 2007	Convoca a I Conferência Nacional de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais	2008
Ministério da Saúde	Portaria Nº 457	institui a primeira política pública de saúde voltada para as pessoas trans denominada de “processo transexualizador	2008
Ministério da saúde	Portaria nº 1.707	Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o Processo Transexualizador, a ser implantado nas unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.	2008
Governo Federal Secretaria Especial dos Direitos Humanos	Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais	Buscou garantir o amplo acesso aos direitos civis da população LGBT, promovendo a conscientização dos gestores públicos e fortalecendo os exercícios de controle social, para implementar políticas públicas com maior equidade e mais condizentes com o imperativo de eliminar discriminações, combater preconceitos e edificar uma consistente cultura de paz, buscando erradicar todos os tipos de violência.	2009
Ministério da Saúde	Portaria Nº 1.820	Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde.	2009
Ministério da Saúde	Portaria Nº 2.836	Institui a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais	2011
Ministério da Saúde	Portaria Nº 2.803	Redefine e amplia o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde	2013
Conselho Federal de Psicologia	Resolução Nº 1	Estabelece normas de atuação para as psicólogas e os psicólogos em relação às pessoas transexuais e travestis	2018
Conselho Nacional de Educação	Resolução Nº 1	Define o uso do nome social de travestis e transexuais nos registros escolares	2018
Conselho Federal de Medicina	Resolução Nº 2.294	Adota as normas éticas para a utilização das técnicas de reprodução assistida	2021
Conselho Federal de Medicina	Resolução Nº 2.320	Adota as normas éticas para a utilização das técnicas de reprodução assistida	2022

Fonte: Dados da Pesquisa, 2023

Ao buscar conhecer e analisar as políticas públicas para população trans no Brasil julgamos importante trazer a linha do tempo da legislação brasileira sobre políticas para a população LGBTQIA+ e trans.

Na tabela abaixo são apresentadas as principais políticas brasileiras com ênfase na população trans uma vez que o presente estudo é voltado para esta população, em especial homens trans. Sendo assim a palavra trans é sublinhada para dar destaque, cada vez que aparece.

Quadro 6: Políticas brasileiras para população LGBTQIA+ e Trans: Linha do tempo, Brasil, 2023 (continua)

ANO	POLÍTICA
2002	Governo federal lança a segunda versão do Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH II), no qual há um capítulo específico sobre a população LGBTQIA+. No primeiro Plano Nacional de Direitos Humanos (PNDH I), criado em 1996, só se fazia referência aos “homossexuais”, na segunda versão já se fala em lésbicas, gays, bissexuais, travestis e <u>transexuais</u> . No PNDH II existe a proposta de regulamentar a cirurgia de transsexualização e a alteração no registro civil para os casos de transgeneridade, algo que só se formalizou em 2008.
2007	A Carta dos Direitos dos Usuários do SUS, em seu terceiro princípio, introduz o campo para preenchimento do nome social nos documentos de identificação do sistema de saúde (cartão do SUS), vetando o uso de formas desrespeitosas e preconceituosas no atendimento.
2008	Decreto Presidencial de 28 de novembro de 2007 lança convocação para I Conferência Nacional de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e <u>Transexuais</u> , representa um marco histórico na luta pela Cidadania e Direitos Humanos da população GLBT, tendo a grande responsabilidade de discutir e propor, de forma coordenada e com a garantia de participação popular, as políticas que nortearão as ações dos Poderes Públicos que deu origem, em 2009, ao Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e <u>Transexuais</u> .
2008	Lançada a versão preliminar da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e <u>Transexuais</u> (Política Nacional de Saúde Integral LGBTQIA+), aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) no ano de 2009 e instituída no Sistema Único de Saúde (SUS) pela Portaria N° 2.836 em 2011
2008	A Portaria n° 457 institui <u>a primeira política pública de saúde voltada para as pessoas trans</u> denominada de “processo transexualizador”, que em conjunto com a Portaria n° 1.707 de 19 de agosto de 2008, autoriza cirurgias de transgenitalização somente para mulheres trans, em consonância com a Resolução do Conselho Federal de Medicina n° 1.652/2002 (BRASIL, 2008; CFM, 2002). O Processo Transexualizador foi instituído, passando a permitir o acesso a procedimentos como hormonização, cirurgias de modificação corporal e genital, assim como acompanhamento multiprofissional. O programa foi redefinido e ampliado pela Portaria 2803/2013, passando a incorporar como pessoas usuárias do processo transexualizador do SUS <u>os homens trans e as travestis</u>
2009	Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e <u>Transexuais</u> – PNDCDH – LGBTQIA+
2009	Lançado o 3º Plano Nacional de Direitos Humanos (PNDH III), tendo como meta a criação de ações de promoção da cidadania e direitos humanos das Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e <u>Transexuais</u> , com foco na prevenção à violência, garantindo redes de acesso integradas de assistência
2009	O uso do nome social nos serviços de saúde é garantido pela Portaria n° 1.820/2009, que descreve que o usuário deve ser identificado pelo nome e sobrenome civil, devendo existir em todo documento do usuário e usuária um campo para se registrar o nome social, independente do registro civil sendo assegurado o uso do nome de preferência, não podendo ser identificado por número, nome ou código da doença ou outras formas desrespeitosas ou preconceituosas
2011	Ministério da Saúde instaura a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e <u>Transexuais</u> , considerada pelo governo federal, uma política de equidade. Ela é resultado de uma demanda do movimento social em prol do reconhecimento da vulnerabilidade das pessoas trans no Brasil e erradicação das fobias de gênero, dentre elas, a transfobia. Estabelece ações em âmbito federal, estadual e municipal referente a saúde das pessoas trans e determina que o Ministério da Saúde seja responsável pela elaboração de protocolos clínicos referente à hormonização das <u>pessoas trans</u> .
2013	A Portaria n° 2.803, do Ministério da Saúde amplia o processo transexualizador, englobando mais procedimentos clínicos cirúrgicos para <u>homens trans</u> . Ele define a atenção primária à Saúde como porta de entrada para o processo transexualizador, porém mantém o processo como sendo responsabilidade da atenção especializada. A terapia hormonal é permitida para pessoas acima de 18 anos e a cirurgia de transgenitalização para pessoas acima de 21 anos

Quadro 6: Políticas brasileiras para população LGBTQIA+ e Trans: Linha do tempo, Brasil, 2023 (conclusão)

2018	Conselho Federal da Psicologia (CFP), em sua Resolução nº 01/2018 recomenda os cuidados que considerem o acolhimento e não discriminação, assim como são <u>proibidas no país as terapias de reorientação sexual e/ou de gênero ou qualquer tipo de cuidado que considere as identidades trans como doença.</u>
2018	Resolução CNE/CP nº 1, de 19 de janeiro de 2018. Define o uso do nome social de travestise <u>transexuais</u> nos registros escolares.

Fonte: Pesquisa realizada pelo pesquisador em documentos oficiais, 2023

Como se pode perceber somente a partir de 2002 a categoria transexual é citada em uma política de Estado no Brasil. Os maiores incrementos se deram nos anos de 2008 e 2009. De acordo com os achados de Mello (2018), em sua pesquisa sobre legislações para pessoas trans no Brasil:

A inclusão de políticas de saúde para pessoas trans no Brasil se inicia a partir de uma ação civil pública que o Ministério Público Federal entra contra a União Federal, requerendo o acesso das pessoas trans ao direito de realizar a cirurgia de redesignação sexual custeado pelo Sistema Único de Saúde. Publicada em 14 de agosto de 2007, a decisão proferida pelo Tribunal Regional Federal da 4ª região (TRF4) estabelece que o não acesso a cirurgia de transgenitalização ofende os “direitos fundamentais de liberdade, livre desenvolvimento da personalidade, privacidade e proteção à dignidade humana e saúde” Dessa forma, o TRF4 sentencia a União Federal a obrigatoriedade de inclusão na tabela de procedimentos previsto do SUS a cirurgia de transgenitalização e procedimentos complementares referentes à caráteres sexuais secundários (Melo, 2018, p 35-6).

A partir de então estas políticas vão ganhando um incremento a cada dois anos e passa a haver uma lacuna temporal, uma vez que somente em 2018 temos um marco importante que é a proibição, pelo Conselho Federal de Psicologia, das terapias de reorientação sexual e/ou de gênero ou qualquer tipo de cuidado que considere as identidades trans como doença. Ainda no mesmo ano, o Conselho Nacional de educação define o uso do nome social de travestis e transexuais nos registros escolares. Importante destacar também que a partir de 2019 transgeneridade saiu da lista de doenças da Organização Mundial de Saúde (OMS), passando esta a ser denominada incongruência de gênero dentro da categoria de condições relativas à saúde sexual.

A formulação de políticas para população LGBTQIA+ é importante, tendo em vista que a mesma sempre esteve à margem dos serviços públicos e nunca foi vista na saúde como um ator social integrante daquele espaço. Essa população como um todo não se via detentora de direitos, e, portanto, não se via pertencente ao espaço da saúde. Sendo assim a política possibilita a construção e conscientização de que o espaço público de saúde e também é um espaço da população LGBTQIA+. Podemos dizer que a política para esta população significa um abrir de portas para recepção e acolhimento desse público pelos serviços e equipamentos de

saúde.

Neste contexto a ampliação da Portaria 457, relativa ao processo transexualizador, corrigida pela Portaria 2.803 de 2013, foi uma grande vitória para a população trans, uma vez que homens e mulheres, travestis e transexuais passaram a se beneficiar mais pois uma grande parcela da população, constituída por homens trans e mulheres travestis estava fora Portaria anterior. No entanto, a despeito destes avanços, a atual política nacional de saúde integral LGBTQIA+ não contempla outros segmentos como homens e mulheres intersexuais, a população *queer*, pansexuais e outros gêneros fluidos, havendo, portanto, necessidade de uma nova revisão para propiciar a real inclusão da diversidade sexual e de gênero nos serviços públicos de saúde.

Importante destacar também que mesmo diante da possibilidade de atendimento há uma dificuldade de assimilação por parte dos profissionais da saúde das demandas específicas dessa população. Um exemplo é a população trans que tem garantido o nome social, mas quando as pessoas precisam ser encaminhadas para um serviço especializado, o sistema de regulação não consegue adequar esse registro. Neste cenário a ampliação da promoção da saúde depende do avanço nas políticas de inclusão relativas à diversidade sexual e projetos voltados à cidadania.

Meu preventivo não foi aceito pelo laboratório porque disseram que é exame de mulher e não de homem e não retifiquei meu nome. (P 5)

O meu parto não foi pago pelo SUS porque não retifiquei meu nome para não perder a pensão de meu pai que era militar e essa pensão só é paga para filhas mulheres solteiras. (P 6)

Em relação ao direito a reprodução assistida por pessoas trans, vale destacar que a Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) publicada em 2013 estabeleceu normas éticas para o uso dos tratamentos de reprodução humana de maneira abrangente, não trazendo nenhum tipo de restrição à participação de pessoas transexuais no processo, uma vez que adotou normas éticas para a utilização das técnicas de reprodução assistida destinadas a todas as pessoas capazes, abrindo assim tal possibilidade para qualquer pessoa independentemente de sua orientação sexual. No entanto, a partir da nova diretriz da OMS que deixou de considerar a transgeneridade doença, somente em 2021 o CFM colocou pela primeira vez, de maneira explícita, a possibilidade de conduzir tratamentos de reprodução assistida em pessoas trans. Sendo assim o CFM, ao publicar as novas normas para Reprodução Assistida no Brasil em 2021, considera as pessoas trans como pacientes das técnicas de reprodução assistida, ao afirmar que é permitido o uso das técnicas de RA para heterossexuais, homoafetivos e **transgêneros**

(grifo nosso).

Ainda em janeiro de 2022, em entrevista¹⁴ concedida para a Associação Brasileira de Reprodução Assistida, o médico ginecologista brasileiro Nicolas Cayres afirmou que a reprodução assistida em casais com pessoas trans é um tema que vem avançando nos últimos anos. Entretanto, o assunto ainda é considerado um tabu, especialmente para pessoas com pouco acesso à informação. De acordo com o médico, o tema atualmente vem se desmistificando por causa da visibilidade trans e pelo acesso à informação facilitadas principalmente pelas redes sociais. A própria população trans conheceu melhor os seus direitos e oportunidades. Isso vem se tornando cada vez mais difundido, mas ainda há um longo caminho para a popularização do tema.

Porém este avanço não teve continuidade uma vez que em setembro de 2022, o CFM¹⁵ modificou novamente o regulamento de reprodução assistida, deixando de citar explicitamente as pessoas trans do documento como possíveis usuárias da reprodução assistida. A esse respeito, em entrevista concedida para Folha de São Paulo online¹⁶ membros do CFM alegam que a retirada buscou somente tornar a norma mais abrangente, pois ao citar segmentos específicos da sociedade corre-se o risco de segregar acidentalmente. No entanto, Henderson Fürst, presidente da comissão de bioética e direito da OAB/SP alega que a retirada não significa que é uma restrição, simplesmente a nova Resolução deixa de explicitar. Porém, alerta que ao retirar algo explícito do texto, o CFM optou por agradar segmentos sociais mais conservadores quanto ao modelo familiar adequado. Esta opinião é também compartilhada pelo advogado especialista em Direito médico Bruno Tasso para quem a ausência do termo transgênero preocupa porque pode abrir o precedente para o médico se negar a realizar o procedimento. “A partir do momento em que você tira a possibilidade explícita do transgênero pode ser que esse público enfrente preconceito”.

Importante destacar que se de um lado, a legislação brasileira permite o processo transexualizador, de outro não há nenhuma menção a possibilidade de preservação de gametas dos que se submetem à hormonização para este objetivo e/ou cirurgias para conformação do

¹⁴ Reprodução assistida em pessoas trans necessita de maior divulgação na sociedade. Disponível em: <https://sbra.com.br/noticias/reproducao-assistida-em-pessoas-trans-necessita-de-maior-divulgacao-na-sociedade-diz-medico/> Acesso em 24 ago 2023

¹⁵ RESOLUÇÃO CFM nº 2.320/2022. De 1º de setembro de 2022. Disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2022/2320> Acesso em 24 ago 2023

¹⁶ Conselho muda regras de reprodução assistida e tira menção a transgêneros. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2022/09/conselho-muda-regras-de-reproducao-assistida-e-tira-mencao-a-transgeneros.shtml> Acesso em 01 set 2023

outro sexo, ao passo que a preservação de gametas é procedimento adotado em outros tratamentos esterilizantes, como os de câncer e/ou radioterapia, por exemplo.

Ou seja, ao que tudo indica, de acordo com as políticas de Estado existentes no Brasil, podemos dizer que as pessoas trans são vítimas de uma “esterilidade simbólica”, uma vez que não é cogitada a hipótese de as mesmas terem filhos através das técnicas de reprodução assistida, utilizando seu próprio material genético. Para tanto, basta que a pessoa trans, antes de se submeter a cirurgia de redesignação sexual colete óvulos ou espermatozoides e os guarde (em criopreservação) em uma clínica de reprodução assistida, para posteriormente poder ter um filho pela técnica da inseminação artificial ou fertilização *in vitro*, na modalidade homóloga - com seus próprios óvulos ou espermatozoides) ou heteróloga - óvulo ou espermatozoide de outra pessoa.

Este cenário nos leva a afirmar que no Brasil, existem algumas lacunas legais em relação a reprodução assistida para pessoas trans, apesar de existirem algumas decisões judiciais que reconhecem o direito dos homens transexuais à reprodução humana, uma vez que não há lei, em sentido estrito, que regulamente a utilização dessas técnicas.

Na hipótese de terem sucesso na reprodução assistida, pessoas trans ainda vão se deparar com problemas ao tentar registrar seu filho. Uma vez que um homem trans gestou e pariu ele deve constar na certidão de nascimento do filho como pai ou mãe?

Buscando elucidar esta questão Weber et al., afirmam:

Inicialmente, destaca-se que ao transexual é assegurado o direito de sua identidade registral estar em acordo com a realidade psíquica e social do indivíduo, ou seja, se ele se entende como homem, assim deve constar. Portanto, no caso do transexual masculino que fizer a gestação, este deve ser registrado como pai, enquanto que sua parceira deve ser registrada como mãe, isso em razão não apenas da dignidade do recém-nascido, mas também do direito identitário de cada um. Faltaria com a verdade o registro público se constasse em seus assentamentos fato diverso que não o supramencionado, pois não retrataria a situação factual dos envolvidos.(Weber et al., 2015, p. 427)

Em um dos capítulos de sua dissertação de mestrado intitulada “Pela afirmação do direito à filiação homoafetiva e transafetiva decorrente das técnicas de reprodução humana assistida no Brasil: das decisões judiciais favoráveis rumo à necessária legislação”, Liv Holanda (2019) faz um levantamento do ordenamento jurídico sobre a utilização das técnicas de reprodução humana assistida por pessoas trans, onde afirma que

As famílias compostas por pessoas trans estão crescendo cada vez mais e se impõem como um desafio aos fundamentos básicos da normatividade social e jurídica, o que requer um olhar para essas novas configurações familiares, a fim de que seus direitos sejam devidamente assegurados. [...] os indivíduos transexuais, assim como quaisquer

outros cidadãos, possuem o direito de constituir família e, com o surgimento das tecnologias de reprodução humana assistida, eles também podem constituir seu núcleo familiar (Holanda, 2019, p. 117-18).

Ao longo do capítulo a autora aponta que o ordenamento jurídico brasileiro é omissivo quanto à regulamentação das técnicas de reprodução humana assistida e seus efeitos jurídicos e afirma que essa lacuna em nossa legislação acaba por revelar diversas discriminações, bem como o não reconhecimento de direitos para aqueles indivíduos que não fazem parte da expressão sexual dominante, o que acaba gerando um grande número de demandas ao Poder Judiciário. Demonstra ainda que, na área do direito, há interpretações distintas uma vez que a doutrina vem se mostrando divergente quanto à possibilidade dos casais formados por pessoas trans procriarem por meio das técnicas de reprodução humana assistida e traz três exemplos de interpretações distintas de profissionais do Direito sobre a matéria a saber:

Para Elimar Szaniawski, no caso do transexual redesignado, existe uma impossibilidade de o material genético armazenado ser utilizado pela própria pessoa, devendo valer-se exclusivamente da inseminação artificial heteróloga, ou seja, não poderá ser usado o próprio sêmen ou o seu óvulo para o processo reprodutivo artificial, situação que entende não parecer ética, dentro do que determina a bioética, sendo assim a solução mais justa e adequada seria a adoção (Holanda, 2019)

Com outro olhar Camila de Jesus, citada por Holanda (2019), afirma que uma vez assumida a identificação com o sexo oposto e atendida a pretensão de reconhecimento da identidade de gênero, a coerência de comportamento para a manutenção dessa identidade pressupõe o não exercício da capacidade reprodutiva baseada no sexo físico e biológico rejeitado pela pessoa, sob pena de contradição que compromete a própria identidade de gênero.

Por último traz como exemplo Leandro Reinaldo da Cunha, para quem não existe no ordenamento jurídico pátrio qualquer óbice para que os transexuais tenham acesso aos meios de reprodução assistida, seja na modalidade homóloga ou na heteróloga, sendo que a imposição de restrições atreladas à sexualidade e à identidade de gênero podem configurar ofensa aos preceitos constitucionais da dignidade da pessoa humana e da igualdade. Apresenta a seguinte citação do autor:

O que se pugna é que os preceitos constitucionais mais basilares sejam garantidos a todas as pessoas, em todos os aspectos da vida, sendo que aqui há de se inserir, obrigatoriamente, o acesso à reprodução assistida, vez que a sexualidade compõe a personalidade da pessoa e são a ela inerentes. O acesso aos direitos e garantias fundamentais precisa ser universal, ofertado a todos, independentemente das características pessoais (orientação sexual, identidade de gênero, altura, etc.) relacionadas a quem quer que seja (Cunha, 2010, p. 440, *Apud* Holanda, 2019, p. 123).

A autora conclui que

A restrição do direito dos transexuais à reprodução só pode ocorrer por exceção após rigoroso trabalho de ponderação dos princípios envolvidos. Imperioso é que se proteja, desde logo, no momento adequado do processo transexualizador, a autonomia reprodutiva dos transexuais, sob pena de afronta aos princípios da Constituição Federal (Holanda, 2019, p. 124).

No cenário brasileiro importante destacar ainda a cartilha “Saúde do homem trans e pessoas transmasculinas”, organizada pelo Núcleo de Homens Trans da Rede Trans Brasil durante a IV Semana da Visibilidade Trans Hanna Suzart e publicada no site do Ministério da Saúde no mesmo ano, reforçando a importância do controle social e dos movimentos sociais na construção de materiais educativos de referência a partir de suas reais necessidades, com foco na saúde integral. Segundo Pereira (2022) esta foi a primeira cartilha de saúde:

[...] Construída e protagonizada por e para homens trans e pessoas transmasculinas no país. O conteúdo abordava aspectos relacionados a fertilidade e funcionamento sexual, discutindo a relação entre hormonização masculinizante, os procedimentos cirúrgicos de afirmação de gênero, as possibilidades deste corpo em gestar e os riscos da transmissão vertical de IST durante a gestação, parto ou amamentação, bem como, estratégias de prevenção adaptadas as particularidades deste grupo, a exemplo da “barreira protetora” durante as práticas sexuais. [...] O material foi retirado do site em 2 de janeiro de 2019, seis meses depois de ser lançada e durante os primeiros meses do mandato de um governo de extrema-direita, sob a justificativa da necessidade de “revisão” diante de “informações equivocadas e sem embasamento científico”. Após reações de diversos movimentos, em 28 de janeiro de 2019, o governo brasileiro publicou uma versão atualizada e corrigida do material em site oficial, intitulado cartilha como “Homens Trans: vamos falar sobre prevenção de infecções sexualmente transmissíveis (IST)?” e com diversas adequações no conteúdo antes elaborado; restringindo o alcance das informações propostas na primeira versão (Pereira, 2022, p. 29).

Como se pode perceber, a legislação brasileira relativa aos direitos reprodutivos para pessoas trans, é incipiente e apresenta lacunas e fragilidades que põem em questionamento os princípios constitucionais e os direitos reprodutivos. A título de exemplo citamos a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) que tem como um de seus objetivos específicos “promover a atenção integral à saúde do homem nas populações travestis e transexuais”. Tendo em vista que as identidades travesti e mulher transexual são essencialmente femininas e que não se reconhecem enquanto homens, observa-se que sua vinculação à PNAISH esteja posta pela presença de pênis e próstata como pré-requisito à garantia de cuidados (Souza; Iriart, 2018). O mesmo acontece com uma das estratégias do Ministério da Saúde do Brasil, conhecida por Rede Cegonha, que tem por objetivo implementar uma rede de cuidados para assegurar às **mulheres** (grifo nosso) o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como assegurar às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis (Brasil, 2011). Neste caso, observa-se a ideia de reprodução vinculada unicamente a mulheres

cisgêneros, que possuem vagina, ovários e útero, o que negligencia outros corpos que apresentam biologicamente as mesmas possibilidades, a exemplo dos homens trans (Pereira, 2022).

Merece destaque, no entanto, a iniciativa da Sociedade Brasileira de Reprodução Humana que em junho de 2023, mês do orgulho LGBTQIA+ promoveu uma *Webinar*¹⁷ sobre saúde reprodutiva de pessoas trans na qual a reprodução assistida para pessoas trans foi uma das temáticas abordadas, o que demonstra a emergência desta temática no cenário brasileiro.

A análise das Políticas Públicas para população LGBTQIA+ com ênfase para a população Trans no Brasil revelou que houve um avanço na sua inclusão em políticas públicas desde a primeira versão do Programa Nacional de Direitos Humanos, com expansão para incluir lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais. A legislação brasileira passou a reconhecer o uso do nome social nos serviços de saúde (Portaria nº 1.820/2009) e nos registros escolares (Resolução CNE/CP nº 1, 2018), demonstrando uma preocupação com o respeito à identidade de gênero. Foram criadas políticas específicas para a saúde integral da população LGBTQIA+, como o Processo Transexualizador (Portaria nº 457/2008 e Portaria nº 2.803/2013), que permite acesso a hormonização e cirurgias, incluindo procedimentos clínicos cirúrgicos para homens trans.

No entanto, referindo-se ao Processo transexualizador **Vergueiro** (2020) aponta que o mesmo é significativamente fundamentado em perspectivas patologizantes sobre a diversidade de identidades de gênero, dificultando a compreensão das complexidades das vivências trans, levando a um:

Modelo de atenção à saúde que homogeneiza e simplifica as demandas feitas por pessoas trans neste sistema, além de conferir poderes decisórios às pessoas profissionais de saúde que colocam em risco as ideias de consentimento informado e autonomicorporal para pessoas trans (**Vergueiro**, 2020, p. 201)

Ainda no cenário brasileiro, destaca-se o papel do Conselho Federal da Psicologia (Resolução nº 01/2018) que proíbe as terapias de reorientação sexual e/ou de gênero e considera as identidades trans como não patológicas.

Apesar dos inegáveis avanços, lacunas nas Políticas e Legislações foram observadas, lacunas tais como: Falta de menção direta à reprodução assistida, já que os documentos analisados não mencionam especificamente o acesso à reprodução assistida para homens trans,

¹⁷ Sociedade Brasileira de Reprodução Humana. Webinar discute saúde reprodutiva de pessoas trans no Mês do Orgulho LGBTQIA+QIAPN+ Disponível em: <https://sbrh.org.br/noticias-eventos/webinar-especial-LGBTQIA+qiapn/> Acesso em 01 set 2023

o que pode indicar uma lacuna na consideração de suas necessidades reprodutivas; Embora as políticas de saúde tenham sido ampliadas, não há detalhamento claro sobre a inclusão de procedimentos de reprodução assistida como parte do Processo Transexualizador; Não há menção ou política específica voltada para a preservação da fertilidade de homens trans que desejam iniciar a transição hormonal ou cirúrgica; As Resoluções do Conselho Federal de Medicina (nº 2.294/2021 e nº 2.320/2022) sobre reprodução assistida não são explicitamente conectadas às políticas públicas voltadas para pessoas trans, o que pode resultar em desafios de implementação e acesso; Não há menção a protocolos clínicos específicos para a hormonização de homens trans no contexto da reprodução assistida ou consideração da manutenção da fertilidade antes do início da hormonização; Não se destaca a existência de um acompanhamento multiprofissional voltado para o processo reprodutivo dos homens trans, algo crucial para uma reprodução assistida bem-sucedida e ética.

Os avanços nas políticas públicas para a população LGBTQIA+ no Brasil, com uma atenção especial para a comunidade trans, refletem um processo de reconhecimento crescente e inclusão em diversos setores da sociedade, desde o acesso à saúde até a aceitação de identidades de gênero diversas. Esse progresso é marcante, particularmente no âmbito da saúde e da dignidade humana, com políticas que proíbem terapias de reorientação sexual e promovem o uso do nome social, ampliando o respeito pela identidade de gênero das pessoas.

No entanto, o desenvolvimento e implementação dessas políticas evidenciam lacunas significativas que precisam ser preenchidas, especialmente no que tange aos direitos reprodutivos e reconhecimento legal das famílias trans. Sobre as lacunas nas políticas Públicas para população LGBTQIA+ com ênfase para a população Trans no Brasil destacam-se: a. Detalhamento insuficiente de procedimentos de RA para população trans; b. Silêncio sobre preservação da fertilidade nas políticas públicas; c. Desconexão das políticas com as normas éticas médicas; d. Falta de protocolos clínicos específicos; e. Carência de acompanhamento multiprofissional da questão.

Em linhas gerais podemos afirmar que as políticas públicas de saúde relacionadas à reprodução e gestação no Brasil são fundamentadas na ideia de gênero em que se tem como referência a genitália, por meio de uma correlação sexo-corpo-gênero, onde os indivíduos vão sendo classificados como homens e mulheres e tem como objetivo ter uma vida referenciada na heterossexualidade, construída na ideia de complementaridade dos sexos (Bento, 2011; Preciado, 2018). No entanto, o contexto atual exige uma ampliação contínuos debates e um compromisso renovado com o avanço legislativo destas políticas. A título de exemplo, a Política

Nacional de Atenção Integral à Saúde LGBTQIA+ instituída pela Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011, considerada documento de referência para a definição de estratégias de cuidado para a população LGBTQIA+ nos diferentes níveis de atenção, encontra-se desatualizada e necessitando de reformulações uma vez que não pontua de maneira explícita as questões reprodutivas para a população trans, discutindo o assunto de maneira generalizada (Angonese; Lago, 2017).

Neste cenário garantir os direitos reprodutivos e o reconhecimento das famílias LGBTQIA+ é uma questão não apenas de justiça social, mas também de saúde pública e de respeito à dignidade humana.

Na sequência apresentamos os resultados das entrevistas realizadas com médicos de clínica de reprodução assistida e com homens trans.

5.2 CONHECIMENTOS E PRÁTICAS DE PROFISSIONAIS DA MEDICINA DE CLÍNICAS DE RA SOBRE DIREITOS REPRODUTIVOS E REPRODUÇÃO ASSISTIDA PARA PESSOAS TRANSMASCULINAS

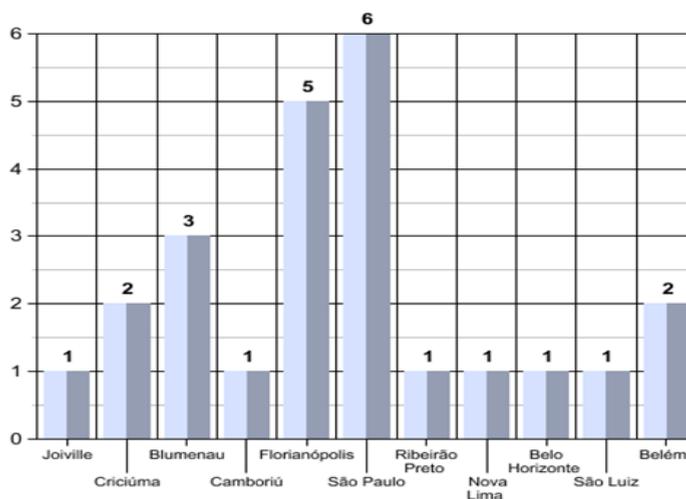
*A transgeneridade é genial, não genital.
É a superação da genitalidade do ser
para a genialidade do ser.*

Fran Demétrio (*in memoriam*).

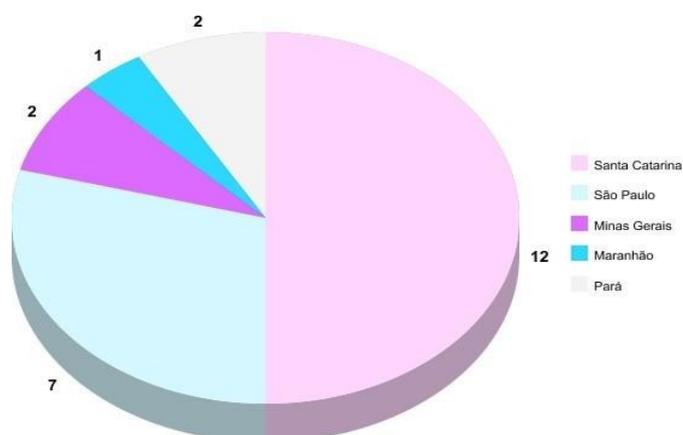
Ao iniciar a apresentação dos resultados relativos às entrevistas com médicos de Clínicas de Reprodução Assistida (RA), julgamos importante caracterizar a população estudada. Participaram da pesquisa 24 profissionais médicos. Dos pesquisados todos são brancos, sendo 67% homens e 33% mulheres, ambos cisgênero. A idade variou entre 30 e 73 anos sendo a média 53,6 anos. A religião predominante foi a católica (71%) seguida de 14% que afirmou não ter religião, sendo que em frequência menor, apareceu a religião espírita (8%); o restante se declarou agnóstico. O tempo de formação variou de um a quarenta e cinco anos, sendo a média 26,8 anos. As áreas de residência médica predominantes foram Ginecologia e Obstetrícia, seguida por Urologia e Reprodução Assistida. Nas clínicas de RA o tempo médio de atuação foi de 16 anos sendo que a grande maioria exerce o cargo de diretor e/ou médico assistencial.

Nos gráficos abaixo são apresentadas respectivamente as cidades e os estados onde se localizam as clínicas de RA onde os profissionais que participaram do presente estudo atuam.

Gráfico 1 – Localização da Clínica de RA, por cidade



Fonte: Dados da pesquisa, 2023

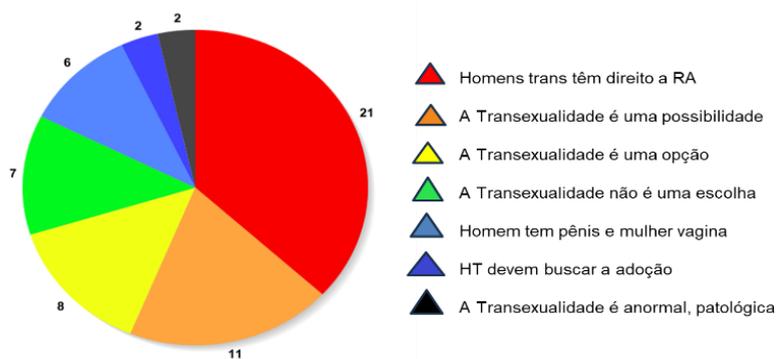
Gráfico 2 – Localização da Clínica de RA, por estado

Fonte: Dados da pesquisa, 2023

Dos dados sociográficos chama atenção o fato da totalidade das pessoas entrevistadas serem brancas. Isso se deve, provavelmente a média do tempo de formação ser de 26,8 anos, portanto, numa época em que não havia o sistema de cotas raciais no ensino superior brasileiro, que oportunizou o acesso de pessoas pretas a este nível de ensino.

Buscando responder a um dos objetivos da presente pesquisa, passamos a descrever os conhecimentos e práticas de profissionais médicos de clínicas de RA, sobre direitos reprodutivos e reprodução assistida para homens trans.

Questionados se tiveram conteúdos relacionados a gênero, diversidade sexual e saúde durante sua formação 83% respondeu que não, ao mesmo tempo em que 91% considera importante este conteúdo na formação médica e 66% gostaria de fazer capacitação na temática. As respostas relacionadas a opinião dos profissionais sobre transgeneridade estão representadas no gráfico abaixo:

Gráfico 3: Opinião de médicos de clínicas de RA sobre transgeneridade

Fonte: Dados da pesquisa, 2023 (Respostas em %)

Dos discursos de 24 profissionais médicos entrevistados no presente estudo, emanaram três centrais (IC), a saber: A falta de conteúdo relativo a gênero e diversidade sexual na formação médica propicia o preconceito por parte do profissional, uma vez que a pessoa trans é vista como portadora de uma patologia. Existe demanda crescente de pacientes trans procurando por RA. A gente sabe que está diante de um homem trans quando ele se identifica ou então a gente identifica pelo jeito afeminado dele. Na sequência apresentamos e discutimos cada uma delas.

IC 1 – A falta de conteúdo relativo a gênero e diversidade sexual na formação médica propicia o preconceito por parte do profissional, uma vez que a pessoa trans é vista como portadora de uma patologia.

Eu não tive conteúdo relativo a gênero e diversidade sexual durante minha formação médica apesar de considerar este tema muito importante e gostaria muito de ter capacitação nesta temática., pois a abordagem nos casos de trans, intersexualidade, homoafetivos exige conhecimento. Penso que não somente as clínicas a RA, mas as universidades, nas disciplinas de ginecologia e urologia, deveriam nos preparar para atender esses novos casais. Precisamos ter entendimento de como pensam as pessoas trans e de como se deram as descobertas e opções. Sem esse entendimento, o que pensamos é que se a pessoa nasceu com um cérebro em um corpo distinto, não concordante, é algo patológico, portanto, precisamos ter mais conhecimento para poder melhor atender e diminuir o preconceito.

Como se pode perceber pela fala dos profissionais entrevistados não houve, durante seu processo de formação, capacitação em gênero, diversidade sexual e saúde. Tal resultado justifica o pensamento de 18 profissionais que somados indicam que, para eles, homem tem pênis e mulher tem vagina, ou seja, invisibilizam mulheres com pênis e homens com vagina. Com este olhar a transgeneridade é considerada opção, o que equivale a dizer que está na ordem do comportamento, sendo, portanto, anormal e patológica. Esta ideia é corroborada por Andrade (2021)

Os indivíduos transgêneros, ao longo da história da humanidade, sofreram muito devido às dificuldades de compreensão das suas condições e de seus comportamentos sexuais, tanto por parte de sua família, quanto da sociedade. Como decorrência essas pessoas empobrecem, têm dificuldade de obter emprego e trabalho, muito vivem uma vida infeliz, inclusive com sérios problemas emocionais. Infelizmente ainda existem pessoas que os consideram “doentes”, contrariando tudo o que afirmam as entidades nacionais e internacionais representativas da saúde humana (Andrade, 2021, sp).

Segundo Bento (2016) é preciso compreender que existe uma disputa na concepção do que seria considerado “ser humano” socialmente, uma vez que, só é possível pensar em um

modelo de humanidade em que é necessário, e quase que obrigatório, localizar-se na categoria “homem-pênis” ou “mulher-vagina” e, conseqüentemente, os sujeitos que não adentram nessa “caixinha”, não se enquadrariam na categoria “ser humano”. Nesse sentido, a “genitalização” da humanidade” trata-se de um modelo excludente e que justifica as violências que muitas vezes, quando perpetrada contra corpos dissidentes, é vista como uma “asepsia da humanidade”. Este olhar se estende também no campo da saúde fazendo com que a heteronormatividade guie o ensino nas instituições. Este cenário traz reflexos na assistência à saúde pois quanto mais deficitária a formação, maiores serão as barreiras enfrentadas pelos profissionais para ir ao encontro das necessidades das pessoas sexo-gênero dissidentes.

Quando presente nos currículos de graduação em medicina, a vida transgênera ainda é acompanhada por um discurso patologizante, problemático, sexualizado, vinculado a propostas de cuidado ligadas a preceitos moralizantes e estereotipadamente venéreos, restringindo a multiplicidade dos gêneros em campos reduzidos de percepção (Justino et al., 2023). Nesse contexto, a instituição tem uma obrigação ético-política pois a transgeneridade/travestilidade, ao ser pautada institucionalmente, por vezes de maneira reducionista e leviana, “torna-se exposta, dita e performada, e, assim, vão se delineando suas possibilidades de existência e/ou suas imposições limitantes, determinando o lugar de reconhecimento da vida dissidente em cada um desses espaços que se pressupõem à formação” (Justino et al., 2023, p. 3). Este dado é corroborado pela pesquisa de Danon et al. (2020) que ao fazer um levantamento dos artigos Publicados de 2008 a 2017 na Revista Brasileira de Educação Médica – REBEM — um importante veículo na disseminação do conhecimento na formação médica no país, não identificou nenhuma publicação com os descritores transgênero ou transgeneridade indicando “a resistência por partados pesquisadores em abordar as discussões sobre as questões das pessoas trans, reforçando a negligência e desatenção a população vulnerável.” (p. 6), demonstrando que o conhecimento acerca do universo político e da saúde da população transgênera é invisível. Tal constatação levou os autores os autores a concluir que “as pesquisadoras e os pesquisadores que publicaramna RBEM tendem a identificar a sexualidade e seu ensino, na graduação, pela ótica biologizante, atrelando as vivências trans às infecções sexualmente transmissíveis (IST).” (p. 6) Em função deste cenário Justino et al., (2023) afirmam que:

Faz-se urgente que o ensino formal de graduação em Medicina tenha como norte a qualificação do atendimento às pessoas trans e incorra em um processo de “travestilização” de suas posturas, de sua grade curricular e das maneiras como opera as estratégias de ensino, pois pensar os preceitos formativos em um viés insurgente é continuamente se dispor à desarticulação dos separatismos impostos por uma

historicidade acadêmica elitista, racista, machista, cisgênera e heteronormativa: “as relações que se estabelecem são hierarquizadas e revelam que a escola se esforça para se manter branca, cis e heterossexual (Justino et al., 2023, p. 3)

Cruz et al., (2023) acrescentam que enquanto permanecer com o modelo biomédico atual, centrado na cisheteronormatividade, a medicina continuará a reproduzir violências simbólicas e físicas dirigidas principalmente a quem rompe as normas de gênero. Ressaltam, porém, estes autores que:

Ainda que seja responsabilidade dos cursos de medicina readequar as percepções e práticas distorcidas sobre gênero e diversidade sexual, o problema inicia e extrapola o ensino superior. As violações de pessoas LGBTQIA+ nos ambientes acadêmicos iniciam ainda na formação básica e os preconceitos são incutidos ao longo de toda socialização, intra e extraescolar. Não basta pensar e cobrar mudanças apenas nos cursos de Saúde, sendo necessárias também mudanças concretas na sociedade como um todo. Não existe resposta efetiva e concreta de curto prazo para uma questão secular que tem como base a desumanização daqueles que não se enquadram no perfil construído de normalidade: masculino, heterossexual, monogâmico, cristão, branco e produtivo na lógica capitalista. A medicina e os demais cursos de saúde continuarão a violentar pessoas que rompem com as normas, sobretudo de gênero, enquanto a sociedade seguir identificando tais vidas como abjetas, passíveis da morte e indignas de luto (Cruz et al., 2023, p. 3).

Há de se considerar ainda que na prática assistencial, não se escolhe quem ou qual queixa será atendida e uma “suposta imperícia” não pode ser justificativa para replicação da violência de gênero no acolhimento de pessoas trans nos distintos serviços de saúde. Neste sentido torna-se urgente a curricularização do tema “cuidado em saúde trans” na graduação médica em formato institucional e obrigatório a todos os estudantes de medicina. Neste sentido, Justino et al., (2023) afirmam que se faz necessária a

Busca por uma pedagogia da desobediência, no que tange à percepção binária e cis-hetero-regulada da realidade, convidando-nos a questionar continuamente como a dissidência de gênero aparece no campo da formação médica e, por consequência, como estas mesmas vidas passam a ser reconhecidas pela própria Medicina [...]Urge a necessidade de que se articulem distintas maneiras de se refletir acerca da plasticidade da vida para além do didatismo convencional, convidando-nos a pensar na transgeneridade e na travestilidade em suas potências, e não somente pela ótica das violações (Justino et al., 2013, p. 3-4).

Porém não basta apenas informar. Se informação por si só bastasse a Política Nacional de Saúde Integral LGBT, que considera que as pessoas LGBTQIA+ tenham acesso aos serviços do SUS, com qualidade e resolução de suas demandas e necessidades bastariam. No entanto o que vemos na prática é o relato constante de pessoas trans sobre as inúmeras violências de gênero que sofrem no atendimento em saúde. É, portanto, preciso ir além fazendo com que estudantes vivenciem a prática assistencial a esta população em seu processo de formação uma vez que “a experiência é o que nos passa, o que nos acontece, o que nos toca, não o que se passa, não o que acontece, ou o que toca” (Bondía, 2002, p. 21). Mais que isso — é necessário oferecer também treinamento para profissionais que já se encontram em serviço já que os

profissionais médicos, em sua prática assistencial se perceberem com hipossuficiência para abordagem adequada que os possibilite prestar um atendimento de qualidade às pessoas trans, que no caso da reprodução assistida, vem demandando atendimento, conforme expresso na IC2, a seguir.

IC 2 – Existe uma demanda crescente de pacientes trans procurando por RA

Até o momento não atendi, mas acredito que devemos estar preparados, pois isto é uma realidade e quem não enxerga a realidade vive um sonho, uma vez que temos cada vez mais um número crescente de pacientes trans procurando as clínicas de RA. Sendo assim, acredito que homens trans é um público que logo será rotina em clínicas de reprodução assistida e devemos estar prontos para esses pacientes com capacitação voltada a esse público.

Na busca de números oficiais sobre aumento da demanda de homens trans para reprodução assistida, nada foi encontrado, a não ser matérias com entrevistas de médicos ginecologistas de em *blogs* e *sites* de clínicas de RA que afirmam que a demanda tem aumentando sem especificar números. Porém, não podemos desconsiderar que esta também é a percepção dos 24 médicos participantes deste estudo o que nos leva a pensar que de fato esta demanda vem crescendo. Neste sentido deixamos aqui um questionamento: se por um lado há demanda de profissionais médicos por capacitação na temática e uma população que vem se visibilizando e buscando cuidado à saúde, seja ela reprodutiva ou não, o que falta para um atendimento qualificado que vá ao encontro das expectativas das pessoas trans? Muito provavelmente o que tem que mudar é o modelo de formação médica: do modelo biologizante centrado naquilo que por séculos foi considerado “normal” para um modelo centrado na pessoa, livre de taxonomias patologizantes. Enquanto essa mudança não acontecer o atendimento médico a homens trans tende a ser permeado por estereótipos e (pré) conceitos, conforme nos mostra a IC 3.

IC 3 – A gente sabe que está diante de um homem trans quando ele se identifica ou então a gente identifica pelo jeito afeminado dele.

Em algumas situações eu percebia que o paciente era um homem trans pelo jeito afeminado dele. Em outras ele mesmo se identificava como homem trans.

A construção da transmasculinidade – processo através do qual os homens trans, buscam uma aparência com a qual se sintam mais confortáveis ao se aproximarem dos estereótipos de

masculinidade socialmente construídos e difundidos sobre a figura do homem, é permeada pela pressão que sofrem para que atendam uma expectativa cisgênero, em termos estéticos. No entanto, o discurso presente na IC 3, demonstra que para além da correspondência estética, existe também a expectativa de um “comportamento” masculino, uma ‘cobrança’ social sobre a masculinidade que está relacionada principalmente à postura, à agressividade e à violência. É uma cobrança de virilidade estereotipada que sufoca a expressão de uma masculinidade saudável e reforça a ideia de que, para ser homem, deve ser seguido um padrão do que é considerado socialmente como masculino.

Para além desta questão é importante destacar que ter um pênis ou uma vagina e não corresponder com as expectativas sociais do gênero “apropriado” para seu sexo biológico, é “uma descoberta vivenciada com grande surpresa para alguns/algumas” (Bento, 2009, p. 97), uma vez que, pessoas transexuais anunciam a possibilidade de vivenciar o gênero para além da genitália a partir da constituição de diferentes “feminilidades” e “masculinidades” na materialidade de seus corpos.

A esse respeito Lacombe (2007), traz um argumento interessante. A autora, ao realizar uma etnografia com “mulheres que gostam de mulheres” frequentadoras de um bar no Rio de Janeiro, pensando sobre “masculinidades de mulheres” afirma que “o fato de explicitar a possibilidade de uma masculinidade de mulheres implica previamente desconsiderar a masculinidade como incindível da estrutura biológica do homem e desenhá-la como uma ficção que se constrói performática e socialmente” (Lacombe, 2007, p. 201).

Acrescentando mais um elo nesta corrente sobre masculinidade, em seu trabalho junto a 12 homens trans em uma instituição de saúde, Almeida (2012) caracterizou quatro possibilidades de vivências de homens trans. Elas estão representadas no resumo elaborado por Sousa e Iriart (2018):

Grupo 1: não querem o descolamento total do feminino e utilizam próteses variadas (cuecas, camisas, oscilam o corte de cabelo, etc.) em momentos íntimos; Grupo 2: não querem realizar modificações corporais medicamentosas, seja por hormonização ou por cirurgia. Usam roupas e desenvolvem atividades socialmente tidas como masculinas; Grupo 3: constroem performance pública (utilizam próteses que expressem a masculinidade), possuem apelidos e reconhecimento masculino em alguns espaços e manifestam insatisfação com o binarismo de gênero e a heteronormatividade. Desejam fazer uso de hormônios, mas não querem cirurgias; Grupo 4: fazem e desejam modificações corporais, como hormonização e cirurgias, além do uso de próteses. Buscam o reconhecimento jurídico do sexo/gênero e do nome (Sousa;Iriart IRIART, 2018, p. 29).

Como se pode observar não há uma maneira única de ser homem trans. No entanto, no imaginário coletivo existe um estereótipo de masculinidade a ser perseguido por pessoas sexo-

gênero dissidentes. Ao fugir desse estereótipo, o homem trans tende a ser menos aceito socialmente como homem, o que acaba por se constituir em mais um obstáculo para sua aceitação social, afinal a existência dele está sendo praticamente negada apenas pelo fato de não corresponder às expectativas vigentes. Talvez para fugir da violência, alguns homens trans se espelham no modelo cisheteronormativo de homem hegemônico e o reproduzem.

A esse respeito o homem trans **Pietro** (nome fictício) em entrevista concedida ao jornalista Miguel Trombini (2022) no portal IG Queer fala:

“Se colocar socialmente como transexual já é um processo complicado que envolve como você se vê e como o mundo te interpreta. Quando você se percebe e faz coisas no sentido de expressar sua forma a masculinidade e isso não é validado socialmente, torna-se muito frustrante. É um choque entre a expectativa de ser você mesmo e o que é esperado a partir do princípio que a sua expressão da masculinidade não é considerada aceitável – que é o que normalmente acontece quando se foge dos padrões aceitos socialmente. O fato de não ser lido como um ‘homem de verdade’ já é algo que transmasculinos enfrentam, mas quando se foge do perfil de masculinidade esperado é ainda mais expressivo”.

De fato, o desconhecimento quanto à diferença entre identidade de gênero e expressão de gênero é um dos fatores que mais alimenta essa engrenagem transfóbica que empurra homens trans e transmasculinos para a pressão da masculinização.

Em sua dissertação sobre Representações sociais da gestação entre homens trans, Roque (2022) afirma:

Não há um modelo universal de transmasculinidades e estas estão em constante elaboração. Destaco a importância do estudo de Almeida (2012) em que a expressão da masculinidade se dá por diversas maneiras e concepções, sem vincular-se ao sexo biológico e sem estar condicionada a procedimentos cirúrgicos, como a redesignação sexual, ou de modificações corporais a partir do processo de hormonização; situando a masculinidade e feminilidade enquanto categorias que não são excludentes entre si (Roque, 2022, p. 24).

Vale frisar que, não existe **uma** (grifo nosso) masculinidade, o que nos permite pensar em múltiplas masculinidades, entre elas, as diferentes formas de transmasculinidade, o que vem a demonstrar que a masculinidade não é exclusividade da cisgeneridade uma vez que a emergência das identidades transmasculinas tem apontado para diferentes masculinidades.

Corroborando com essa ideia, Ávila (2015) aponta que não há um modelo universal de transmasculinidades, uma vez que elas são sempre maleáveis e estão em constante produção. Nas palavras da autora:

As transmasculinidades brasileiras podem ser masculinidades alternativas, mesmo estando incluídas em práticas de dominação, subordinação e marginalização. As transmasculinidades, ao produzirem uma masculinidade sem pênis, podem ser tomadas como um destabilizador de masculinidades hegemônicas, rejeitando a arbitrariedade do sexo e do gênero e questionando a certeza de sermos homens e mulheres (Ávila, 2015, p. 227)

Ser trans não é sinônimo de odiar seu corpo ou sua genitália, ou ter um certo jeito de ser, e não pode ser confundido em querer se relacionar com pessoas de um gênero ou outro – todos estes aspectos fazem parte das diversidades humanas e não podem ser utilizados como critérios para reconhecer ou oferecer cuidados às pessoas trans. Com este olhar, ler um homem afeminado como gay ou menos homem é desconsiderar a diversidade sexual humana que possibilita a existência de inúmeras maneiras das pessoas transitarem entre os gêneros quando se trata de expressão. Mais que isso: é uma atitude decorrente da falta de capacitação na temática durante o processo de formação do profissional médico como já analisado. Porém, em um mundo em que a tecnologia da informação proporciona uma facilidade de acesso ao conhecimento, impensável há anos atrás, a falta de capacitação na temática durante a formação não pode ser justificativa para a violência transfóbica vinda de um profissional médico, quando o que está em questão é a assistência à saúde. No caso dos direitos reprodutivos essa violência é também perpetrada por meio da esterilidade simbólica a que homens trans estão sujeitos tema que aprofundaremos no próximo capítulo.

As respostas às entrevistas permitiram identificar que o atendimento a homens trans, quando ocorre, nas clínicas de RA é realizado pelo profissional médico e se dá no consultório. Dos 24 profissionais entrevistados apenas um relatou atender este grupo de pessoas frequentemente, dez assinalaram a opção raramente e os demais (treze) relataram nunca ter realizado este atendimento. A grande maioria do atendimento se dá por demanda espontânea através de busca na *internet*, seguido por encaminhamento através de outros pacientes (boca a boca) e uma minoria via ambulatório trans do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP, uma referência nacional neste tipo de atendimento.

A reprodução assistida em pessoas trans é um tema que vem avançando nos últimos anos e se desmistificando por causa da visibilidade trans, pelo acesso à informação e pelo fato das pessoas trans conhecerem melhor os seus direitos e oportunidades. No entanto o assunto ainda é considerado um tabu, especialmente para pessoas com pouco acesso à informação, o que aponta para o fato de que ainda há um longo caminho para a popularização do tema.

Na sequência apresentamos o resultado das entrevistas em profundidade com homens trans, onde buscamos descrever seus conhecimentos e práticas relacionados aos direitos reprodutivos e reprodução assistida, assim como identificar suas demandas em relação ao acesso e ao uso da RA e direitos reprodutivos com ênfase no desejo de paternidade biológica.

5.3 CONHECIMENTOS, PRÁTICAS E DEMANDAS DE PESSOAS TRANSMASCULINAS RELACIONADOS AOS DIREITOS REPRODUTIVOS E À REPRODUÇÃO ASSISTIDA

*Não nascemos homens, tornamo-nos,
modelamo-nos conscientemente
Questionamo-nos: O que faz de mim homem?
Que homem eu quero ser? E aquilo que somos
está entre o que nos formou
e o que queremos. Porque somos o querer
Somos pulsantes querereres
Todos nós
(Caio Tedesco)*

Ao iniciarmos a apresentação dos resultados relativos às entrevistas em profundidade com os homens trans julgamos importante destacar que utilizamos a técnica da bola de neve, conforme previsto na metodologia, a partir da indicação de uma “semente”, que era um homem trans conhecido da coorientadora do presente estudo e através da primeira indicação dele e de outros homens, trans fomos encontrando outros participantes, em um total de dez. Na busca por mais participantes, para além desta técnica, entramos também em contato com o Instituto Brasileiro de Transmasculinidades - IBRAT que divulgou amplamente em sua rede a pesquisa e o nosso contato porém não tivemos retorno de nenhum participante por este meio. Ressaltamos que alguns de nossos interlocutores informaram que os homens trans estavam bem “fechados” para entrevistas e pesquisas com eles, tendo em vista que a procura tem sido grande, principalmente por pesquisadores(as) que investigam a gestação nesta população, o que demonstra, para além da atualidade do tema, que pessoas trans querem ser minimamente coprodutoras do conhecimento a seu respeito e não somente objeto de pesquisa, o que pode ser confirmado pelo lema relacionado às pessoas com deficiência, que adotaram e costumam usar: “*Nada sobre nós, sem nós!*”¹⁸”

Eu fiquei meio assim quando me falaram da tua entrevista. Falei, "Será que é alguma coisa? mais uma?" Até falei com minha namorada. Eu falei "Não, eu vou ver o que é, né. E que bom que "paguei pra ver". Convidei alguns amigos para participar do teu estudo e a resposta foi:

¹⁸ James I. Charlton autor do livro “Nada sobre nós sem nós! conta que ouviu pela primeira vez a expressão NADA SOBRE NÓS, SEM NÓS, quando estava na África do Sul em 1993. “Nada sobre nós, sem nós” expressa a convicção das pessoas com deficiência de que elas sabem o que é melhor para elas. A partir de então em muitos países, as organizações de pessoas com deficiência adotaram o lema NADA SOBRE NÓS, SEM NÓS, especialmente em países desenvolvidos, mas cada vez mais frequentemente em países do Terceiro Mundo. FONTE: SASSAKI, Romeu Kazumi. Nada sobre nós, sem nós: Da integração à inclusão – Parte 1.

Revista Nacional de Reabilitação, ano X, n. 57, jul./ago. 2007, p. 8-16 Disponível em: <https://www.sinprodf.org.br/wp-content/uploads/2012/01/nada-sobre-n%C3%93s-sem-n%C3%93s1.pdf> Acesso em 12 nov 2023.

“será que estão me botando tipo de ratinho de laboratório? Fazendo pesquisinha... Cansado já de responder sobre gravidez de homens trans”. Acho que muitas pessoas trans pensam isso. Um monte delas. Eu tenho certeza, porque eu converso muito com as pessoas. Obrigado por buscar pessoas trans, assim porque eu vejo que muitas pessoas acabam procurando pessoas não trans para falar sobre nós né? Então eu acho muito importante isso. infelizmente, quando a gente fala a gente não é escutado, né? Então a gente precisa de uma pessoa cis falando pela gente e tem essas pessoas que são as nossas porta-vozes, né? Mas que bom que está procurando a gente pelo menos para saber, várias pessoas assim, né? Eu acho muito bacana as pessoas quererem ajudar a gente, sabe? E eu acho muito difícil, ainda mais uma pessoa cis, né? Pessoas cisgêneras, né? E as pessoas cisgêneras são bem mais difíceis, as vezes até desconfio. Quando uma pessoa cisgênera tenta ajudar a gente assim, eu desconfio. Eu acabo desconfiando. (P 2)

Para melhor visualização o quadro a seguir apresenta os dados sociográficos dos dez homens trans entrevistados.

Quadro 7: Dados sociográficos homens trans entrevistados, Brasil, 2023.

Idade	Raça	Identidade de gênero	escolaridade	Cidade	Religião	Tempo de Transição	Profissão	Renda Média em SM
27	Branco	Homem trans	Superior incompleto	São João Batista -SC	nenhuma	Não houve	Evox em empresa de informática	2
28	Branco	Homem trans	Superior incompleto	São José - SC	nenhuma	5 anos	auxiliar de compliance	Não informada
31	Branco	Transmasculino	Ensino Médio	Florianópolis - SC	nenhuma	4 anos	Social mídia e fotógrafo	2 - 3
26	Preto	Homem trans	Superior completo	Valença - BA	nenhuma	5 anos	Concluindo graduação em enfermagem	nenhuma
44	Branco	Homem trans	Superior completo	Rio de Janeiro - RJ	nenhuma	9 anos	Estudante de psicanálise	Não informada
33	Branco/pardo	Transmasculino	Superior incompleto	Recife -PE	nenhuma	14 anos	Nenhuma	1/2 Bolsa família
34	Preto	Transmasculino	Doutorando	São Paulo - SP	nenhuma	8 anos	Professoresino superior	6
30	Preto	Homem Trans	Superior incompleto	Diamantina - MG	católica	3 anos	Bolsa estudantil	< 1
31	Branco	Homem trans	Superior incompleto	Palhoça - SC	nenhuma	6 anos	Balconista farmácia	1,2
48	Branco	Homem trans	Pós-doutorado	São Paulo - SP	nenhuma	8 anos	Professoresino superior	9

Fonte: Dados da Pesquisa, 2023

Como se pode perceber a amostra foi bem heterogênea, com participantes de Santa Catarina, São Paulo, Minas Gerais, Rio de Janeiro, Pernambuco e Bahia. Seis participantes se declararam brancos, dois pretos e um pardo. O nível de escolaridade variou de ensino médio ao superior completo e a renda mensal variou de menor que um (bolsa família) a nove salários-mínimos. O menor tempo de transição foi três anos e o maior quatorze. Somente um

participante declarou professar uma religião (católica). A diversidade sociográfica dos respondentes demonstra que não houve enviesamento, uma vez que, ao utilizar a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo foi buscada a diversidade entre as sementes, resultando em dados de populações variadas (Vinuto, 2014; Ochoa, 2015; Costa, 2018).

Uma vez caracterizada e contextualizada a amostra, passamos a descrever os resultados relativos à aplicação da metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo, no que diz respeito a conhecimentos, práticas e demandas de pessoas transmasculinas relacionados aos direitos reprodutivos e reprodução assistida. Do total das dez entrevistas em profundidade realizadas emergiram **nove Ideias Centrais (IC)**, que passamos a descrever e analisar:

IC 1: Alguns homens trans desejam gestar, outros não

Quando eu transicionei, eu comecei a me sentir interessado na possibilidade de gerar um filho. Depois, eu fui amadurecendo e foi aumentando essa vontade. Desde o ano passado eu parei de tomar Testosterona porque eu quero engravidar. Fiz isso porque descobri com amigos trans, que eu teria que parar a testosterona. O meu objetivo é engravidar. Vi a questão dos papais homens trans, é papai cavalo marinho, né? Eu li sobre isso, e fiquei espantado em saber que muitos homens trans não sabem que podem engravidar mesmo com a hormonização. "Nossa, gente, mas engravida mesmo? Como se usamos testosterona?" eles perguntam. Tendo ovário, tendo útero, a gente pode estar apto. Teve um tempo em que eu até não queria engravidar, mas agora que estou casado, com um companheiro legal estou querendo. Gostaria de viver essa experiência de comunhão com outro ser, dividir o próprio corpo com outra pessoa. É uma das coisas, assim, que mais me tocam na minha vida, sabe? Imaginar, imaginar tudo isso dentro de mim, tudo que eu vou sentir. Mas isso sou eu e tenho vários amigos trans que gostariam de engravidar, mas te digo que assim como nem todas as pessoas cis querem filhos, nem todo homem trans quer ter filhos. Eu tenho um amigo que sempre me diz: "Eu sou homem e mais homem que muito homem cis e homem pra mim não engravida". Mas seria muito importante pegar o meu, eu diria "um esperma meu" e colocaria na minha mulher para que tivesse um filho parecido comigo. Esse performa o machão típico. Porém tenho outros que são transmasculinos, constroem uma nova masculinidade, mas não desejam gestar.

Nas últimas décadas a população de pessoas trans, vem visibilizando sua existência e trazendo novas demandas para os profissionais de saúde. Entre essas demandas, a da maternidade e/ou paternidade biológica vem se tornando recorrente em alguns serviços demonstrando que o desejo pela parentalidade por parte de pessoas trans tem se evidenciado. (Nascimento, Hellmann e Garcia, 2023)

A fala contida na IC 1 demonstra que alguns homens trans desejam gestar e outros não, o que aponta para diversidade de experiências dentro da comunidade. Tanto os que desejam gestar quanto os que não desejam, incluem a gravidez em seu repertório de masculinidade — uma masculinidade que foge do padrão da masculinidade hegemônica e que (re)constroem a partir de suas vivências e subjetividades. Mas há também aqueles que, para se validarem como

homens, buscam performar a masculinidade hegemônica e rechaçam a ideia de gravidez, pelo fato de que, em sua percepção, “não ser coisa de homem”. Para estes últimos, a gestação é tida como um processo avesso às masculinidades, de modo que pessoas transmasculinas possam ser levadas a sentir que estão ‘traindo’ sua identidade de gênero ao engravidar (Pfeil e Pfeil, 2023, p. 62)

O conceito de masculinidades hegemônicas, foi desenvolvido a partir da década de 1970 e é considerada a masculinidade modelo e/ou referência, que estabelece padrões a partir dos quais os homens são julgados e avaliados, sempre em confronto com o que é tido como um “homem de verdade” (Bento, 2015). Ela se refere a normas culturais e sociais que definem a masculinidade dominante em uma determinada sociedade. Isso pode incluir traços como assertividade, agressividade, independência e outros comportamentos tradicionalmente associados ao que é considerado "masculino" (Soares, 2020). Na busca para ser “um homem de verdade” alguns homens trans performam a masculinidade hegemônica para serem legitimados e validados como homens e, nesta perspectiva a gestão transmasculina torna-se impensável. Em um estudo com homens trans, que teve por objetivo contribuir para o conhecimento sobre como eles constroem e definem as suas masculinidades, Soares (2020, p. 36) encontrou que “muitos acabam por se conformar a esta masculinidade de modo a sentir-se legitimados em sociedade como homens – por vezes tentando afastar-se do rótulo “trans”, ou seja, havia neles, assim como em amigos de homens trans da presente pesquisa, a necessidade de se provarem constantemente como “homens de verdade”, na busca de afirmar e reafirmar as suas masculinidades persistentemente. Tal fato pode ser constatado na afirmação, contida na IC1 de que um homem trans que gostaria de doar seu “esperma” (palavras dele) para fecundar sua parceira.

Há que se pontuar que a expressão de gênero é altamente individual e diversa e sendo assim nem todos os homens trans adotam ou imitam características associadas à masculinidade hegemônica, o que faz com que haja uma enorme diversidade de expressões de gênero dentro da comunidade trans e, portanto, não há uma única maneira "certa" de ser um homem trans. Neste sentido não podemos desconsiderar que as questões subjetivas e a singularidade do sujeito, são afetadas pelas ditaduras sociais que impõem às pessoas os seus lugares e afirmam, todo o tempo, que os homens trans serão menos homens se engravidarem; outros mantêm-se na convicção de que se homens cis não engravidam então homens trans também não podem/devem engravidar, fator que reforça a ideia de que dar à luz é um atributo unicamente feminino (Angonese; Lago, 2018).

Ao desconstruir e rejeitar as narrativas hegemônicas acerca das masculinidades, muitos

homens trans, queiram ou não engravidar, buscam a construção de masculinidades alternativas e questionam e problematizam o binarismo de gênero, assim como a compulsoriedade de uma normatividade cisgênera imposta às suas vivências e corpos. Estes indivíduos não pretendem apenas subverter as categorias binárias de gênero, como se assumem como a própria transgressão face às mesmas, lembrando Preciado (2017, p. 36) quando afirma que o seu Manifesto Contrassexual “não começa com um apelo à revolução, mas com a constatação de que nós somos a revolução que está já em curso.” Neste cenário a gravidez transmasculina é perfeitamente factível e passa a fazer parte daquilo que muitos chamam de novo repertório da masculinidade (Soares, 2020).

Na discussão relativa a IC 1 é importante ainda ressaltar que, pelo relato, alguns homens trans julgam que não correm risco de gravidez em função do uso de testosterona, ou seja, acabam por considerá-la um contraceptivo, o que, conforme abordado na revisão da literatura, não corresponde à realidade, apontando para o fato de estarem totalmente desinformados em relação a direitos sexuais e reprodutivos, tema este que abordaremos mais adiante.

Assim como qualquer outra pessoa, homens trans têm diferentes perspectivas e decisões em relação à paternidade e essas escolhas são pessoais e influenciadas por uma variedade de fatores que incluem a identidade de gênero, o contexto cultural, as preferências pessoais e o acesso aos cuidados de saúde. Nesta perspectiva nem todos os homens trans compartilham os mesmos desejos reprodutivos e, sendo assim, alguns homens podem desejar engravidar e ter filhos biologicamente relacionados a eles e outros não.

Por outro lado, diante do crescimento das famílias transafetivas, o surgimento de novas discussões e desconstruções acerca do tema se fazem necessárias. A desconstrução a ser feita é a de que só mulheres engravidam, uma vez que, homens trans também podem engravidar, pois como bem dizem **Jesus e Peçanha** (2022):

Homens trans podem engravidar [...] jamais se pretendeu, com palavras, excluir mulheres que menstruam e/ou gestam, ou reduzir a cisgeneridade a características biológicas, mas pontuar que também concerne aos corpos transmasculinos temas como gestação, aborto, estupro e saúde menstrual, o que evidencia o caráter ético no uso dessas expressões. [...] Os homens cis não são os únicos homens, como as mulheres cis não se resumem à complexidade das feminilidades. Pessoa alguma pode ser restringida a funções de seu organismo (**Jesus e Peçanha**, 2022, sp.).

Neste cenário pode-se afirmar que aqueles que desejam gestar através dos seus próprios órgãos reprodutores, estão a utilizar estruturas e funções do seu corpo na mesma medida em que outras pessoas o fazem, e têm, portanto, a capacidade biológica e o direito de exercer a sua parentalidade como recurso à gestação (Monteiro 2018). O apoio emocional, bem como o

acesso a serviços de saúde qualificados para o atendimento das demandas específicas dos homens trans, são componentes cruciais para garantir que recebam o suporte necessário durante o processo. Neste sentido o respeito pela diversidade de experiências, desejos e escolhas é fundamental para a construção de uma sociedade mais inclusiva, onde cada pessoa seja vista como única, tenha suas escolhas em relação à parentalidade e outros aspectos da vida respeitadas, sem preconceitos.

IC 2 A sociedade não aceita um homem grávido

A gravidez transmasculina é um problema social porque as pessoas têm a ideia de que só quem pode engravidar é a mulher e isso barra as pessoas de projetarem uma ideia de gravidez. Quando você passa pelo processo de transição, você tem que mudar algumas características que são naturais. Então, as pessoas pensam que se é homem tem que ser hetero. E homem hetero não engravida então a ideia é de que não, que eu não posso ser pai. Então, aí você já trava nessa ideia de engravidar matando um sonho seu. Eu gostaria de um dia ter um filho, mas tenho medo de engravidar por conta preconceito mesmo, pois já tenho passabilidade como homem e chamaria muita atenção sendo gestante. Sou casado com uma pessoa trans não binária e juntos nós poderíamos ter um filho naturalmente, mas eu realmente tenho medo desse processo. Usamos método contraceptivo. O nosso segmento populacional tá começando a aceitar a possibilidade de homem trans poder gestar agora. Antes era uma castração da questão do erotismo, da cultura masculina. Era uma coisa que a pessoa não podia gostar de ter prazer com a própria vagina. Era uma chatice.

Existe uma regulação que naturaliza e legitima a cisheteronormatividade como hegemônica e obrigatória, tornando os espaços sociais atravessados por diversos marcadores sociais da diferença, gerando exclusão, discriminações e violências a quem foge do padrão estabelecido. (Fernandes Filho e Garcia, 2022). Neste contexto a ideia de que um homem trans possa gestar é tão contraditória aos pressupostos de gênero, que se torna imperceptível à sociedade. Segundo Pfeil e Pfeil (2023):

Por entre a variedade de imaginários, normativos ou não-normativos, que envolvem a questão da masculinidade e da parentalidade, não se cogita a possibilidade – e realidade – de que homens possam gestar. Reconhecer as narrativas de pessoas transmasculinas que gestaram, estão gestando ou que pretendem gestar desestabiliza os imaginários socialmente consolidados sobre masculinidades e parentalidades; desestabiliza as fronteiras sedimentadas sobre a distribuição de poder entre os gêneros; e demonstra a fragilidade da divisão binária de gênero com base no sexo. A biologia, a ideia de natureza e a binaridade de gênero – a partir da qual se dividem os seres humanos entre homens e mulheres, sem nenhuma outra possibilidade de corporificação e constituição subjetiva – fazem parte de uma ótica bastante específica, qual seja, a ocidental moderna (p. 55-6)

Para Bourdieu (2012), durante a socialização homens e mulheres incorporam as estruturas históricas da ordem masculina em uma concordância entre as estruturas objetivas e cognitivas, capaz de fazer com que a divisão entre os sexos aparente ser algo natural e inevitável, objetivamente presente nas coisas, no mundo social, e também incorporada nos corpos e *habitus*

dos agentes.

Desta forma a gestação é concebida pela sociedade ocidental como uma possibilidade “improvável” para o “ser homem trans”, uma vez que a reprodução é vinculada somente a mulheres cis. Esta perspectiva leva à sonogação da existência de experiências trans à medida em que negligencia outros corpos que apresentam biologicamente as mesmas possibilidades, o que equivale a dizer que a reprodução é socialmente vista como uma impossibilidade quando se trata de sujeitos constituídos pela ideia de abjeção, o que os leva a uma situação denominada por “esterilidade simbólica”, um processo de negação do direito à escolha pela reprodução e de exercer sua parentalidade, seja esta biológica ou não (Angonese; Lago, 2017; Butler, 2000; Lionço et al., 2008; Souza et al., 2018). Uma vez vista como uma excepcionalidadee também uma excentricidade, a gravidez em pessoas transmasculinas acaba por causar um apagamento da história de homens trans mantendo assim os pilares cisnormativos intocáveis (Toze 2018; Lampe et al., 2019).

Frente a este cenário, Bourdieu (2012) adverte que a subversão à ordem é sempre uma possibilidade uma vez que, naquilo que ele nomina de subversão simbólica, o objetivo

É operar um trabalho de destruição e de construção simbólicas visando a impor novas categorias de percepção e de avaliação, de modo a construir um grupo; ou, mais radicalmente, a destruir oprincípio mesmo de divisão, segundo o qual são produzidos não só o grupo estigmatizante, como também o grupo estigmatizado (p. 148).

Segundo Nascimento, Hellmann e Garcia (2023) a possibilidade da subversão da ordem apontada por Bourdieu (2012) é materializada por homens trans que, ao desejarem gestar, estão buscando romper com a naturalização da diferença entre feminino e masculino, o que é socialmente visto como ameaça. Para estes autores:

Ao engravidar, estes sujeitos desafiam as convenções de gênero que definem o corpo grávido com uma expressão e papéis atribuídos ao feminino. Esta desestabilizaçã dos pressupostos falaciosos sobre sexo e gênero, bem como da estrutura cisnormativa subjacente (e constantemente reiterada pela sociedade) à constituição de uma família, é sentida como uma ameaça (p. 79).

Concordando com os autores, pode-se afirmar que o simples ato de engravidar, enquanto homem trans, é um ato de resistência, uma vez que supera barreiras face à negação de escolhas reprodutivas (Pinho et al., 2020, p 201). Importante ressaltar que a aceitação de um homem grávido pode variar significativamente entre diferentes comunidades, culturas e grupos sociais e que a aceitação social evolui ao longo do tempo, à medida que as percepções culturais e sociais mudam. A gravidez transmasculina aponta para a necessidade de mudanças estruturais na construção social feita em torno da própria ideia de concepção e gestação. Estas mudanças só serão possíveis por meio da promoção da educação, da empatia e da visibilidade de experiências

diversas que contemplem diferentes narrativas, vindo a contribuir para uma sociedade mais inclusiva e compreensiva em relação à diversidade de identidades de gênero.

IC 3 - Homens trans têm medo de sofrer violência obstétrica ao engravidar

Eu tenho muito medo da violência durante, né? É algo que me faz pensar muito por que eu tenho muito medo da violência obstétrica. Se ela já existe com mulheres cis, imagina com homens trans. Porque eu já vi relatos, histórias e isso é uma coisa que me faz pensar muito. Existem várias coisas no sistema de saúde que estão erradas, né? Então a violência pode começar desde a forma que a pessoa se comunica comigo na sala, então são muitas coisas a se pensar. Eu vou ser respeitado enquanto homem? Como, se negam a gestação para homem?

Conforme descrito na IC 3 foi muito recorrente, durante as entrevistas com os homens trans, o medo da violência obstétrica, se engravidassem. No Brasil, assim como em outros países da América Latina, o termo "violência obstétrica" é utilizado para descrever variadas formas de violência (física ou psicológica) que ocorrem durante a gravidez, parto, puerpério e assistência ao abortamento.

Por violência obstétrica entende-se toda ação ou omissão durante o pré-natal, parto ou puerpério, que cause dor, dano ou sofrimento desnecessário, praticada sem o consentimento explícito da pessoa gestante, parturiente ou puérpera ou em desrespeito à sua autonomia. Nessa perspectiva, pode-se dizer que a violência obstétrica consiste na apropriação do corpo e dos processos reprodutivos pelos profissionais de saúde (médicos e não médicos), através de tratamento desumanizado, maus-tratos ou abuso da medicalização, sem consentimento explícito da(o) paciente e a patologização dos processos naturais, causando perda da autonomia e da capacidade de decidir livremente sobre seus corpos e sexualidade, tendo impacto negativo em sua qualidade de vida (Marques 2020; Pérez D'Gregório, 2020).

É comum entre homens trans o medo da assistência de saúde ao parto, em função de toda violência que já vivenciam em razão do preconceito social em relação à gestação transmasculina e também à crença de que não são capazes biologicamente de realizar o parto normal. O grande medo é da “violência obstétrica e transfóbica em instituições marcadas por especificidades de gênero, a exemplo das “maternidades”, além da exposição desses corpos “abjetos” e não reconhecidos como possíveis de “gestar”, entre profissionais da saúde no momento do parto” (Pereira, 2022, p 78). Em relação a homens trans gestantes estas violências podem incluir:

O não respeito ao nome social durante as consultas pré-natal, desrespeito a identidade de gênero masculina durante o ciclo gravídico-puerperal, a deslegitimação da gestação baseada em estereótipos cisgêneros, por profissionais de saúde, negação do acesso a

serviços de saúde público ou privado destinados apenas a mulheres cisgêneras gestantes, negação do direito do gestante assinar os documentos disponibilizados pelos espaços de saúde no momento do parto enquanto “pai” e dificuldade em sentar-se em cadeiras preferenciais para gestantes identificadas nos diversos transportes públicos do país (Pereira, 2022, p. 81).

Como consequência, muitos homens trans que gestam ou não fazem o pré-natal ou, quando podem, optam pelo acompanhamento pré-natal em serviço de saúde privado, em detrimento da assistência obstétrica ofertada pelos serviços do SUS, neste caso visto como um local com maior possibilidade de ocorrer violências (Pereira, 2022), provenientes do “choque simbólico entre gestação e masculinidade/feminilidade” (Pfeil e Pfeil, 2023, p. 57). Em um estudo com sete homens trans que gestaram Pereira (2022) encontrou apenas um que fez acompanhamento pré-natal pelo SUS, por vulnerabilidade socioeconômica, tendo o mesmo relatado que a sua assistência pré-natal foi permeada por violência transfóbica, como ausência na solicitação do nome de registro civil para preenchimento de formulários durante o atendimento, não garantindo o respeito ao uso do nome social. A este respeito Pfeil e Pfeil (2023) acrescentam:

A gestação transmasculina não se caracteriza somente como um processo de aproximadamente nove meses, atravessado por flutuações hormonais, mudanças físicas etc., como também acaba por ser atravessado por estigmatizações, transfobias, obstáculos institucionais, violências obstétricas, negligência médica, inabilidade profissional em assistir a pessoa transmasculina que necessita de cuidado. [...] pessoas transmasculinas que chegam a hospitais e emergências em virtude de tentativas bem ou malsucedidas de aborto sofrem não apenas a estigmatização que o aborto carrega por si só, como também a estigmatização da transmasculinidade. Assim, embora a violência obstétrica contra mulheres negras cisgêneras seja substancialmente diferente da que atravessa pessoas transmasculinas, ambas são cometidas por vias institucionais (p. 57-9).

Esse fato nos leva a afirmar que a preocupação de homens trans com relação à possibilidade de sofrerem violência obstétrica ao engravidarem é válida e compreensível, uma vez que de fato há falta de conhecimento e sensibilidade de profissionais de saúde para lidar com questões de identidade de gênero e experiências específicas desses indivíduos. Homens trans, têm o direito de receber cuidados médicos respeitosos e culturalmente competentes, sem o medo de sofrerem violência obstétrica ou qualquer forma de discriminação. Os relatos dos homens trans participantes da presente pesquisa apontam para a falta de conhecimento médico para o atendimento de suas transespecificidades traduzido em violências de gênero contra corpos trans, demarcadas inclusive no interior de instituições de ensino, responsáveis pela produção de um saber considerado científico – saber este que falha em reconhecer não somente a capacidade de que corpos transmasculinos possam gestar, como também em reconhecer suas existências. Neste sentido um novo olhar para a formação médica, que inclua a abordagem sistemática de conteúdos relacionados a gênero, diversidade sexual e saúde, assim como à promoção de ambientes de saúde inclusivos e seguros para pessoas transmasculinas, é

fundamental para garantir experiências positivas durante a gravidez, o parto e o puerpério.

IC 4 A paternidade trans não afeta a masculinidade

E quando eu penso na possibilidade de ser um pai, eu penso na possibilidade de ser um pai que eu nunca tive. É também oportunidade de construir um novo repertório de masculinidade e paternidade. A paternidade trans é como a maternidade, amor incondicional. Para mim é muito mais sobre gestar do que sobre ser pai, sabe? É sobre uma experiência do meu corpo mesmo. Gestar, eu acho que é sobreviver a uma experiência que o meu corpo me permite viver. Eu não preciso ser mulher ou enfim ser qualquer coisa para ter essa experiência da gestação e não tem gênero nenhum, não tem coisa alguma no mundo que vá me privar de viver isso.

A masculinidade não é exclusividade da cisgenaridade, uma vez que a emergência das identidades transmasculinas tem apontado para diferentes masculinidades. Segundo Ávila (2014) não há um modelo universal de transmasculinidades, uma vez que elas são sempre maleáveis e estão em constante produção. Nas palavras da autora:

[...] as transmasculinidades brasileiras podem ser masculinidades alternativas, mesmo estando incluídas em práticas de dominação, subordinação e marginalização. As transmasculinidades, ao produzirem uma masculinidade sem pênis, podem ser tomadas como um destabilizador de masculinidades hegemônicas, rejeitando a arbitrariedade do sexo e do gênero, questionando a certeza de sermos homens e mulheres (Ávila, 2014, p. 227).

Com este olhar pode-se dizer que a masculinidade trans é um fenômeno social heterogêneo fazendo com que alguns homens trans considerem a gravidez como constituinte de sua masculinidade ao passo que outros não, conforme discutimos na análise da IC 1. Para muitos participantes do presente estudo a gravidez não afeta a sua masculinidade e é uma experiência que se sentem no direito de vivenciar, sendo vista inclusive como uma oportunidade na construção de um novo repertório de masculinidade e paternidade.

É inegável que pessoas transmasculinas com útero e ovários têm a possibilidade de gestar e essa gravidez, como visto em seus discursos, não é representada como algo contrário do que é ser homem, tendo em vista que a mesma não anula a sua masculinidade, mas a ressignifica por meio de suas transvivências (Peçanha, 2015). Esta visão é corroborada por Monteiro (2018) que em uma etnografia sobre parentalidades trans e reprodução realizada no Brasil, concluiu que, assim como as pessoas da presente pesquisa, os homens trans atribuíam um significado ao processo de gestação, parto e amamentação, que era englobado na construção subjetiva que faziam da própria masculinidade.

Este fato aponta para um novo olhar para as masculinidades. Em entrevista concedida à revista *Veja*¹⁹, o médico psiquiatra Alexandre Saadeh, coordenador do Ambulatório de

Identidade de Gênero do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas, em São Paulo, afirma que “Se antes, para muitos trans, a reprodução era assunto encerrado, agora há o entendimento de que a gravidez não os faz menos homens”. No entanto, não há como negar que a possibilidade de uma gestação paterna por homens trans grávidos, “desestabiliza a gravidez como atributo exclusivo do que compõe o feminino e a feminilidade, essa última, em um primeiro olhar, aparentemente negada por pessoas que buscam através do processo transexualizador a virilização de seus corpos” (Nascimento, Hellmann e Garcia, 2023).

No enfrentamento da censura social sobre sua gestação, homens trans grávidos resistem e reorganizam internamente as suas experiências, fora das noções binárias estanques de homem versus mulher ou pai versus mãe, atribuindo significados aos eventos da gestação, parto e amamentação, como processos inerentes à constituição de sua masculinidade enquanto pessoas que têm vagina, útero, ovários e, alguns, mamas, rompendo com os pilares reprodutivos cisheteronormativos. O que possibilita a gravidez de homens trans é o fato da transmasculinidade (e transgeneridade em geral) ser múltipla, o que a torna um fenômeno social heterogêneo em que as experiências corporais são variadas. Neste sentido pode-se afirmar, que assim como na cisgeneridade, não existe uma masculinidade única, existem diferentes formas de transmasculinidade, o que vem a demonstrar que a masculinidade não é exclusividade da cisgeneridade (Ávila 2015; Charter et al. 2018; Toze, 2018; Brandt et al., 2019; **Monteiro**, 2018; **Vicente**, 2020, Nascimento, Hellmann e Garcia, 2023). Com este olhar, em um artigo intitulado “*Gravidez em pessoas transmasculinas – paradoxo ou reinvenção da masculinidade*” Nascimento, Hellmann e Garcia (2023, p. 84) afirmam que “homens trans que desejam gestar estão buscando romper com a naturalização da diferença entre feminino e masculino, compondo um novo olhar para a masculinidade: aquela que também pode gestar”.

Para **Monteiro** (2018) a associação entre gravidez e masculinidade feita pelos homens trans, está presente na metáfora do cavalo-marinho, uma vez que este é um macho que “engravidar”, carrega os ovos fecundados em uma “bolsa” protetora em sua barriga e depois dá à luz aos seus filhotes e mesmo assim, continua a ser o macho de sua espécie. Nesse sentido, para os homens trans, a gravidez pode ser uma possibilidade de constituir suas masculinidades. Sendo assim, segundo esta autora, pessoas transmasculinas que decidem engravidar através dos seus próprios órgãos reprodutores, estão a utilizar estruturas e funções do seu corpo, na mesma medida em que outras pessoas o fazem; e têm, portanto, a capacidade biológica e o direito de exercer a sua parentalidade com recurso à gestação.

A este olhar **Pfeil e Pfeil** (2023, p. 51) acrescentam que “as transmasculinidades não se

espelham nas cisfeminilidades, devendo ser compreendidas como experiências e possibilidades singulares de constituição subjetiva e corporal”. Segundo estes autores: “O ato de gestar força o corpo transmasculino a ter de se reafirmar constantemente em sua transmasculinidade e em sua capacidade parental uma vez que é comum que transmasculinos e pessoas trans em geral não sejam considerados capazes de criar filhos” (Pfeil e Pfeil, 2023, p. 57). Para estes autores, a gravidez frequentemente é tida como o:

Potencial de correção da transmasculinidade, sendo capaz de forçar o sujeito a abraçar sua feminilidade e “voltar a si” – já que a gestação e feminilidade seriam indissociáveis, porém ressaltam que apesar da gravidez implicar em similaridades biológicas entre pessoas transmasculinas e cis femininas há uma significativa diferença tendo em vista que a masculinidade é continuamente posta à prova: “por que engravidou se quer ser homem?”, “se homem não engravida, você é o que?”. (p. 59)

Nesta perspectiva podemos afirmar que a gravidez de homens trans não deve deslegitimar a identidade masculina uma vez ao engravidar não deixam de ser homens, ao contrário, estão apenas apontando para as múltiplas possibilidades que a diversidade humana abarca (Nascimento, Hellmann e Garcia, 2023).

IC 5 Os médicos acham que homens trans não desejam engravidar

Os médicos, quando eu falo de gravidez, é uma surpresa, sabe... A gente vive a cultura de castração, está entendendo? De castração. Como se a gente não pudesse ter vagina, quisesse ter um pênis, entendeu? Senão a gente é menos homem e gestar muito menos, porque gestar é coisa de mulher, não é? Sinto uma normatividade vinda deles. Para eles, o homem trans transiciona para ser um homem e homem não engravida. Talvez por isso uns médicos nem cogitam e outros ficam surpresos. Por que quando a gente fala de gravidez e reprodução a gente pensa só na mulher, né? É negada a gravidez para homens. É nítido que os médicos não têm preparo para nos atender. Muitos nem imaginam o que é um homem trans, porque para eles só existe homem com pênis ou mulher com vagina. Quando reconhecem nossa existência, imaginam que devemos ser “homem de verdade”, ou seja, homem não engravida e então nem pensam nessa possibilidade e só lembram de falar em doença sexualmente transmissível, como se pessoas cis não tivessem também. Um médico chegou a perguntar se não seria melhor e mais fácil eu adotar uma criança.

Como se pode perceber pelos discursos dos homens trans, a ideia de que possam desejar engravidar causa surpresa nos médicos, uma vez que estes imaginam que, se transicionaram para homens, devem seguir o modelo dos homens cis e, nesta lógica, homem não engravida. Nesta perspectiva, ao enquadrar a experiência da gravidez em uma ótica médica e psicológica orientada pelos discursos preexistentes de sexo/gênero, a fertilidade de homens trans tende a ser vista como arriscada, indesejada, irreconhecível e até mesmo uma impossibilidade, o que leva esta população à “esterilidade simbólica”, (Angonese; Lago, 2017). A IC 5 aponta para a sensação de castração, pela vivência de um processo de negação do direito à escolha pela reprodução e exercício da parentalidade, seja esta biológica ou não, pautada nas normas sociais

de gênero, que definem o corpo grávido como expressão e papel atribuído à mulher cisgênero e heterossexual (Butler, 2000; Lionço et al., 2008; Souza et al., 2018).

Neste cenário estando a reprodução e a parentalidade associadas a casais cisgêneros e heterossexuais onde homens cis não engravidam, homens trans também não podem/devem engravidar, pois a gestação é um atributo único do feminino (Angonse; Lago, 2018). Quando pensada para pessoas sexo-gênero-dissidentes, no máximo, é considerada a possibilidade de adoção. Tal contexto nos leva a concordar com Pinho et al. (2020) e afirmar que a cisheteronormatividade tem a tendência de ignorar as experiências trans, criando a impressão de que a reprodução é exclusivamente associada a mulheres cis, negligenciando outras pessoas que biologicamente têm capacidade de gestar. Bourdieu (2012), no entanto, adverte que a subversão a essa ordem é sempre uma possibilidade:

O objetivo de todo movimento de subversão simbólica é operar um trabalho de destruição e de construção simbólicas, visando impor novas categorias de percepção e de avaliação, de modo a construir um grupo, ou mais radicalmente, a destruir o princípio mesmo de divisão, segundo o qual são produzidos, e não só o grupo estigmatizante, como também o grupo estigmatizado. O trabalho de construção simbólica não se reduz a uma operação estritamente performativa de nominação que oriente e estructure as representações, a começar pelas representações do corpo (o que ainda não é nada); ele se completa e se realiza em uma transformação profunda e duradoura dos corpos (e dos cérebros), isto é, em um trabalho e por um trabalho de construção prática, que impõe uma definição diferencial dos usos legítimos do corpo, sobretudo os sexuais, e tende a excluir do universo do pensável e do factível tudo o que caracteriza pertencer ao outro gênero — e em particular todas as virtualidades biologicamente inscritas no ‘perverso polimorfo’. (Bourdieu, 2012, p. 34)

Há de se destacar ainda que ter um pênis ou uma vagina e não corresponder com as expectativas sociais no desenvolvimento do gênero “apropriado” para seu sexo biológico, é “uma descoberta vivenciada com grande surpresa para alguns/algumas” (Bento, 2009, p. 97) incluindo profissionais de saúde que, como relatado pelos entrevistados, não têm preparo para atender suas transespecificidades. Contudo as pessoas transexuais anunciam a possibilidade de vivenciar o gênero para além da genitália a partir da constituição de diferentes “feminilidades” e “masculinidades” na materialidade de seus corpos. Neste sentido, é plausível que a possibilidade de uma gestação em homens trans, cause surpresa e espanto. Para mudar essa realidade, se faz necessário para além da abordagem de gênero, diversidade sexual e saúde, durante a formação em saúde, pensar nos direitos reprodutivos de forma universal, sem subjugá-los à cisheteronorma, adotando uma abordagem que considere tanto a universalidade quanto as singularidades e especificidades da população trans para garantir seus direitos e saúde reprodutiva (Angonse; Lago, 2017).

Estereótipos de gênero tradicionais podem influenciar as percepções dos profissionais de

saúde sobre quem é considerado um paciente "típico" para determinados procedimentos médicos, como a gravidez. Isso pode resultar em preconceitos e desconhecimento sobre as experiências únicas de homens trans que desejam conceber, o que torna a relação entre médicos "da mulher" e homens trans que desejam engravidar, complexa e permeada por mal-entendidos, falta de apoio adequado e desafios na prestação de cuidados de saúde. A mudança na atitude de médicos em relação a pacientes trans, que propicie um ambiente acolhedor e um atendimento informado sobre as transespecificidades só é possível à medida em que a conscientização sobre questões de identidade de gênero aumenta. A conscientização e a educação contínuas são cruciais para a superação de preconceitos e a garantia de que todo ser humano, independentemente de sua identidade de gênero, receba cuidados de saúde respeitosos e culturalmente competentes.

IC 6 Homens trans têm direito à reprodução

Quando a gente fala de gravidez e reprodução, a gente automaticamente olha só para o feminino, né? Mas não. eu sou um homem trans, então há a possibilidade de eu gestar com ou sem um parceiro ou parceira. A gente tem total direito de reprodução. Não só porque a gente tem útero, mas também porque é uma oportunidade de construir famílias com um repertório diferente, sabe? Tipo assim, o modelo familiar que é nos ensinado, ele é muito idealizado. Gravidez transmasculina era um grande tabu. E agora a gente tá quebrando esse tabu. Os homens trans estão começando a se sentir no direito de poder gestar. Podemos gestar e temos esse direito. Um dia um amigo meu me disse: "você quer engravidar porque você quer aparecer" E isso é muito dolorido, sabe? Porque a gente não tem nem o direito. Tipo, não, não quero engravidar porque eu quero aparecer, sabe? Eu quero engravidar porque eu tenho o direito de engravidar. É só isso. Pessoas trans engravidam com pessoas trans. Engravidar não é um privilégio cis. Felizmente a gente tá descobrindo os nossos direitos reprodutivos agora, entendeu? Porque antes a gente tinha uma cultura de castração, tá entendendo? De castração. A gente não podia ter vagina, a gente tinha que querer ter um pênis, a gente não podia ter prazer com essa vagina, entendeu? Se não a gente seria menos homem e gestar muito menos, porque gestar seria coisa de mulher, né?

Na introdução da presente pesquisa discorremos sobre direitos reprodutivos, motivo pelo qual aqui retomamos brevemente a temática para possibilitar a discussão da IC 6, tendo em vista que nela os participantes deste estudo verbalizam que têm direito à reprodução.

Os conceitos de direitos reprodutivos e direitos sexuais são invenções contemporâneas, fruto de pautas do movimento feminista na luta por liberdade e autonomia em relação ao corpo, isto é, o direito de escolher maternidade, contracepção ou aborto. As definições com as quais contamos hoje foram originalmente adotadas em conferências intergovernamentais da Organização das Nações Unidas (ONU), que tiveram lugar na segunda metade dos anos 1990 na Conferência Internacional de População e Desenvolvimento, Cairo em 1994, como "direito

de tomar decisões sobre a reprodução livre de discriminação, coerção e violência” e da IV Conferência Mundial das Mulheres, Pequim, 1995 onde foi definido o conceito de Direito Sexual (Zucco, 2015; **Vicente**, 2020)

O documento final da conferência do Cairo conceitua direito reprodutivo como:

[...] os direitos reprodutivos abrangem certos direitos humanos já reconhecidos em leis nacionais, em documentos internacionais 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, conforme expresso em documentos sobre direitos humanos (CIPD, Programa de Ação, parágrafo 7.3).

No Brasil, a temática encontra espaço na agenda feminista nacional somente em 1980. Assim, em 1983 surge o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), voltado para a saúde reprodutiva e o planejamento familiar. Nesta época os direitos reprodutivos foram pautados sobretudo em esterilização, aborto, concepção e assistência à saúde. Em 1988 a garantia dos direitos reprodutivos a toda pessoa, independente de identidade de gênero, orientação sexual, estado civil, dentre outros, é prevista na Constituição brasileira. Oito anos mais tarde, em 1996, é aprovada a Lei 9263, que trata sobre planejamento familiar, definindo ações preventivas e educativas e a garantia de acesso igualitário a informações, meios, métodos e técnicas disponíveis para a regulação da fecundidade, sendo dever do Estado fomentar essas ações através do SUS, podendo ser exercidas pelas instituições públicas e privadas, filantrópicas ou não. Tais ações culminaram no lançamento, em 2005, da Política Nacional de Direitos Sexuais e de Direitos Reprodutivos, que previa indicações de boas práticas no que diz respeito ao atendimento obstétrico e neonatal, assim como a qualificação do atendimento a emergências e urgências obstétricas (Zucco, 2015, **Vicente**, 2020).

Como se pode perceber o foco estava sempre na figura da mulher cis. Apesar da relação entre direitos reprodutivos e direitos humanos, os binarismos homem/mulher, masculino/feminino e heterossexual/homossexual dificultam a construção dos direitos sexuais e reprodutivos como tal, apontando para o fato de que a permanência do modelo de dois sexos e dois gêneros mostra-se insuficiente e acaba por violar os direitos humanos, sendo que especialmente transexuais e intersexuais têm chamado a atenção para essa limitação baseada no binarismo. Neste sentido Nardi, Rios e Machado (2012, p. 262) questionam “como operacionalizar uma ética da pluralidade sexual e reprodutiva” sem se fixar em identidades e hierarquias que coloquem alguns sujeitos no centro e outros na periferia das discussões sobre direitos sexuais e reprodutivos?

A este questionamento acrescentamos o estudo de Angonese e Lago (2017) que, ao explorar as políticas nacionais brasileiras direcionadas para direitos reprodutivos e sexuais de pessoas trans, concluem que essa população é violentada por meio do que chamam 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; Lago, 2018, p. 262) devido ao lugar de abjeção em que corpos trans são colocados socialmente.

Neste cenário, já que o presente estudo foi pensado em diálogo com pessoas transmasculinas, julgamos importante trazer aqui o conceito de direito reprodutivo, na concepção de **Vicente** (2020), que se identifica como boyceta. Segundo este autor:

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 deseja 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 a 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. (p. 47)

A capacidade de reprodução e o desejo de ter filhos são aspectos importantes da autonomia reprodutiva, que é um direito fundamental reconhecido internacionalmente. No entanto, a experiência de reprodução para homens trans pode envolver desafios únicos, especialmente no que diz respeito ao acesso a cuidados de saúde. Neste sentido, como afirma **Vicente** (2020, p. 29) “as hierarquias reprodutivas dizem também respeito a paternidades, já que homens trans, boycetas e pessoas não binárias 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.

IC 7 O SUS não acolhe homens grávidos

Me identificando como transmasculino, as pessoas já me colocam em locais que não me pertencem. Se você se entende como um homem então não quer gerar, a pessoa me coloca no universo cis masculino, que não é algo que me pertence. É muito incomum as pessoas verem homens grávidos. Não porque não existam, mas onde são essas pessoas? Por que não é normalizado isso no SUS, por exemplo? Engravidar é um sonho meu, mas como vou fazer se não tenho plano de saúde e só posso ser atendido pelo SUS? Se até as mulheres cis, sofrem várias coisas, né? E como é que vai ser comigo? Então, para não sofrer violência e preconceito a gente às vezes opta em não engravidar. Eu conheço algumas mulheres cis que estão fazendo pré-natal e não são respeitadas. Com homem trans pior ainda

né? O pré-natal e algumas questões relacionadas à saúde reprodutiva, homens trans tem pelo SUS. Já o parto não. Quando chega para acontecer o pagamento do procedimento, ele glosa porque não paga parto para pessoas do sexo masculino.

Conforme se pode perceber a fala contida na IC 7 demonstra que, na percepção dos homens trans entrevistados, o SUS não está preparado para o atendimento de suas especificidades, o que lhes causa o medo de serem violentados, rejeitados, maltratados e sofrerem transfobia na assistência à saúde em caso de gravidez, uma vez que percebem que homens grávidos são vistos como aberração. Importante destacar que a gravidez exige cuidados pré e perinatais para prevenção de agravos à saúde, no entanto a falha dos sistemas de saúde em apoiar essa população, aumenta ainda mais a sua vulnerabilidade em ambientes perinatais heteronormativos.

Segundo Peçanha (2015) os serviços de saúde voltados à gestação não consideram corporalidades transmasculinas, pois a gravidez é vinculada às cisfeminilidades como um aspecto natural, sendo a que há tendência em culpabilizar o indivíduo transmasculino por ter engravidado, como se este, por ser transmasculino, não desejasse gestar (Pfeil e Pfeil, 2023). Pesquisas norte-americanas apontam que durante assistência pré-natal a homens trans grávidos, nos Estados Unidos, os profissionais demonstraram falta de conhecimento sobre saúde transgênero, que se refletiu na falta de orientações, questionamentos desnecessários, suposições sobre a identidade de gênero e uso inadequado de pronomes, afetando a relação interpessoal médico-paciente, gerando um aumento na probabilidade de exclusão e discriminação durante a assistência pré-natal, além de os cuidados na assistência obstétrica específica para homens trans terem sido negligenciados. Citam como exemplo o caso de um homem trans com gravidez de 12 semanas, comunicada à equipe médica da emergência na qualdeu entrada, com hipertensão e cefaleia (dor de cabeça) persistente e foi medicado com analgésico comum e mandado para casa (Moseson et al., 2020). Este cenário fez com que, pelo medo do tratamento transfóbico, muitos homens trans grávidos procurassem atendimento não hospitalar com profissionais não médicos sendo que cerca de 44% foram assistidos por enfermeiros e 17% tiveram parto domiciliar. Outros alegaram como justificativa o medo de que a vulnerabilidade a que estavam sujeitos pela gravidez e parto se transformasse em oportunidade para que os profissionais médicos lhe causassem danos (Brandt et al., 2019; Light et al., 2019; Malmquist et al., 2019).

No cenário brasileiro, não foram encontrados estudos semelhantes, porém ao falar dos serviços de saúde do Brasil, Peçanha (2015) aponta para a necessidade de garantia de um atendimento que contemple as especificidades que um corpo trans grávido exige, respeitando

sua identidade de gênero nos diversos espaços onde houver o seu acompanhamento durante a assistência pré-natal e obstétrica. No entanto, tanto a ginecologia quanto a obstetrícia ainda são vistas como *locus* de atendimento específico para mulheres, assim como a instituição de saúde nomeada como maternidade, que se configura enquanto local historicamente marcado por especificidades de gênero e tem estabelecido critérios biológicos para condicionar os cuidados em saúde. Por outro lado O “Pré-natal do Parceiro” (Brasil, 2018), estratégia utilizada pelo governo brasileiro para estimular a participação “do companheiro” durante o cuidado pré-natal acaba se configurando como um serviço direcionado exclusivamente às mulheres cisgêneras. Nesta perspectiva não é pensada a possibilidade de a gestação ser resultado de diferentes relações, para além da relação cisgênero e heterossexual, o que acaba por expulsar pessoas transmasculinas da inteligibilidade reprodutiva, condenando-as à castração (Sampaio, 2020).

Há de se destacar ainda que o Prontuário Eletrônico do Cidadão (no SUS) permite o registro do nome social assim como o preenchimento dos campos “identidade de gênero e orientação sexual” durante os cuidados pré-natais para aqueles homens trans gestantes não retificados; no entanto, estes campos são frequentemente negligenciados por profissionais de saúde, constatação esta feita a partir do baixo índice de preenchimento deste campo nos formulários (Pinto et al., 2020). Esta constatação indica que homens trans gestantes tendem a ser invisibilizados em diversas unidades de assistência ao pré-natal, parto e puerpério trazendo, como consequência, a impossibilidade de construção de informações que possam dar subsídios para a elaboração de políticas públicas de saúde com foco na gestação transmasculina (Greenfield; Darwin, 2021; Pearce, 2019).

O Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil é projetado para fornecer serviços de saúde para toda a população, independentemente de identidade de gênero. Apesar dos princípios fundantes do SUS serem a universalidade, a integralidade e a equidade, “o que se observa é uma heterogeneidade nos serviços e atendimentos à população transgênera” (Cortes et al., 2021, p. 160). À medida em que a implementação efetiva de políticas inclusivas não se dá na prática, levando a lacunas assistenciais, que fazem, por exemplo, com que homens trans que engravidam enfrentem desafios específicos no acesso a serviços de saúde inclusivos, que vão desde a falta de profissionais de saúde treinados para lidar com suas necessidades de saúde específicas, bem como possíveis barreiras sociais e culturais. Tais barreiras acabam por se constituir também em barreira de acesso ao serviço de saúde, em especial à Atenção Primária de Saúde e “geram, muitas vezes, a supressão da pessoa trans dos serviços de saúde, além da exclusão social, contexto este que impulsiona a busca por práticas clandestinas, podendo resultar em

complicações clínicas significativas no seu processo saúde doença.” (Cortes et al., 2021, p. 174).

Em relação ao atendimento dos direitos sexuais e reprodutivos para pessoas transmasculinas no SUS Vicente (2020) afirma:

São necessárias algumas mudanças no Sistema Único de Saúde para que os direitos sexuais de homens trans, boycetas e pessoas não-binárias sejam respeitados. O SUS precisa entender que homens trans, boycetas e pessoas não-binárias existem e que possuem capacidade reprodutiva, deixando de operar a (já explicada) esterilidade simbólica [...]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. (p. 81)

No caso dos direitos reprodutivos é importante destacar que o Ministério da Saúde recomenda que sejam realizadas no mínimo seis consultas (uma no primeiro trimestre da gravidez, duas no segundo e três no terceiro) sendo ideal que a primeira consulta aconteça no primeiro trimestre e que, até a 34ª semana, sejam realizadas consultas mensais. Entre a 34ª e 38ª semanas, o indicado seria uma consulta a cada duas semanas e, a partir da 38ª semana, consultas toda semana até o parto, que geralmente acontece na 40ª semana, mas pode durar até 42 semanas (Brasil, 2012). A realização do pré-natal representa papel fundamental em termos de prevenção e/ou detecção precoce de patologias tanto maternas como fetais, permitindo um desenvolvimento saudável do bebê e reduzindo os riscos da gestante. Ao evitar buscar os serviços necessários para assistência pré-natal de qualidade em função da discriminação que enfrentam, homens trans grávidos estão colocando em risco tanto sua saúde física e mental, em razão da vulnerabilidade psicossocial na qual estão inseridos (Cortes, 2019), quanto a do bebê, o que nos leva a afirmar que a sua invisibilização nos serviços de saúde, em especial no SUS, é por si só uma prática de violência.

IC 8 Homens trans não recebem orientação médica sobre direitos reprodutivos nem tampouco sobre reprodução assistida

Se um homem trans tem relações com o homem cis, sem proteção para a gravidez, ele pode engravidar, certo? Mas quando vamos ao médico para receber a receita do hormônio somos orientados de todos os efeitos colaterais da testosterona, mas nada sobre método anticoncepcional nem sobre possibilidade ou desejo de gravidez. Nunca fui orientado sobre reprodução. A impressão que me dá é que somos considerados estéreis, às vezes a sensação que tenho mesmo é de uma castração. De reprodução assistida a gente sabe muito pouco pra não dizer nada, porque ninguém informa, quem sabe é porque foi atrás da informação por conta própria. Eu li que tem formas de fertilização que não são no método natural, com penetração. Também já ouvi falar que precisa parar o hormônio se quiser engravidar. Sei também que tem a possibilidade de pegar o óvulo ou espermatozoide de um doador. Pode ser um doador que tenha um parentesco com a outra pessoa ou não. Acho que tem alguns que fecundam fora, inserem já depois de fecundado né? Não fui atrás do SUS para fazer a tecnologia

assistida, eu não tenho a menor ideia de como faz isso, eu acho que a gente não tem informação, é muito difícil ter informação. Deveria ser abordado isso, mas infelizmente não temos essa informação.

Os termos “maternidade” e “gravidez” são comumente utilizados como sinônimos, contribuindo com a ideia de que são atributos da mulher e por consequência trazem a impossibilidade de se pensar que homens trans podem gestar e desempenhar o papel parental em consonância com sua identidade de gênero (Cunha et al., 2020).

Apesar de existirem políticas internacionais e nacionais voltadas para direitos sexuais e reprodutivos e direito à livre orientação sexual e identidade de gênero sem preconceito e discriminação, em relação a direitos reprodutivos, a fala presente na IC 8 demonstra que as mesmas, ainda que implicitamente, estão fundamentadas no binarismo de gênero e na cisnormatividade o que faz com que diversas instituições de saúde ainda posicionam corpos de transexuais em lugar de abjeção, uma vez que, subvertem as normas de gênero (Weyers et al., 2021). Segundo Nery e Maranhão-Filho (2015, p. 25), “não há, na cultura brasileira, espaço para respeitá-los ou entendê-los como homens sem pênis, com seios e com vagina”. Para estes autores isso expõe estes sujeitos a diversos agravos em saúde e violações de direitos, como por exemplo quando homens trans são impedidos pelo SUS de realizar um exame preventivo de câncer de colo do útero, um pré-natal ou têm negado o pagamento pelo SUS do parto (como foi o caso de um dos participantes da presente pesquisa) quando já retificados - porque, para o sistema apenas pessoas do sexo biológico feminino podem fazê-lo.

Há de se considerar ainda que, conforme abordado na revisão de literatura, os mais recentes Padrões de Cuidados da *World Professional Association for Transgender Health* recomendam informar claramente os pacientes sobre suas futuras opções reprodutivas antes do início da hormonização e, em especial, para homens trans que pretendem engravidar é imperioso informar que a testosterona é contraindicada durante a gravidez ou durante a tentativa de engravidar espontaneamente, devido aos seus potenciais efeitos iatrogênicos sobre o feto.

Ainda no rol de cuidados para esta população destacamos que o Protocolo do ambulatório trans de Florianópolis, assim como outros no Brasil, preconiza a necessidade de o profissional de saúde realizar, com pessoas transmasculinas e não binárias, a abordagem do planejamento reprodutivo, devendo o mesmo contemplar as seguintes orientações: a redução da fertilidade em consequência da hormonização e, caso haja manifestação de desejo de gestar usando seus óvulos, o profissional de saúde deve cogitar (em decisão compartilhada com o homem trans) a possibilidade de ou adiar a hormonização ou de congelamento de óvulos (serviço pouco acessível, não disponível no SUS).

Para além desta orientação a pessoa deve ser esclarecida de que a hormonização não é método contraceptivo e de que o uso de testosterona em vigência de gestação pode acarretar risco de androgenização do feto. O Protocolo ainda alerta para que o profissional evite pressuposições sobre as práticas sexuais da pessoa e discuta e decida, conjuntamente com a mesma, sobre os métodos contraceptivos (Secretaria Municipal de Saúde, Florianópolis, 2023). Pela fala dos participantes da pesquisa, podemos afirmar que ao suprimir informações recomendadas à população transmasculina, o profissional de saúde não está garantindo os direitos sexuais e reprodutivos, o que pode ser caracterizado como ação iatrogênica — mais uma violência a que homens trans são submetidos, em função das lacunas de conhecimento técnico dos profissionais da saúde na atenção às especificidades de pessoas trans, travestis e não-binárias (Silva et al., 2019; **Rodriguez**, 2019).

Há de se considerar ainda que, como já comentado na revisão da literatura, em 2021 houve uma importante conquista quando da publicação da Resolução 2.294 do Conselho Federal de Medicina (CFM), em 27 de maio de 2021, em que explicitava o direito à reprodução assistida por pessoas trans. Porém este avanço não teve continuidade, uma vez que em setembro de 2022, o CFM modificou novamente o regulamento, deixando de citar explicitamente as pessoas trans no documento, como possíveis usuárias da reprodução assistida. A esse respeito, em entrevista concedida para a Folha de São Paulo Online, membros do CFM alegam que a retirada buscou somente tornar a norma mais abrangente, pois ao citar segmentos específicos da sociedade correr-se-ia o risco de segregar acidentalmente. No entanto, Henderson Fürst, presidente da comissão de bioética e direito da OAB/SP alega que a retirada não significa que é uma restrição, simplesmente a nova Resolução deixa de explicitar. Porém alerta que, ao retirar algo explícito do texto, o CFM optou por agradar segmentos sociais mais conservadores quanto ao modelo familiar “adequado”. Esta opinião é também compartilhada pelo advogado especialista em Direito médico Bruno Tasso, para quem a ausência do termo transgênero preocupa, porque pode abrir o precedente para o médico se negar a realizar o procedimento. “A partir do momento em que você tira a possibilidade explícita do transgênero, pode ser que esse público enfrente preconceito”. Porém a realidade é que, quando se trata de maternidade/paternidade biológica, esta continua sendo pensada como uma impossibilidade para esta população, em especial a de homens trans, uma vez que existe uma ausência da mesma tanto nos discursos como nas práticas, relacionadas a direitos e saúde reprodutiva em geral (Angonese; Lago, 2017).

Nem toda pessoa e/ou família trans vai precisar de tecnologia de reprodução assistida, mas aquelas que a desejam e/ou só tem esta alternativa para maternidade/paternidade biológica

não irão encontrar políticas públicas que garantam este tratamento pelo Sistema Único de Saúde, restando como alternativa a saúde privada, onde este tratamento tem alto custo, o que as leva como bem dizem Angonese e Lago (2016) a uma “esterilidade simbólica” ou até mesmo à sensação de castração.

Por outro lado, o Processo Transexualizador SUS instituído pela Portaria 2.803, de 19 de novembro de 2013, pode comprometer a capacidade reprodutiva de pessoas transexuais, uma vez que no documento não é feita nenhuma observação quanto a possibilidade de se utilizar métodos para a preservação de gametas, a exemplo da criopreservação de óvulos entre homens trans, gerando o que podemos conhecer como “castração simbólica” (Brasil, 2013a).

Em relação a direitos reprodutivos para homens trans, pode-se afirmar que, em linhas gerais, não se observa a determinação de meios objetivos de efetivação dos direitos sexuais e reprodutivos para esta população, haja vista que ainda que exista referência à possibilidade de retirada do aparelho reprodutivo em homens trans, as políticas públicas são voltadas para as mulheres, não se vislumbrando a possibilidade de reprodução entre e com pessoas trans, destinando-as automaticamente a uma condição de esterilidade (Angonese; Lago, 2017).

IC 9 – A reprodução assistida é muito cara e, portanto, inviável para realidade da maioria dos homens trans.

Pensei em congelar os óvulos. Fui atrás de informação sobre preservação de óvulos, mas desisti porque é muito caro! Então entre pagar a terapia e os óvulos escolhi a terapia. Não tenho como arcar com isso. Isso devia ser custeado pelo SUS, mas vai demorar muito para acontecer. Muitos anos! Então se eu quiser engravidar vou recorrer às tecnologias gambiarrísticas mesmo, posso engravidar com um amigo ou então eu sei que tem uns fóruns, fóruns na internet de sêmen, é, enfim, umas paradas assim, sabe?

Existem quatro possibilidades de um homem trans realizar reprodução assistida: preservação de óvulos, preservação de tecido ovariano, inseminação intrauterina e fertilização *in vitro*, todas de alto custo (Jain e Singh, 2023). O alto custo se justifica pelo fato de que uma clínica de fertilização *in vitro* e seus laboratórios devem possuir equipamentos de última geração, visando obter o máximo de eficiência em todos os seus procedimentos, alcançando taxas de gravidez compatíveis com os indicadores da literatura médica. Além disso e de acordo com a Sociedade Americana de Medicina Reprodutiva, o pessoal mínimo para oferecer adequadamente tecnologias de reprodução assistida inclui um diretor médico, um médico titulado em infertilidade, um médico com experiência em reprodução masculina, enfermagem com treinamento em medicina reprodutiva, um diretor de laboratório de embriologia, um

andrologista com experiência em procedimentos, laboratório próprio ou associado para realizar os exames hormonais necessários, profissional com experiência em ultrassonografia ginecológica (médico, técnico ou enfermeiro), profissional de saúde mental com experiência em aconselhamento de fertilidade e conselheiro genético (Practice Commitee, 2021).

Ao se vislumbrar a RA para pessoas trans, temos que levar em conta ainda que no Brasil o emprego formal é exceção entre as pessoas transgêneras e travestis. Segundo levantamento da Associação Nacional de Travestis e Transexuais – ANTRA, 90% da população transexual e travesti tem a prostituição como fonte de renda e alternativa de sobrevivência (**Benevides e Nogueira, 2020**). Uma pesquisa, da Rede Nacional de Pessoas Trans no Brasil, de 2017, aponta que 82% das pessoas trans abandonam o ensino médio entre os 14 e os 18 anos. Vítimas da incompreensão familiar, muitas são rejeitadas ou expulsas de casa ainda muito jovens. Com essa triste realidade, essas pessoas recorrem à informalidade e a subempregos como única opção de subsistir, o que lhes retira também do lugar da educação e abre uma sequência de exclusões e reflexos diretos nas possibilidades de qualificação e empregabilidade.

Neste cenário a reprodução assistida se torna financeiramente inviável para esta população, conforme relatam nossos entrevistados na IC 9, fazendo com que muitos recorram a redes de contato informais (doadores/as conhecidos/as) tanto pelo custo, como para evitar recorrer ao sistema de cuidados de saúde, já que nele se verifica uma grande probabilidade de discriminação e exclusão vivenciada nestes contextos (Charter et al., 2018). Na prática, o elevado custo da reprodução assistida faz com que esta população opte por outras formas de alcançar a gestação ou a parentalidade (Blakmore et al., 2019), seja por meio da adoção, da coparentalidade, do uso de doadores de gametas (no caso esperma) para a “inseminação artificial caseira”, ou pela procura de pessoas que estejam dispostas a manter uma prática sexual com o objetivo de procriar com o interessado, técnicas estas que colocam em risco a saúde, uma vez que, entre outros, o *status* sorológico do(a) eventual parceiro/doador(a) nem sempre é levado em conta. Há de se considerar ainda que muitos homens trans, antes de transicionar se identificavam como mulheres lésbicas, grande parte com aversão ao coito vagina/pênis, algumas inclusive com grandes traumas emocionais em função de terem em sua história de vida a vivência do “estupro corretivo”, às vezes perpetrado inclusive por membros da própria família. Com este olhar podemos afirmar que a falta de cobertura pelo SUS da reprodução assistida para homenstrans implica na não garantia de seus direitos reprodutivos, remetendo-os à esterilidade, que deixa de ser somente simbólica para se materializar na prática para aqueles que não desejam e/ou não podem engravidar através do coito com penetração.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

...Eu sonho com um futuro ficcional no qual as mudanças de expressão de gênero não necessitarão de cirurgias, hormônios e nem causarão repulsa social – uma sociedade na qual todos poderão escolher sua forma de expressão como e quando quiserem...

(Andrew Solomon)

Este estudo buscou analisar os direitos reprodutivos e o acesso à reprodução assistida para pessoas transmasculinas no Brasil, considerando políticas públicas, perspectivas médicas e das pessoas transmasculinas, especialmente no que se refere à paternidade biológica. Os resultados evidenciam avanços notáveis, porém também revelam lacunas críticas, tanto nas políticas públicas quanto na prática médica. As políticas direcionadas à população trans apresentaram progressos significativos ao longo do tempo, mas mostraram falhas específicas, como a falta de menção explícita à reprodução assistida para homens trans e a ausência de protocolos claros em processos de saúde relacionados a essa questão. Os médicos entrevistados evidenciaram lacunas em sua formação e educação continuada, levando a preconceitos e visões limitadas sobre identidades trans. A busca crescente por assistência em Reprodução Assistida por parte dos homens trans contrasta com a escassez de clínicas que atendem a essa demanda de maneira consistente.

Ao analisar as políticas públicas direcionadas à população LGBTQIA+ com ênfase nas questões trans no Brasil, é possível destacar avanços significativos e lacunas importantes no cenário legislativo e de saúde pública. A linha do tempo revela uma progressiva inclusão e reconhecimento da população trans em diversas esferas governamentais, especialmente no que diz respeito à saúde e ao respeito à identidade de gênero.

Desde o Programa Nacional de Direitos Humanos em 2002 até as resoluções mais recentes de órgãos como o Conselho Federal de Psicologia em 2018, houve um esforço notável para ampliar os direitos e garantias dessa população. A inclusão do nome social nos serviços de saúde e nos registros escolares, bem como a criação de políticas específicas de saúde integral para a população LGBTQIA+, como o Processo Transexualizador, foram passos importantes. No entanto, é crucial reconhecer as lacunas existentes. A ausência de menção direta à reprodução assistida para homens trans, a falta de protocolos claros sobre a inclusão desses

procedimentos no Processo Transexualizador e a falta de políticas específicas para preservação da fertilidade são aspectos preocupantes.

As resoluções do Conselho Federal de Medicina sobre reprodução assistida não estão explicitamente conectadas às políticas públicas voltadas para pessoas trans, o que pode resultar em desafios de implementação e acesso. Além disso, a falta de protocolos clínicos específicos e de um acompanhamento multiprofissional adequado para a questão reprodutiva dos homens trans são questões que necessitam de atenção. Embora haja progresso, é essencial preencher essas lacunas para garantir direitos reprodutivos equitativos e acesso igualitário à saúde para a população trans. Essas melhorias podem ocorrer por meio de políticas mais detalhadas, conexões mais claras entre legislação e normas éticas médicas, protocolos clínicos específicos e um acompanhamento multiprofissional mais abrangente.

A pesquisa explorou ainda os conhecimentos e práticas dos médicos de clínicas de reprodução assistida em relação aos direitos reprodutivos e à reprodução assistida para pessoas transmasculinas. Os resultados revelaram questões críticas que abordam a formação, preconceitos enraizados e desafios presentes na assistência a essa população específica. Um dos pontos destacados foi a ausência de conteúdo sobre gênero e diversidade sexual na formação médica. Essa lacuna resultou em preconceitos arraigados e na visão patologizante da transgeneridade, mostrando a falta de preparo adequado para lidar com questões relacionadas a gênero e diversidade sexual. A formação médica ainda se baseia em normas cisheteronormativas, o que perpetua estereótipos e desinformação sobre identidades trans.

Outro achado significativo foi a identificação equivocada, por médicos, de homens trans, muitas vezes associada a estereótipos de feminilidade o que demonstra que a diversidade de vivências e expressões de masculinidade entre homens trans não é plenamente compreendida por estes profissionais resultado da ausência da temática em sua formação evidenciando a necessidade de uma abordagem mais inclusiva e respeitosa que proporcione um atendimento qualificado. Por outro lado, houve também a constatação de uma crescente demanda por serviços de Reprodução Assistida por parte de homens trans. Os médicos reconhecem essa tendência, mas a falta de capacitação específica para esse atendimento pode ser um obstáculo significativo.

A pesquisa identificou que a maioria das clínicas de RA não atende homens trans ou o faz de forma esporádica, com poucos relatos de atendimentos frequentes. A busca por assistência ocorre principalmente por iniciativa própria das pessoas transmasculinas, mas esta

população ainda carece de informação sobre seus direitos reprodutivos. Apesar do avanço e desmistificação gradual do tema da reprodução assistida para pessoas trans, esta ainda persiste como um tabu, especialmente para aqueles com acesso limitado à informação. Há um longo caminho a percorrer para popularizar o conhecimento e garantir acesso igualitário a esses serviços.

A pesquisa reforça a necessidade urgente de inclusão de conteúdos sobre gênero e diversidade sexual nos currículos de medicina. Além disso, destaca-se a importância de capacitações específicas para profissionais da saúde que lidam com a assistência à população trans. É fundamental construir um ambiente inclusivo e respeitoso para oferecer atendimento de qualidade e garantir os direitos reprodutivos dessa população.

Quanto aos conhecimentos, práticas e demandas de pessoas transmasculinas relacionados aos direitos reprodutivos e à reprodução assistida, as nove ideias centrais extraídas das entrevistas em profundidade com homens trans revelam uma realidade complexa e multifacetada em relação à gravidez e paternidade com uma variedade de perspectivas e experiências que abrangem desde o desejo e a possibilidade de gestação até os desafios enfrentados durante esse processo. Neste sentido os relatos demonstram uma diversidade de sentimentos em relação à gestação, desde o desejo genuíno de vivenciar essa experiência até a preocupação com a aceitação social e a violência obstétrica. Alguns homens trans expressam o anseio de gestar como uma oportunidade de conexão e comunhão e também de mudança no repertório de masculinidade/paternidade — uma experiência que vai além da definição hegemônica dos papéis cisheteronormativos de gênero. No entanto, também se deparam com barreiras sociais, preconceitos e falta de preparo por parte dos profissionais de saúde.

A sociedade impõe estereótipos rígidos de masculinidade, o que dificulta a aceitação de um homem grávido gerando, nos homens trans, medo de serem excluídos ou alvo de discriminação. A falta de preparo dos profissionais de saúde para lidar com a gravidez de pessoas transmasculinas se reflete na negação do direito à reprodução e na ausência de orientação sobre métodos contraceptivos, direitos reprodutivos e reprodução assistida o que os coloca em uma condição de “esterilidade simbólica” percebida por muitos como castração. Além disso, há uma preocupação financeira significativa em relação à reprodução assistida, pois os custos elevados tornam esses métodos inacessíveis para essa população, uma vez que, via de regra, ela é excluída do mercado formal de trabalho.

Esse estudo, portanto, defende a tese de que, apesar de avanços legislativos e de políticas públicas em relação aos direitos LGBTQIA+ no Brasil, pessoas transmasculinas

enfrentam barreiras significativas na garantia tanto de seus direitos reprodutivos, como no acesso à reprodução assistida, devido a lacunas na legislação e nas políticas públicas, nas práticas médicas inadequadas/desatualizadas e no baixo conhecimento específico da população transmasculina sobre seus direitos, o que limita a realização do desejo de paternidade biológica nesta população e vai de encontro aos princípios do SUS.

Os resultados do presente estudo ressaltam ainda a urgência de reformulações nos currículos médicos, integrando conteúdos sobre gênero e diversidade sexual e saúde. Isso, somado à necessidade de capacitação específica para profissionais de saúde, é crucial para um atendimento qualificado, inclusivo e respeitoso. Identificam-se lacunas nos sistemas de saúde e políticas públicas, evidenciando a falta de informação e acesso igualitário à assistência médica. Destaca-se a necessidade premente de mudanças estruturais para atender às necessidades reprodutivas da população transmasculina.

Reconhecemos as limitações deste estudo, como possíveis vieses na seleção dos participantes e restrições metodológicas que podem ter influenciado os resultados. Estudos mais abrangentes são necessários para validar e aprofundar essas descobertas, especialmente nas lacunas das políticas públicas e na prática médica.

Este estudo contribui com o conhecimento sobre os desafios enfrentados pelos homens trans no Brasil em relação aos direitos reprodutivos. Seus resultados têm um impacto substancial no campo acadêmico e profissional, enfatizando a urgência de mudanças nos sistemas de saúde, políticas públicas e na formação médica para garantir um acesso equitativo a serviços de saúde reprodutiva para essa população. Recomenda-se que estudos futuros se concentrem na implementação de mudanças nos currículos acadêmicos, com foco na inclusão de conteúdos sobre gênero e diversidade sexual. Além disso, é crucial explorar novas formas de capacitar profissionais de saúde para oferecer um atendimento mais inclusivo e qualificado para o atendimento das necessidades reprodutivas da população trans e educar a população transmasculina para seus direitos. Estas novas formas devem ir para além da simples informação e incluir a experiência prática de atendimento clínico, durante a formação médica, de atendimento à população trans.

Neste sentido, muito mais do que identificar lacunas, os resultados da presente pesquisa ressaltam, para além da importância de ajustes nos sistemas de saúde e políticas públicas para atender equitativamente às necessidades reprodutivas da população transmasculina, a necessidade de uma abordagem mais inclusiva e sensível na prática médica que passe pela experiência clínica com esta população. Este “novo olhar” visa não apenas atender às

necessidades reprodutivas de homens trans, mas também impulsionar mudança efetiva na conduta dos profissionais de saúde que vá ao encontro das expectativas e necessidades de pessoas trans, em especial das transmasculinas, de modo universal.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, H.N. M; GUIMARÃES, V. Habitando as margens: patologização das identidades trans e acolonialidade do poder no Brasil. **Cadernos de Gênero e Diversidade**. Bahia, v.7, n.3, p. 200-227, 2021.
- ALBINO, M. S.; GARCIA, O. R. Z.; RODRIGUEZ, A.M.; WILHELM, L. A. Vivências de pessoas transgênero e equipe de enfermagem na atenção à saúde: Encontros e Desencontros. **Cadernos de Gênero e Diversidade**. Bahia, v.7, n.3, p. 176-199, 2021.
- ALMEIDA, M. V. **Senhores de si: uma interpretação antropológica da masculinidade**. Lisboa: Etnográfica Press, 2018. Disponível em: <https://www.7switch.com/fr/ebook/9791036511288/from/openedition>. Acesso em: 01 ou 2023.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5.ed. Arlington:2013**.
- ANDRADE, R. P. Prefácio. IN: CATANI, G.S.A. et al. **A otorrinolaringologia no processo transexualizador**. Rio de Janeiro: Thieme Revinter Publicações Ltda, 2021. Disponível em: https://books.google.com.br/books?hl=en&lr=&id=1FY-EAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT6&dq=rosires+p+andrade+homens+trans&ots=DEi3DPHVc-&sig=vldEhpQHHdzNUEu_TZhZHP6SwAM&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false Acesso em 28 nov 2023
- ANGONESE, M. **Um pai trans, uma mãe trans: direitos, saúde reprodutiva e parentalidades para a população de travestis e transexuais**. 2016. 163p. Dissertação de mestrado. Universidade Federal de Santa Catarina, 2016. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/168249/340498.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Acesso em: 29 abr 2022.
- ANGONESE, M.; LAGO, M. Direitos e saúde reprodutiva para a população de travestis e transexuais: abjeção e esterilidade simbólica. **Saúde soc**. 26 (1). Jan-Mar 2017, 2017.
- ANGONESE, M; LAGO, M. C. S. Família e experiências de parentalidades trans. **Revista de Ciências Humanas**, Florianópolis, v.52, 2018. DOI: 10.5007/2178-4582.2018.57007
- ANGONESE, M; LAGO, M. Direitos e saúde reprodutiva para a população de travestis e transexuais: abjeção e esterilidade simbólica. **Saúde soc**. 26 (1). Jan-Mar 2017 <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017157712>
- ÁVILA, S.; GROSSI, M. P. Maria, Maria João, João: reflexões sobre a transexperiência masculina. Fazendo Gênero 9, Diásporas, Diversidades, Deslocamentos. **Anais**. Florianópolis, 2010. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/1351/maria%20maria.pdf?seque> Acesso em 01 set 2023.
- ÁVILA, S. **Transmasculinidades: A emergência de novas identidades**. Rio de Janeiro: Multifoco, 2015.
- BARBOSA, H. H. Proteção da autonomia reprodutiva dos transexuais. Dossiê Vivências Trans: Desafios, Dissidências e Conformações. **Rev. Estud. Fem**. 20 (2). Ago 2012 <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2012000200015>
- BEAUCHAMP, T.L; CHILDRESS, J.F. **Princípios de Ética Biomédica**. (4 ed.) São Paulo: Edições Loyola, 2002

BENTO, B. **A reinvenção do corpo: sexualidade e gênero na experiência transexual**. 1 ed. Rio de Janeiro: Garamond Universitária, 2006.

BENTO, B. A diferença que faz a diferença: corpo e subjetividade na transgeneridade. *Revista Bagoas: Estudos Gays, Gênero & Sexualidade*, Natal, v. 3, n. 4, p. 95-112, 2009. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/bagoas/article/view/2298/1731>. Acesso em: 12 jan. 2023.

BENTO, B. Na escola se aprende que a diferença faz a diferença. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 19, n. 2, p. 549-559, ago. 2011. DOI: 10.1590/S0104-026X2011000200016 Acesso em: 12 jan. 2023

BENTO, B. Transfeminicídio: violência de gênero e o gênero da violência. In: COLLING, L. **Dissidências sexuais e de gênero**. Salvador: EDUFBA, 2016. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/30169/1/dissidencias-sexuais-genero-repositorio.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2023.

BENTO, B. **Homem não tece a dor: queixas e perplexidades masculinas**. (2 ed.). Natal, RN:EDUFRN, 2015

BENEVIDES, B. G.; NOGUEIRA, S.N.B. **Dossiê assassinatos e violências contras pessoas travestis e transexuais brasileiras em 2019**. São Paulo: Expressão Popular, ANTRA, IBTE, 2020. Disponível em: <https://antrabrazil.files.wordpress.com/2020/01/dossic3aa-dos-assassinatos-e-da-violc3aancia-contra-pessoas-trans-em-2019.pdf> Acesso em 01 out 2023.

BERTIOLI, A. B. **Bioética: a ética da vida**. São Paulo: LTr, 2013.

BLAKEMORE, J. K. et al. A discussion of options, outcomes, and future recommendations for fertility preservation for transmasculine individuals. *The Urologic Clinics of North America*, Philadelphia, v. 46, n. 4, p. 495-503, nov. 2019. DOI: 10.1016/j.ucl.2019.07.014 Acesso em 27 out 2023.

BONDÍA J. L. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. *Rev Bras Educ.* 2002; (19):20-8. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbedu/a/Ycc5QDzZKcYVspCNspZVDxC/?format=pdf&lang=pt> Acesso em 10 nov 2023

BOURDIEU, P. Uma imagem ampliada. In: BOURDIEU, Pierre. **A dominação Masculina**. 11. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2012, p. 14-67.

BRANDT, J. S. et al. Transgender men, pregnancy, and the “new” advanced paternal age: A review of the literature. *Maturitas*, Amsterdam, v. 128, p. 17-21, oct. 2019. DOI: 10.1016/j.maturitas.2019.07.004 Acesso em 27 out 2023

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Nós, representantes do povo brasileiro, reunidos em Assembleia Nacional Constituinte para instituir um Estado Democrático, destinado a assegurar o exercício dos direitos sociais [...]. **Diário Oficial da União**, Brasília, ano 126, n. 191-A, 5 out. 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/DOUconstituicao88.pdf Acesso em: 11 nov 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010a. (Cadernos de Atenção Básica)

BRASIL, 2012. Ministério da Saúde. Conitec. **Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS**. Relatório n. 69. Trata da incorporação de novos procedimentos relativos ao Processo Transsexualizador no âmbito do SUS, 2012

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução N° 466, de 12 de dezembro de 2012. Disponível em <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf> Acesso em 12 de abril de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.**

Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. 2. <https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MTIwOQ> Acesso em 05 nov 2023

BRASIL. Ministério da Saúde. **Transgeneridade e travestilidade na saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. – Brasília, Ministério da Saúde, 194 p., 2015. BRASIL. Disponível em: [https://www.crfmg.org.br/site/uploads/areaTecnica/20220408 \[100302\] Nota_Tecnica_001-22_Hormonizacao_em_pessoas_trans.pdf](https://www.crfmg.org.br/site/uploads/areaTecnica/20220408%5B100302%5DNota_Tecnica_001-22_Hormonizacao_em_pessoas_trans.pdf) Acesso em 10 set 2023

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Nacional de Saúde do Homem. **Guia do Pré-Natal do Parceiro para Profissionais de Saúde**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2018.

Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pre_natal_parceiro_profissionais_saude.pdf Acesso em 05 nov 2023.

BRASIL. RESOLUÇÃO CFM N° 2.294, de 27 de maio de 2021 **Diário Oficial** [da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 15 junho 2021. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-cfm-n-2.294-de-27-de-maio-de-2021-325671317> Acesso em 14 maio de 2022

BUTLER, J. **Undoing Gender**. Nova York: Routledge, 2004.

BUTLER, J. **Problemas de gênero. Feminismo e subversão da identidade**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2010.

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

BUTLER, Judith. **Relatar a si mesmo. Crítica da violência ética**. Belo Horizonte: Autêntica, 2015. *Cadernos Pagu*. (53), e 185315, 2018.

CARDIN, V.S.G; VIEIRA, T.R. Famílias trans e o planejamento familiar: a autonomia reprodutiva como direito fundamental. **Revista Direitos Sociais e Políticas Públicas** (UNIFAFIBE). Vol. 7, N. 3, 2019. Disponível em:

<https://www.unifafibe.com.br/revista/index.php/direitos-sociais-politicas-pub/index> Acesso. 18 abr. 2022

CARRAPETO, P.M.F. Onde se questiona a repronormatividade: retratos da gravidez masculina em Berlin. **(Dissertação)** Mestrado. Universidade do Porto. Faculdade de psicologia em Educação, Portugal, 2020. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/130994/3/433769.pdf> Acesso em 10 abr 2023.

CASTEL, P.H. 2005. **Transsexualisme**. Disponível em:

<http://pierrehenri.castel.free.fr/Articles/transsexualisme.htm>. 2005. acesso em 22 out 2022.

CHARTER, R. et al. He transgender parent: Experiences and constructions of pregnancy and parenthood for transgender men in Australia. **International Journal of Transgenderism**, 19 (1), 64-77, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1080/15532739.2017.1399496>.

COELHO, C. **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/> Acesso em: 11 set. 2020.

COLLEMAN et al. Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People. **Int J Transgend Health**. 2022; 23(Suppl 1): S1–S259. doi: 10.1080/26895269.2022.2100644

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Parecer nº 8, 2013. Disponível em:

<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/BR/2013/8>. Acesso em 20 set. 2023

CORRÊA, S.; ALVES, J. E. D.; JANNUZZI, P. M. Direitos e Saúde Sexual e Reprodutiva: marco teórico-conceitual e sistema de indicadores. In: CAVENAGHI, Suzana (Org.).

Indicadores municipais de Saúde Sexual e Reprodutiva. Rio de Janeiro: ABEP, Brasília: UNFPA, 2006, p. 27-62.

CORRÊA, S. O conceito de Gênero: teorias, legitimação e usos. In: BARSTED, Leila; PITANGUY, Jaqueline. **O Progresso das Mulheres no Brasil: 2003-2010**. Rio de Janeiro: CEPIA, 2011. p. 339- 344.

CORTES, H. M. et al. Vivências de mulheres transgêneras de um município do recôncavo da Bahia. **Revista Eletrônica Acervo enfermagem**, [S.l.], v.1,e1871,23out.2019. Disponível em: <https://www.acervomais.com.br/index.php/enfermagem/article/view/1871/922>. Acesso em 9 nov. 2023

CORTES, H. M. et al. O (des)acesso de pessoas transgêneras aos serviços de saúde no recôncavo baiano. **Cadernos Gênero e Diversidade**. vol 06, n.04 out.-Dez, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/cadgendiv/article/view/36104/24491> Acesso em 10 nov 2023

COSTA, Bárbara R. L. Bola de Neve Virtual: O Uso das Redes Sociais Virtuais no Processo de Coletade Dados de uma Pesquisa Científica. **Revista Interdisciplinar de Gestão Social**, v.7, 2018.

CRUZ ET AL. **Interface** (Botucatu). Formação médica e violência de gênero: longe do ideal, mas iniciando a jornada. 2023; 27:e230012. doi: 10.1590/interface.230012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/rpzCQm74bSgJRFvwG6GzNHt/?format=pdf&lang=pt> Acesso em 01out 2023

CUNHA, M. As técnicas de reprodução assistida. A barriga de aluguel. A definição da maternidade e da paternidade. Bioética. **Revista da EMERJ**, Rio de Janeiro, v. 13, nº 50, p. 348-367, 2010.

CUNHA, A. C.; EROLES, N. M. S.; RESENDE, L. M. “Tornar-se mãe”: alto nível de estresse na gravidez e maternidade após o nascimento. **Interação em Psicologia**, Curitiba, v. 24, n. 3, p. 279-287,dez. 2020. DOI: 10.5380/riep.v24i3.62768 Acesso em 10 nov 2023

DA DILVA, A.L.R.; FINKLER, M. O movimento LGBTQIA+ e a bioética crítica de inspiraçãofeminista: convergências e potencialidades. **Saúde & Transformação Social / Health & Social Change**, vol. 7, núm. 3, 2016, pp. 1-10.

DANON et al. Revista Brasileira de Educação Médica e a Saúde das Pessoas Transgêneras. **Revista Brasileira de Educação Médica**. 44 (2): e053; 2020 DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v44.2-20190202>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/3dZPHZWYRkksvzW8j7NPGPr/?format=pdf&lang=pt> Acesso em 01out 2023.

DE ROO, C. et al. Fertility options in transgender people. **International Review of Psychiatry**, 28(1),112–119, 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26835612/> Acesso em 22 ag 2023

DE ROO, C. et al. Ovarian tissue cryopreservation in female-to-male transgender people: Insights into ovarian histology and physiology after prolonged androgen treatment. **Reproductive Biomedicine On-line**, 34(6), 557–566, 2017 Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28372892/> Acesso em 22 ago 2023

DEFREYNE, J. et al. Parental desire and fertility preservation in assigned female at birth transgenderpeople living in Belgium. **Fertility and Sterility** 113(1), 149–157, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31727413/> Acesso em 21 ago 2023

DEKKER, M. J. et al. A European Network for the investigation of gender incongruence: Endocrinepart. **The Journal of Sexual Medicine**, 13(6), 994–999,2016 Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27162190/> Acesso em 22 ago 2023

DINIZ, D.; GUILHEM, D. Bioética feminista na América Latina: a contribuição das mulheres. **RevEstud Fem** 2008; 16(2): 599-612.

DINIZ, D.; GUILHEM, D. **O que é bioética**. São Paulo: Brasiliense, 2007.

DIZON, D. S. et al. Ovarian cancer associated with testosterone supplementation in a female-to-maletranssexual patient. **Gynecologic and Obstetric Investigation**, 62(4), 226–228, 2006 Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16804313/> Acesso em 24 ago 2023

EHRENSAFT, D.; GIAMMATTEI, S. V. K.S.; TISHELMAN, A.C.; AMAND, C. St. Transições sociais de gênero pré-púberes: o que sabemos; o que podemos aprender—Uma visão de uma lenteafirmativa de gênero, **International Journal of Transgenderism**, 19:2, 251-268, DOI: 10.1080/15532739.2017.1414649)

ESCOBAR, H. Identidade de gênero e transgeneridade: o oposto da ideologia. **Jornal da USP**, ago,2019. Disponível em: <https://jornal.usp.br/atualidades/identidade-de-genero-e-transgeneridade-o-oposto-da-ideologia/> Acesso em 24 ago 2023

FERNANDES FILHO, A.; GARCIA, O. R. Z. Curso de formação em gênero e diversidade no ambiente universitário: um relato de experiência. **E-BOOK X CINABEH - Vol 02...** CampinaGrande: Realize Editora, 2021. Disponível em: <https://www.editorarealize.com.br/artigo/visualizar/75257>. Acesso em 12 nov 2023

FOCAULT, M. **História da Sexualidade I: a vontade de saber**. Rio de Janeiro: Paz & Terra, 2020.

FREIRE DE SÁ, M. F. et al., Novas Famílias e Reprodução Assistida. IN: CAETANO, J.P.J.; MARINHO, F.M.; PETRACO, A.; LOPES, J.R.C.; FERRIANI, R.A. (org). **Medicina Reprodutiva SBRH**. São Paulo: Segmento Farma: SBRH, 2018.

FURLANI, J. **Papo de corujas**. Disponível em: <https://papodecorujas-imenafurlani.blogspot.com/2017/>Acesso 20 jun 2023

GARRAFA, V. Inclusão Social no contexto político da bioética. **Revista Brasileira De Bioética**, 1(2), 122–132, 2005. Disponível em:

<https://periodicos.unb.br/index.php/rbb/article/view/8066/6606> Acesso em 22 out 2022

GARRAFA, V.; PORTO, D., “Intervention bioethics: a proposal for peripheral countries in a context of power and injustice”, **Bioethics**, 17 (5-6), 399- 416, 2003. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/1467-8519.00356> Acesso em 21 out 2022

GUIMARÃES, J. R. A.R. **A Bioética da Proteção e a População Transexual Feminina**. (Dissertação) Mestrado em Saúde Pública. Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP/Fiocruz –, Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2007.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Editora Atlas S.A; 2019.

GIOVANELLA, Ligia et al. Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 1763-1776, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2018.v23n6/1763-1776/> Acesso em 10 julho 2023

GIRARD, F. Negociando derechos sexuales y orientación sexual en la ONU. In: PARKER, Richard; PETCHESKY, Rosalind; SEMBER, Robert (Eds.). **Políticas sobre Sexualidad: Reportes desde las líneas del frente**. México, 2008. p. 347-398. Disponível em: <http://www.sxpolitics.org/frontlines/espanol/book/index.php> Acesso em 29 ago 2023

GOLDMAN, R. H. et al. Fertility treatment for the transgender community: a public opinion. **J Assist Reprod Genet**. Nov;34(11):1457-1467, 2017. doi: 10.1007/s10815-017-1035-y. Epub 2017 Sep 12.

GOODMAN, M. et al. Size and distribution of transgender and gender Nonconforming populations: a narrative review. **Endocrinology and Metabolism Clinics**, v. 48, n. 2, p. 303-321, 2019

GRANT, C. Direito, bioética e transgeneridade: um estudo sobre os limites e as possibilidades de ampliação da tutela jurídica das experiências trans. **Dissertação** (Mestrado) – Faculdade de Direito, Universidade Federal da Bahia, Salvador. Bahia, 2015.

GREENFIELD, M.; DARWIN, Z. Trans and non-binary pregnancy, traumatic birth, and perinatal mental health: a scoping review. **International Journal of Transgender Health**, Philadelphia, v. 22, n.1-2, p. 203-216, nov. 2021. DOI: 10.1080/26895269.2020.1841057 GREENFIELD Acesso em 9 nov 2023

GREENWALD, P. et al. Successful in vitro fertilization in a cisgender female carrier using oocytes retrieved from a transgender man maintained on testosterone. **ACE Clinical Case Reports**, 8(1), 19–21, 2021 Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35097196/> Acesso em 22 ago 2023

GUERRA, E. L. de A.; Manual de Pesquisa qualitativa. **Grupo Ânima Educação**. Belo Horizonte, 2014. Disponível em: http://disciplinas.nucleoad.com.br/pdf/anima_tcc/gerais/manuais/manual_quali.pdf. Acesso em: 22 mai 2022.

HELLMANN, F.; VERDI, M. Bioética social: reflexões sobre referenciais para a saúde coletiva. In: HELLMANN F et al. **Bioética e saúde coletiva: Perspectivas e desafios contemporâneos**. 1ª ed. Florianópolis: DIOESC - Diretoria da Imprensa Oficial e Editora de Santa Catarina; 2012. p. 52- 64.

HEMBREE, W. C., et. al. Endocrine treatment of gender-dysphoric/gender-incongruent persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. **The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism**, 102(11), 3869–3903, 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28945902/> Acesso em 22 ago 2023

HOLANDA, L.L.L. **Pela afirmação do direito à filiação homoafetiva e transafetiva decorrente das técnicas de reprodução humana assistida no Brasil: das decisões judiciais favoráveis rumo à necessária legislação.** (Dissertação). Mestrado em Direito Público, Programa de Pós-Graduação em Direito Público, Universidade Federal de Alagoas. Alagoas, 2019. Disponível em: <https://www.repositorio.ufal.br/handle/riufal/5760> Acesso em 27 ago 2023

IPPF. **Declaração dos Direitos Sexuais.** Londres: International Planned Parenthood Federation, 2008. Disponível em: <http://www.ippf.org/NR/rdonlyres/EB54D2F2-BB46-48EE-8FB9-4BF6570E6A1C/0/SexualRightsDeclarationPortuguese.pdf>. Acesso em: 11 set. 2020.

JAIN, M.; SINGH, M. Técnicas de Tecnologia de Reprodução Assistida **ART StatPearls**; 2023. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK576409/https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK576409/> Acesso em 5 out 2023

JAMES-ABRA S. et al. Trans people's experiences with assisted reproduction services: a qualitative study. **Hum Reprod.** 2015 Jun;30(6):1365-74. doi: 10.1093/humrep/dev087. Epub 2015 Abr 2022.

JESUS, J. G.; PEÇANHA, L.M.B. Termo 'pessoas que menstruam' busca enfrentar apagamento de homens trans. **Folha Uol on-line**, 2022. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/ilustrada/2022/12/termo-pessoas-que-menstruam-busca-enfrentar-apagamento-de-homens-trans.shtml> Acesso em 8 nov. 2023

JOINT, R., C. Z. E.; CAMERON, S. Breast and reproductive cancers in the transgender population: A systematic review. **BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology**, 125(12), 1505–1512, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29706033/> Acesso em 23 ago 2023

JUNQUEIRA, R. **A invenção da Ideologia de Gênero: um projeto de poder.** Brasília, Editora Letras Livres, 2022

JUSTINO, J.; REGO, C.; FLOR, A. Por onde caminha a dissidência de gênero no Brasil? Pela urgência de uma formação médica travestilizada. **Interface** (Botucatu). 2023; 27: e230012. doi: 10.1590/interface.230012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/rpzCQm74bSgJRFvwG6GzNHt/?format=pdf&lang=pt> Acesso em 01 out 2023

KOTTOW, M. Bioética y Biopolítica. **Revista Brasileira de Bioética.** Volume 1, no 2, 2005.

LACOMBE, A. De entendidas e sapatonas: socializações lésbicas e masculinidades em um bar do Riode Janeiro. **Cadernos Pagu**, Campinas, v. 28, jun. 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cpa/a/TzSzBNNQX4NW5jwxBGwbDKb/?lang=pt>. Acesso em: 01 out 2023.

LAMPE, N. et al. Continuity and Change in Gender Frames: The Case of Transgender Reproduction. **Gender & Society.** 2018 DOI: <https://doi.org/10.1177/0891243219857979> Acesso em 28 out 2023

LEFEVRE, Fernando; LEFEVRE, Ana Maria Cavalcanti. Discourse of the collective subject: social representations and communication interventions. **Texto&Contexto - Enfermagem**, [s.l.], v. 23, n. 2, p.502-507, jun. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/wMKm98rhDgn7zsfvxnCqRvF/?lang=en> Acesso em 15 março 2022

- LIGHT, A. D. et al. Transgender men who experienced pregnancy after female-to-male gender transitioning. **Obst Gynecol.** 2019;124(6);1120-27.
Doi:10.1097/AOG.0000000000000540 Acesso em 6 nov 2023
- LIMA, F.K.; CRUZ, T. DA Os processos de hormonização e a produção do cuidado em saúde na transgeneridade masculina. **Sex., Salud Soc.** (Rio J.) (23) Ago 2016
<https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2016.23.07>
- LIONÇO, T. Que direito à saúde para a população GLBT? Considerando direitos humanos, sexuais e reprodutivos em busca da integralidade e da equidade. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 11-21, 2008. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v17n2/03.pdf>. Acesso em: 10 abr 2022.
- LOURO G.L. Teoria queer: uma teoria pós-identitária para a educação. **Estudos Feministas**, 9(2),541-53, 2001. doi: 10.1590/S0104-026X2001000200012.
- MACHADO, M. D.C. O discurso cristão sobre a “ideologia de gênero” Revista Estudos Feministas, Florianópolis, 26(2): e 47463, 2018. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/ref/a/pywfVLVSDYNnH8nzJV3MmQk/?format=pdf&lang=pt>
Acesso em 29ago 2023
- MALMQUIST, A. et al. Minority stress adds na additional layer to fear of childbrith in lesbian andbisexual women and transgender people. **Midwifery.** 2019; 79:102551.
oi:10.1016j.midw.2019.102551
- MARCONDES, N.A.V; BRISOLA, E.M. A análise por triangulação de métodos: um referencial para pesquisas qualitativas. **Revista Univap.** São José dos Campos, São Paulo, v. 20, n. 35, jul.2014. ISSN2237-1753ISSN 2237-1753. Disponível em:
<https://revista.univap.br/index.php/revistaunivap/article/viewFile/228/210>. Acesso em 9 set. 2020.
- MARQUES, S. B. Violência obstétrica no Brasil: um conceito em construção para a garantia do direito integral à saúde das mulheres. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, Brasília, v.9, n. 1, p. 97-119, jan./mar. 2020. Disponível em:
<https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/585>. Acesso em: 010 nov 2023
- MENEZES, A.P. et al. O futuro do SUS: Impacto das reformas neoliberais na saúde pública. Austeridade versus Universalidade. **Saúde debate.** Rio de Janeiro, V. 43, N. especial 5, P. 58-70, dez2019. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/JLN5qfhCmLh4ZwY4sm4KWpt/?format=pdf&lang=pt>
Acesso em 28set 2023
- MELLO, M.M.C. e **Elementos discursivos sobre os direitos à saúde para pessoas trans: estudo comparativo nas legislações do Brasil, Argentina, Uruguai e Colômbia.** (Dissertação). Mestradoem Saúde Coletiva. Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva. Universidade Federal de SantaCatarina, Florianópolis. Santa Catarina, 2018. Disponível em:
<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/198916/PGSC0208-D.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Aceso em 26 ago 2023
- MILIAUSKAS, C.; PINHEIRO, P. Transgeneridade: evolução histórica médica e cirúrgica. **MD Saúde**, 2023. Disponível em: <https://www.mdsaude.com/psiquiatria/transgeneridade-historico/> Acessoem 31 ago 2023
- MINAYO, M. C. S. Introdução. In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. (Org.). **Avaliação por triangulação de métodos: Abordagem de Programas Sociais.** Rio de Janeiro:Fiocruz, 2010. pp. 19-51.

MONTEIRO, A. A. **Homens que Engravadam: Um Estudo Etnográfico sobre Parentalidades Trans e Reprodução**. Tese (Doutorado). Universidade Federal da Bahia. Salvador. Bahia, 2018.

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

MOSESON, H.Z. et al. The imperative for transgender and Gender Nonbinary inclusion. **Obstetrics & Gynecology**: 2020, 135(5)1059-68 doi:10.1097/AOG00000000000003816 Acesso em 5 nov 2023

NARDI, H. C. et al. Diversidade Sexual: políticas públicas e igualdade de direitos. **Athenea Digital** -12(3): 255-266 (noviembre 2012) <https://doi.org/10.5565/rev/athenead/v12n3.1111>

NASCIMENTO, R. B; CARVALHO, J. L; SILVA, D.C. Autonomia reprodutiva da população trans: Discursos de Direitos Humanos, cisnormatividade e biopolítica. **Rev. Direito e Práx.**, Rio de Janeiro, Vol. 12, N.04, 2021, p. 2658-2688. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rdp/a/CZvq4YvqcYBrnq98ZPTK9Zm/?format=pdf&lang=pt> Acesso 20 abr 2022

NASCIMENTO, R.; HELLMANN, F; GARCIA, O. R. Z Gravidez de pessoas transmasculinas: paradoxo ou reinvenção da masculinidade? **Revista del Laboratorio Iberoamericano para el Estudio Sociohistórico de las Sexualidades**, 2023. 9, 77–93. <https://doi.org/10.46661/relies.8091> Acesso em 8 nov 2023.

NERY, J. W. **Viagem solitária: memórias de um transexual trinta anos depois**. São Paulo: Leya, 2011. E-book

NERY, J. W.; MARANHÃO FILHO, E. M. A. Transhomens: a distopia nos tecno-homens. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Apoio à Gestão Participativa, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Transgeneridade e travestilidades na saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/transgeneridade_travestilidade_saude.pdf. Acesso em: 20 ou 2023

NORONHA, J. C. Cobertura Universal de saúde e o Brasil. Estamos no bom caminho? PAIM, Jairnilson Silva. "Os sistemas universais de saúde e o futuro do Sistema Único de Saúde (SUS)." **Saúde em Debate**, 43: 5-7, 2020. Disponível em: <http://revista.saudeemdebate.org.br/sed/issue/view/30/v.%2043%2C%20n.%20ESPECIAL%205>

OCHOA, C. **Amostragem não probabilística: Amostra por bola de neve**. Disponível em: <https://www.netquest.com/blog/br/blog/br/amostra-bola-de-neve>. Acesso em: 23 abr. 2022.

OLIVEIRA, F. Feminismo, luta anti-racista e bioética. **Cad Pagu**, 5: 73-107, 1995. <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/cadpagu/article/view/1775>. Acesso em: 27 nov. 2022

OLIVEIRA, F; FERRAZ, T.C; FERREIRA, L.C. O Ideias feministas sobre bioética. **Rev Estud Fem**, 9(2): 483-511, 2001. Disponível em http://educa.fcc.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2001000200009&lng=pt&nrm=iso. acessos em 27 nov. 2022

PAIM, J. S. Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica [online]. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. **SciELO Books**. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/4ndgv/pdf/paim-9788575413593.pdf> Acesso em 22 out 2022

- PAIM, J. S. "Os sistemas universais de saúde e o futuro do Sistema Único de Saúde (SUS)." **Saúdeem Debate**, 43:15-28, 2019. Disponível em: <http://revista.saudeemdebate.org.br/sed/issue/view/30/v.%2043%2C%20n.%20ESPECIAL%205> Acesso em 12 abril 2023
- PEARCE, R. If a man gives birth he's the father - the experiences of trans parents. **The Conversation**, Carlton, sep. 2019. Disponível em: <https://theconversation.com/if-a-mangivesbirth-hes-the-father-the-experiences-of-trans-parents-124207>. Acesso em: 10 nov 2023
- PEÇANHA, L. M. B. Ressignificar e empoderar o corpo: Homem trans grávido e os desafios da adequação. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL DESFAZENDO O GÊNERO, 2., 2015, Salvador. **Anais** [...]. Salvador: UFBA, 2015.
- PEREIRA, D. M. R. Representações sociais da gestação entre homens trans. **Dissertação** (mestrado) –Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Recife, 2022 Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/46255/1/DISSERTA%c3%87%c3%83O%20Danilo%20Martins%20Roque%20Pereira.pdf> Acesso em 10 nov 2023
- PÉREZ D'GREGÓRIO, R. Obstetric violence: a new legal term introduced in Venezuela. **Int J Gynaecol Obstet**. 2010; 111: 201-2. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20926074/> Acesso em 10 nov 2023.
- PESSINI, L. As origens da bioética: do credo bioético de Potter ao imperativo bioético de Fritz Jahr. **Rev. Bioét.** 21 (1) Abr 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/xNYLfqG6fTfhcgMTq3Q4WQd/abstract/?lang=pt> Acesso em 21 out2022
- PETRACO, A. et al., 2018. História da Fertilização in vitro. IN: CAETANO, J.P.J.; MARINHO, F.M.; PETRACO, A.; LOPES, J.R.C.; FERRIANI, R.A. (org). **Medicina Reprodutiva SBRH**. São Paulo: Segmento Farma: SBRH, 2018.
- PFEIL, C. L.; PFEIL, B. L. Em defesa de parentalidades transmasculinas: uma crítica transviada ao[cis]feminismo. **REBEH** V.6 N.19, 2023. Disponível em: <https://periodicoscientificos.ufmt.br/ojs/index.php/rebeh/issue/view/785> Acesso em 10 nov 2023
- PINHO, A. R et al. (DES)Construção da parentalidade trans: homens que engravidam. **Exaequo**, n.º41, 2020, pp. 195-205. DOI: <https://doi.org/10.22355/exaequo.2020.41.12>
- PORTO, D.; GARrafa, V. A influência da Reforma Sanitária na construção das bioéticas brasileiras. **Ciênc. saúde coletiva** 16 (suppl 1) 2011 Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/GSvDmrHNYggjDNjHbqPGV9K/abstract/?lang=pt> Acesso em 22 out2022
- PRACTICE COMMITTEE of the American Society for Reproductive Medicine, Practice Committee of the Society for Assisted Reproductive Technology, and Practice Committee of the Society of Reproductive Biologists and Technologists. Minimum standards for practices offering assisted reproductive technologies: a committee opinion. **Fertil Steril**. 2021 março; 115 (3):578-582. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2020.12.036>. Acesso em 15 out 2023
- PRECIADO, B. Multidões estranhas. Notas para uma política de anormais. **Multitudes**, n. 12, 2004. Disponível em: <http://multitudes.samizdat.net/Multitudes-queer> Acesso 01 set 2023
- PRECIADO, B. **Manifiesto contrasexual**. São Paulo, N1 Edições, 2017.

- REA, C. A & AMANCIO, I. M.S. Descolonizar a sexualidade: Teoria Queer of Colour e trânsitos para o Sul. **Cad. Pagu** (53), 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cpa/a/nbgqSYr89np8KP96VFWGCgt/abstract/?lang=pt> Acesso em 15 out 2023
- RICHIE, C. Whose interests are advanced by LGBTQIA+ bioethics? **Ethics, Medicine and Public Health**. V. 13, April–June 2020, Disponível em <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2352552520300050>. Acesso em 09 out 2022.
- ROCON, P. C. et al. Desafios enfrentados por pessoas trans para acessar o processo transexualizador do Sistema Único de Saúde. **Interface** (Botucatu). 2019; 23: e180633 <https://doi.org/10.1590/Interface.180633>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/KfsPfJt3kBvPky8CVcSy5wL/?format=pdf&lang=pt> Acesso em 20 set 2023.
- RODRIGUEZ, A. M. et al. Cartografias de cuidados à saúde trans na Atenção Primária do município de Florianópolis, 2017-2018. 2019. **Tese** (doutorado em saúde coletiva) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/215200>. Acesso em 5 out 2023
- RODRIGUEZ, K. A. et al. Preserving eggs for men’s fertility. a pilot experience with fertility preservation for female-to-male transsexuals in sweden. **Fertility and Sterility** Volume 102, Issue 3, Supplement, September 2014. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0015028214011777> Acesso em 20 set 2022
- ROQUE, D. M. P. Representações sociais da gestação entre homens trans. **Dissertação**. (Mestrado). Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Recife, 2022. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/46255/1/DISSERTA%20c3%87%20c3%83O%20D%20anilo%20Martins%20Roque%20Pereira.pdf> Acesso: 01 out 2023.
- ROSENEIL, S. Intimate Counter-Normativities: A Queer Analysis of Personal Life in the Early Twenty- First Century 1. In: **The Ashgate research companion to queer theory**. **Routledge**, p. 397-411, 2016.
- SAMPAIO, A. L. S. Ginecologia: um espaço clínico específico para mulheres (?): Impasses e desafios para a saúde ginecológica dos homens trans. **Revista Estudos Transviades**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p. 102-118, set. 2020. Disponível em: <https://revistaestudostransviades.files.wordpress.com/2020/10/revista-estudos-transviades-v-1-n-2-setembro-2020.pdf>. Acesso em: 8 nov. 2023
- SCHRAMM, F., R. Paradigma Biotecnocientífico e Paradigma Bioético. In: Oda LM, organizadora. **Biosafety of transgenic organisms in human health products**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1996. p. 109-127.
- SCHRAMM, F. R. S.; BARBOSA, H. H.; GUIMARÃES, A. A Moralidade da Transgeneridade: Aspectos Bioéticos e Jurídicos. **Revista Redbioética/UNESCO**, Año 2, 1(3), 66-77, Enero-junio 2011.
- SCHRAMM, F. R. Bioética de proteção: justificativa e finalidades. **Iatrós** 1:121-30, 2005. Disponível em: <https://bit.ly/3pXz9aR> Acesso em 22 out 2023
- SEGALLA, V. **Brasil tem 4 milhões de pessoas trans e não binárias, revela estudo da Unesp, inédito no país**. (2021). Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/2021/11/22/brasil-tem-4-milhoes-de-pessoas-trans-e-nao->

binarias-revela-estudo-da-unesp-inedito-no-pais Acesso em 10 jun2023.

SILVA, A.L. R.; FINKLE, M.; MORETTI-PIRES, R. O. Representações sociais de trabalhadores daatenção básica à saúde sobre pessoas LGBTQIA+. **Trabalho, educação e saúde**, v. 17, 2019.

Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/fJ8zJth7rcy68BddtPwg75w/abstract/?lang=pt>. Acesso em 5 out 2023

SILVA, A. L. DA. Ensaio em Saúde Coletiva: Entrevista em profundidade como Técnica de Pesquisa Qualitativa em Saúde Coletiva. **Saúde Coletiva**, 2(7),71,2005. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=84220794001>. Acesso em: 19 maio 2023.

SILVA, F. H., FINKLER, M.; VERDI, M. A Bioética Cotidiana como instrumento de reflexão sobre aatenção à saúde da população LGBTQIA+. **Rev Bras Bioética** 13(e3):1-10, 2017. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rbb/article/view/7603/6280>. Acesso em 22 out 2022

SINGH-OSPINA et al. Effect of sex steroids on the bone health of transgender individuals: A systematic review and meta-analysis. **Journal Clinical Endocrinology and Metabolism**, 102(11),3904–3913, 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28945851/> Acesso em 24 ago 2023

SOARES, M. C. M. “Homens de Verdade”: (Des)Construção de Masculinidades de Homens Trans. **Dissertação** (Mestrado) Mestrado Integrado de Psicologia, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto. Portugal. 2020 Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/130919/3/433766.1.pdf> Acesso e 10 nov 2023

SOUZA J. **A elite do atraso: da escravidão à Lava Jato**. Rio de Janeiro: Leya; 2017

SOUZA, M. F. M. et al. Transição da saúde e da doença no Brasil e nas Unidades Federadas duranteos 30 anos do Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 1737-1750, 2018.

Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2018.v23n6/1737-1750/pt/> Acesso em 22 set 2023

SOUSA, D.; IRIART, J. “Living with dignity”: health needs and demands of trans men in Salvador, Bahia State, Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 10, e00036318, oct. 2018. DOI: 10.1590/0102-311X00036318. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30328995/> Acesso 01 out 2023

SUDENKAARNE, M. Queering bioethics: A queer bioethical inventory of surrogacy. **Ethics, Medicine and Public Health** Vol. 6, July–September 2018, Pages 117-125. Disponível em <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S235255251830094X>. Acesso em 09 out 2022.

TOZE, M. The risky womb and the unthinkability of the pregnant man: Addressing trans masculinehysterectomy. **Feminism & Psychology**, 2018 28 (2): 1-18. DOI: <https://doi.org/10.1177/0959353517747007> Acesso em 28 out 2023

TROMBINI, M. **Estereótipos obrigam homens trans a se 'masculinizar'**. Disponível em: <https://queer.ig.com.br/2022-07-08/obrigacao-de-se-masculinizar-homens-trans-transmasculinos.html>Acesso em 01 out 2023

TURBAN, J. L., KING, D., REISNER, S. L., KEUROGHLIAN, A. S. Psychological attempts to change a person’s gender identity from transgender to cisgender: Estimated prevalence across USStates, 2015. **American Journal of Public Health** 109, 1452–1454, 2019. Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6727306/> Acesso em 21 ago 2023

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

VERMA, K. et al. Social media engagement with transgender fertility content. **F&S Reports**. Volume3, Issue 2, Supplement, May 2022, Pages 100-105 Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S266633412100146X> Acesso em 25 set 2023

VICENTE, G. C. Direitos Sexuais e Reprodutivos de homens trans, boyceetas e não-binários: uma lutapor reconhecimento e redistribuição de saúde pública no Brasil. 102 p. (**Trabalho de Conclusão de Curso**). Curso de Graduação em Administração Pública. Escola de Administração Pública Fundação Getúlio Vargas, São Paulo. São Paulo, 2020. Disponível em: <https://afrodite.paginas.ufsc.br/files/2020/08/2020-Direitos-sexuais-e-reprodutivos-de-homens-trans- boyceetas-e-n%C3%A3o-bin%C3%A1ries-uma-luta-por-reconhecimento-e-redistribui%C3%A7%C3%A3o-de-sa%C3%BAde-p%C3%BAblica-no-Brasil.pdf> Acesso em 05 mar2022

VIEIRA, L. M. F. (Coord.). **Posicionamento Conjunto Medicina Diagnóstica inclusiva: cuidandode pacientes transgênero**. Brasil, 2019. Disponível em: https://www.endocrino.org.br/media/pdfs_documento/posicionamento_trangenero_sbem_sbpctl_cbr.pdf. Acesso em 24 ago 2023

VINUTO, J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. **Temáticas**, Campinas, SP, v. 22, n. 44, 2014. DOI: 10.20396/tematicas.v22i44.10977. Disponível em: <https://econtents.bc.unicamp.br/inpec/index.php/tematicas/article/view/10977>. Acesso: 23 mai 2022

YOSHIOKA, A. R. C; OLIVEIRA, J. S. Direitos sexuais e reprodutivos das pessoas trans: apagamento institucional nos serviços de saúde e violações aos direitos da personalidade. **BrasilianJournal of development**. Vol 7, n.9, 2021. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/36599/pdf> Acesso: 19 abr 2022

WEBER, A. L.; VERONESE, O.; MARTINS, P. A. M. A formação de famílias por transexuais com autilização das tecnologias para reprodução humana assistida. In: DEL'OLMO, Florisbal de Souza (org.); CERVI, Jacson Roberto (org.); VERONESE, Osmar (Org.). **Multiculturalidade e cidadania: olhares transversais**. Campinas, São Paulo: Millenium, 2015

WEYERS, S. et al. Cervical cancer prevention in transgender men: a review. **BJOG: Na InternationalJournal of Obstetrics & Gynaecology**, Oxford, v. 128, n. 5, p. 822-826, apr. 2021. DOI: 10.1111/1471-0528.16503 Acesso em 15 out 2023

WIEPJES, C. M. et al. The Amsterdam cohort of Gender Dysphoria study (1972-2015): Trends in prevalence, treatment, and regrets. **Journal of Sexual Medicine**, 15(4), 582–590. 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29463477/> Acesso em 22 ago 2023
ZOBOLI, E. L.C.P. Bioética e atenção básica: para uma clínica ampliada, uma Bioética clínica amplificada. **Rev. O mundo da saúde**. V. 33 n 2 abril/junho 2009. Disponível em: <https://revistamundodasaude.emnuvens.com.br/mundodasaude/article/view/771> Acesso em 24 jun2022

ZUCCO, L. Direitos Reprodutivos e Direitos Sexuais. Dimensão conceitual. In: Miriam Pillar

Grossi [et al.]. **Especialização EaD em gênero e diversidade na escola: Livro V, Módulo V e VI** p.; 28 cm. - (Livros didáticos do GDE/UFSC) ISBN 978.85.8388.053.0 Tubarão: Ed. Copiart, 2015. Disponível em:
<https://ieg.ufsc.br/public/storage/ebooks/June2022/gB9HHGULUEAtI8WBoUCG.pdf> Acesso em 4 julho de 2023

APÊNDICE I: INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS PARA PROFISSIONAL MÉDICO DE CENTRO DE REPRODUÇÃO ASSISTIDA

Idade: _____ Religião: _____

Gênero: _____ Sexo: M () F () Tempo e local de formada/o em anos: _____

Você tem residência em Ginecologia e Obstetrícia, Urologia ou outra: SIM () NÃO () Se tem em outra especialidade qual: _____

Local da clínica de RA (Cidade/estado) _____

Tempo de atuação em RA: _____

Cargo exercido na clínica de RA: _____

1 Durante sua formação você teve conteúdo relativo à diversidade sexual? () Sim () Não

Em caso positivo foi uma disciplina ou outro?

() Não tive formação, mas busquei depois de formada/o .Qual? _____

1. Você considera importante profissionais que fazem atendimento à saúde da mulher terem formação/capacitação sobre Diversidade Sexual e Saúde?

() Sim () Não

3 Você gostaria de ter oportunidade em fazer uma capacitação em diversidade sexual e saúde?

() Sim () Não

4. Assinale a(s) alternativa(s) que vão ao encontro do que você pensa:

() Homens tem pênis e mulheres têm vagina () A transgeneridade é anormal, patológica

- () A transgeneridade é uma opção
- () A transgeneridade não é uma escolha
- () A transgeneridade é uma das possibilidades de ser/estar no mundo
- () A transgeneridade fere a completude homem-mulher
- () Admito a vivência da transgeneridade, desde que fique restrita ao âmbito privado e não seja demonstrada publicamente
- () Homens trans que desejam, têm direito à RA
- () Homens trans que desejam filhos devem buscar a adoção

5. Em sua prática no atendimento em ginecologia e/ou obstetrícia você já atendeu homens trans?

- () nunca () raramente () frequentemente

Em caso positivo, como você soube que estava diante de um homem trans?

- () o paciente informou () perguntei na anamnese () percebi pelo jeito afeminado do paciente

6. A clínica de RA em que você atua atende pessoas transexuais?

- () Sim () Não () Nunca tivemos essa demanda () Tivemos essa demanda mas não atendemos pelo motivo de (especificar o motivo do não atendimento)

7. A clínica de RA em que você atua atende homens trans?

- () Sim () Não () Nunca tivemos essa demanda () Tivemos essa demanda mas não atendemos pelo motivo de (especificar o motivo do não atendimento)

Se sim, especifique número de atendimentos até a presente data: _____

8. Em caso positivo como se dá o acesso ao atendimento?

- () encaminhamento por _____
- () demanda espontânea

9. Você sabe como homens trans que buscam a clínica chegam até ela?

- () Desconheço

- () Busca na internet
- () Boca a boca por outros usuários
- () Outro meio. Especificar qual: _____

10. Onde e como se dá o atendimento à homens trans?

- () consultório () sala de reuniões
- () atende ao casal () atende somente ao consulente

11. Quem realiza o atendimento?

- () Médico () Enfermeiro () Assistente Social () Psicólogo () Embriologista(
- () Geneticista () Outro. Qual?

11. Como você se sentiu atendendo a um homem trans que busca gestar por RA?

12. Após o atendimento, como se dá o acesso ao tratamento?

- () Planejamento terapêutico () Precificação

1. No caso de gravidez você acompanha o pré-natal?() Sim () Não

15. Em caso de não gravidez você

- () encaminha para atendimento psicológico () sugere encerrar as tentativas() outro.

Qual?

16. Utilize este espaço para fazer os comentários que julgar necessários:

APÊNDICE 2: ROTEIRO PARA ENTREVISTA EM PROFUNDIDADE COM HOMENS TRANS

Idade: _____

Religião: _

Procedência: _____

Raça/etnia: _____

Trabalho formal _____

Renda média (em salário mínimo) _____

Escolaridade _____

Identidade de gênero _____

Idade com que iniciou a transição _____

Uso de hormônios (idade com que começou a usar, nome do hormônio, tempo de uso, intervalo de uso e dosagem). _____

Efeitos colaterais percebidos com hormonização. _____

Você foi comunicado pelo profissional médico dos possíveis efeitos colaterais/malefícios a saúde da hormonização? _____

Acesso ao hormônio:

Desejo de gestar:

Já fez alguma tentativa de engravidar. Maneira como pretende engravidar: Significado de transpaternidade:

Conhecimento, aceso e uso de Reprodução assistida: