



Saúde e Sociedade

ISSN: 0104-1290

ISSN: 1984-0470

Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.
Associação Paulista de Saúde Pública.

Angonese, Mônica; Lago, Mara Coelho de Souza

Direitos e saúde reprodutiva para a população de travestis e transexuais: abjeção e esterilidade simbólica

Saúde e Sociedade, vol. 26, núm. 1, 2017, Janeiro-Março, pp. 256-270

Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. Associação Paulista de Saúde Pública.

DOI: 10.1590/S0104-12902017157712

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406263964018>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais informações do artigo
- Site da revista em redalyc.org



Sistema de Informação Científica Redalyc

Rede de Revistas Científicas da América Latina e do Caribe, Espanha e Portugal

Sem fins lucrativos acadêmica projeto, desenvolvido no âmbito da iniciativa
acesso aberto

Direitos e saúde reprodutiva para a população de travestis e transexuais: abjeção e esterilidade simbólica

Reproductive health and rights for the population of transvestites and transsexuals: abjection and symbolic sterility

Mônica Angonese

Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Departamento de Psicologia. Florianópolis, SC, Brasil.

E-mail: angonesemonica@gmail.com

Mara Coelho de Souza Lago

Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Departamento de Psicologia. Florianópolis, SC, Brasil.

E-mail: maralago7@gmail.com

Resumo

Neste artigo, objetivamos refletir sobre direitos e saúde reprodutiva quando pensados para a população trans (travestis, transexuais, transgêneros). Realizamos pesquisa de inspiração etnográfica e análise de documentos brasileiros de saúde e direitos humanos. Por meio disso, verificamos a ausência da população trans nas práticas e nos discursos relacionados a direitos e saúde reprodutiva em geral, bem como sua predominante invisibilidade nos documentos relacionados ao processo transexualizador e aos direitos da comunidade de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBT). Recorremos aos relatos de pessoas trans, obtidos por meio de observação participante e quatro entrevistas individuais, para problematizarmos o atendimento à saúde reprodutiva, destacando o papel dos profissionais de saúde. Colocamos em análise o aborto, prática a que homens trans também podem ser sujeitos. Por fim, tratamos da heterocisnormatividade reprodutiva, a qual leva a uma situação que propomos denominar “esterilidade simbólica” da população trans. Reprodução e parentalidades, portanto, parecem noções impensáveis quando se trata de pensar sujeitos constituídos pela ideia de abjeção.

Palavras-chave: Estudos de Gênero; Direitos Reprodutivos; Saúde Reprodutiva; Aborto; Transexualidade; Travestilidade.

Correspondência

Mônica Angonese
Rua XV de Novembro, 1.169, Centro.
Nova Esperança do Sul, RS, Brasil. CEP 97770-000.

Abstract

This article aims to reflect about rights and reproductive health concerning trans population (transvestites, transsexuals, transgender). We carried out an ethnographic inspired research and an analysis of Brazilian health and human rights documents. Thus, we verified the absence of the reference to the trans population in discourses and practices concerning the rights and reproductive health in general, as well as its predominant invisibility in documents related to the gender reassignment process and the rights of the lesbians, gays, bisexuals, transvestites and transsexuals community (LGBT). We analyze the accounts of trans people, obtained by participant observation and four individuals interviews, to problematize reproductive health treatment, highlighting the health professionals' role. We question abortion, practice that trans men may be subject to. Lastly, we approach the reproductive heterocisnormativity, which leads to a situation we propose to name "symbolic sterility" of trans population. Reproduction and parenthoods, therefore, seems inconceivable notions when it comes to reflect about subjects who are conceived by the idea of abjection.

Keywords: Gender Studies; Reproductive Rights; Reproductive Health; Abortion; Transsexuality; Travestility.

Direitos e saúde reprodutiva

As décadas de 1950 e 1960, período pós-II Guerra Mundial, foram marcadas pelo grande crescimento da população. Em função disso, houve um temor de explosão populacional, colocando em pauta discussões demográficas e tornando emergente o debate sobre métodos contraceptivos e planejamento reprodutivo, o que possibilitou pensar na saúde e nos direitos reprodutivos. No Brasil, essa noção de direitos ressurge com força no final dos anos 1970 e início dos anos 1980, na luta pela retomada de direitos básicos, em virtude do fim da ditadura militar (Corrêa; Alves; Jannuzzi, 2006).

Duas conferências ocorridas na década de 1990 foram fundamentais para colocar em discussão direitos e saúde reprodutiva. Em 1994, no Cairo, foi realizada a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), promovida pela Organização das Nações Unidas (ONU), na qual se delinearão acordos entre diversos países, com planos de ação que incluíam igualdade de gênero, questões de saúde e direitos sexuais e reprodutivos. Nesse contexto, surgiu a formulação conceitual dos direitos e saúde sexual e reprodutiva. A grande conquista dessa conferência estaria em colocar a reprodução como questão de saúde e direitos humanos, para além do quesito demográfico em questão nas décadas anteriores (Corrêa; Alves; Jannuzzi, 2006). Em 1995, em Beijing, aconteceu a IV Conferência Mundial sobre a Mulher, em que esses acordos foram ampliados e definiram-se os direitos sexuais e reprodutivos como Direitos Humanos (Brasil, 2010a).

Para Miriam Santyn (2004), o avanço dessas conferências está em ter colocado a vida sexual e reprodutiva em um plano político e não apenas íntimo, privado. Nesse nível político, reprodução e sexualidade passam a ser foco de leis, políticas públicas, direitos e deveres. O sexo¹ é sempre político, como afirma Gayle Rubin (1984), considerando que a esfera da sexualidade contempla desigualdades e opressões, conflitos de interesse e manobras políticas.

1 Entendo sexo aqui como relacional, como sexualidade ou identidade sexual.

Os direitos reprodutivos são conceituados, a partir da Conferência do Cairo, como “direito de tomar decisões sobre a reprodução livre de discriminação, coerção e violência” (Corrêa; Alves; Jannuzzi, 2006, p. 36), ou seja, ter autonomia quanto à possibilidade de procriação. Do modo como foram definidos, incluem os homens, com suas responsabilidades e escolhas relacionadas à reprodução e ao controle da fecundidade.

Em 1988, a Organização Mundial da Saúde (OMS) adotara a formulação de “saúde reprodutiva”, que visava a congregar a dimensão social, saindo do enfoque predominantemente biomédico e tecnológico e, além disso, incorporava os homens nesse cenário, o que é considerado um avanço em relação às proposições anteriores², baseadas unicamente na mulher, em sua função como reprodutora (Corrêa; Alves; Jannuzzi, 2006).

Assim, a saúde reprodutiva foi formulada no Programa de Ação do Cairo, no capítulo VII, parágrafo 7.2, como:

A saúde reprodutiva é um estado de completo³ bem-estar físico, mental e social e não a simples ausência de doença ou enfermidade, em todas as matérias concernentes ao sistema reprodutivo e a suas funções e processos. A saúde reprodutiva implica, por conseguinte, que a pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, tenha a capacidade de reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando, e quantas vezes o deve fazer. Implícito nesta última condição está o direito de homens e mulheres de serem informados e de ter acesso a métodos eficientes, seguros, permissíveis e aceitáveis de planejamento familiar de sua escolha, assim como outros métodos, de sua escolha, de controle da fecundidade que não sejam contrários à lei, e o direito de acesso a serviços apropriados de saúde que dêem à mulher condições de passar, com segurança, pela gestação e pelo parto e proporcionem aos casais a melhor chance de ter um filho sadio. De conformidade com a definição acima de saúde

reprodutiva, a assistência à saúde reprodutiva é definida como a constelação de métodos, técnicas e serviços que contribuem para a saúde e o bem-estar reprodutivo, prevenindo e resolvendo problemas de saúde reprodutiva. (ONU, 1994)

Os direitos sexuais e reprodutivos podem ser considerados, segundo Lucila Scavone (2000), uma extensão dos direitos humanos, tendo se originado com o movimento feminista e a luta por liberdade e autonomia em relação ao corpo, isto é, o direito de escolher maternidade, contracepção ou aborto, por exemplo. Ainda de acordo com a autora, a concepção feminista de direitos reprodutivos problematiza as relações de gênero na família e nas políticas de planejamento familiar, no sentido de estabelecer uma maior equidade de gênero. Em razão disso, Santyn (2004) afirma que pensar os direitos humanos e, especialmente, os direitos sexuais e reprodutivos, exige um esforço teórico que considere as perspectivas filosóficas, antropológicas, políticas, históricas e, fazendo coro com a autora, poderíamos acrescentar perspectivas sociais e psicológicas.

De acordo com os *Cadernos de Atenção Básica - Direitos Sexuais e Reprodutivos*:

O reconhecimento da universalidade dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos é fundamental para a qualificação da proposição de políticas públicas que contemplem as especificidades dos 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)

Além disso, esses *Cadernos* trazem a orientação sexual e a identidade de gênero como condicionantes de saúde:

A orientação sexual e a identidade de gênero são categorias reconhecidas pelo Ministério da Saúde como determinantes e condicionantes da situação

2 Na primeira metade da década de 1980, a formulação utilizada era “saúde integral da mulher”. O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) foi lançado em 1983, indo além das questões de concepção e contracepção, típicos do Programa de Saúde Materno-Infantil, de 1977. Cabe lembrar, contudo, que na formulação de políticas públicas brasileiras, foi mantida a expressão “saúde integral das mulheres” (Corrêa; Alves; Jannuzzi, 2006).

3 Problematisa-se a ideia de “completo” bem-estar.

de saúde, não apenas por implicarem práticas sexuais e sociais específicas, mas também por expor lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais a agravos decorrentes do estigma e da exclusão social. (Brasil, 2010a, p. 81)

No entanto, a formulação da ONU fala em homens e mulheres compreendidos como cisgêneros⁴. Podemos pensar direitos e saúde reprodutiva para a população trans⁵?

Direitos e saúde reprodutiva trans: ausências e (in)visibilidades

No Brasil, a proteção dos direitos humanos é garantida pela Constituição Federal de 1988. Apesar das ditas minorias sexuais não estarem ali contempladas e de não haver ainda referências à orientação sexual ou à identidade de gênero, conforme explica Sérgio Carrara (2010), muitas decisões significativas no sentido da garantia de direitos dessa população foram viáveis em função da Constituição. Dizer que as pessoas transexuais participam dos direitos humanos é óbvio, no entanto, Jorge Alberto Álvarez-Díaz (2009) ressalta que o livre exercício dos direitos sexuais e reprodutivos ainda não é uma realidade, em especial para essas pessoas.

Relacionado a isso, Tatiana Lionço (2008) é pontual na defesa da necessidade de construção de políticas públicas específicas para determinados grupos que são largamente afetados por processos de exclusão e violação dos direitos humanos, como a população LGBT. A autora sublinha a vulnerabilidade dessa população com relação aos direitos sexuais e reprodutivos, advertindo que isso não se deve a uma 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.

Já nas metas do Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, ocorrida no Cairo em 1994, ficou definido que os países deviam se esforçar para que, até 2015, a saúde reprodutiva estivesse ao alcance de todos, por meio do sistema de atenção básica à saúde. O documento *Princípios de Yogyakarta*⁶ (2006) também é claro quanto ao dever do Estado de assegurar o direito de constituir família, independente da orientação sexual e da identidade de gênero, inclusive em casos de reprodução assistida e adoção.

No entanto, apesar da criação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT em 2010 (Brasil, 2010b), ainda há um longo caminho na implementação, garantia e consolidação de direitos da população LGBT no Brasil. Nesse sentido, Marge Berer (2013) acredita haver um fracasso na construção de uma agenda comum que trate de pensar saúde e direitos sexuais e reprodutivos para todos e não apenas referidos às mulheres. Isso leva a uma proposta de “repolitização” desses direitos, que supere, por exemplo, a fragmentação dos movimentos LGBT e de suas pautas.

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. Os binarismos homem/mulher, masculino/feminino e heterossexual/homossexual dificultam a construção dos direitos sexuais e reprodutivos como direitos hu-

4 “Cisgênero” é um termo usado para denominar quem se identifica com o gênero designado ao nascer. A proposta é que utilizando o termo para denominar esses sujeitos, possa se fazer um uso político desse termo, rompendo com a noção de normalidade e produzindo uma simetria entre cisgênero e transgênero. Mais informações disponíveis no texto “O que é Cisgênero?” no endereço: <<http://transfeminismo.com/o-que-e-cisgenero/>>.

5 A palavra “trans” tem a intenção de abarcar transexuais, transgêneros e travestis, podendo também incluir drag queen/king, cross-dresser e identidades não binárias. Utilizaremos “trans” nesse sentido, com a intenção de nos referirmos às múltiplas identidades ou não identidades (no sentido problematizado por Judith Butler) que podem ser abarcadas na palavra. De acordo com Simone Ávila (2012), no Brasil, do mesmo modo que em outros países latino-americanos, os termos usados com mais frequência são travestis e transexuais, observando como ponto de diferenciação entre eles o desejo ou não de fazer a cirurgia de redesignação sexual. No entanto, essa distinção terminológica não é consensual, uma vez que essa explicação não pode ser fixa, generalizante e, tampouco, dá conta de definir a multiplicidade das expressões de gênero e a singularidade de cada sujeito.

6 Princípios sobre a aplicação da legislação internacional de direitos humanos em relação à orientação sexual e à identidade de gênero.

manos, pois os mantêm sujeitos a normas morais e impedem a integralidade e a equidade desses direitos em programas de saúde. Assim, a necessidade de se ficar com o 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. É fundamental, de acordo com esses autores, “um olhar que desconfie das categorias binárias”, podendo ampliá-las, aceitando que sejam mais fluidas, heterogêneas e intercambiáveis, no entendimento de que apenas desse modo é possível problematizar os direitos sexuais e reprodutivos efetivamente.

Pensar a saúde reprodutiva da população trans ainda não é uma realidade no Brasil, inclusive porque, se pensarmos de modo geral no atendimento à saúde dessa população, suas especificidades são bastante negligenciadas e invisibilizadas. Conforme a pesquisa de Camila Guaranha (2014), o atendimento à saúde de travestis e transexuais é marcado pelo constrangimento, preconceito e discriminação, indicando a transfobia⁷ presente nos serviços de saúde. Em função disso, muitas pessoas têm o acesso à saúde dificultado ou até mesmo impossibilitado.

Considerando isso, buscamos problematizar as (in)visibilidades relacionadas a direitos e à saúde reprodutiva para a população trans em alguns documentos públicos brasileiros sobre saúde e direitos humanos. Elegemos para análise alguns documentos fundamentais para pensar a garantia de direitos da população trans, a saber: 1) Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Brasil, 2010b); 2) Portarias do Ministério da Saúde em relação ao processo transexualizador, como a Portaria nº 1.707, de 18 de agosto de 2008 (Brasil, 2008a), a Portaria nº 457, de 19 de agosto de 2008 (Brasil, 2008b), e a Portaria nº 2.803, de 19 de novembro de 2013 (Brasil, 2013); 3) Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de LGBT (Brasil, 2009); e 4) Programa Nacional de Direitos Humanos III (Brasil, 2010c).

Analizando alguns documentos brasileiros

Em busca de referências relacionadas a direitos e à saúde reprodutiva para a população trans em documentos públicos, deparamo-nos com uma invisibilidade dessa população nos textos oficiais do governo brasileiro. A Política Nacional de Saúde Integral LGBT (Brasil, 2010b) se propõe a ser a base da construção de maior equidade no Sistema Único de Saúde (SUS) no que tange ao atendimento dessa população. Essa iniciativa partiu do reconhecimento da discriminação e exclusão da população LGBT, prevendo a qualificação do SUS para o atendimento da demanda e a garantia dos seus direitos.

Essa política menciona apenas de forma ampla os direitos reprodutivos para a população trans: “Garantir os direitos sexuais e direitos reprodutivos de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no âmbito do SUS” (Brasil, 2010b, p. 17). Porém, parece que ainda estamos longe de estabelecer condições de possibilidades para a efetivação desses direitos. Também está previsto nessa política: “Definir e implementar estratégias de serviços para a garantia dos direitos reprodutivos para LGBT” (Brasil, 2010b, p. 19). Relacionado à retirada do aparelho reprodutivo em homens trans, especifica: “Atender, mediante adoção de protocolo, as demandas por mastectomia⁸ e histerectomia⁹ em transexuais masculinos como procedimentos a serem oferecidos nos serviços do SUS” (Brasil, 2010b, p. 19). Enquanto a reprodução é pressuposta nas políticas públicas para as mulheres, a ausência de consideração da reprodução nas políticas voltadas para a população LGBT – e aqui pensando principalmente no “T” da sigla – reflete uma impossibilidade ou, como denominou Elizabeth Zambrano (2006), o caráter “impensável” dessa questão para as pessoas trans.

Na Portaria nº 1.707, de 18 de agosto de 2008, que instituiu o processo transexualizador no SUS, não havia ressalvas quanto à possibilidade de preservar gametas de quem passa pela cirurgia

7 Compreendemos transfobia como a aversão, preconceito, discriminação ou ódio a pessoas trans.

8 Cirurgia de remoção das mamas

9 Cirurgia de remoção do útero.

de transexualização ou por hormonioterapias, procedimento comum em outros casos, de acordo com Heloisa Helena Barboza (2012).

Na Portaria nº 457, de 19 de agosto de 2008, que regulamenta o processo transexualizador no âmbito do SUS, no anexo I-B, referente ao “Formulário para acompanhamento terapêutico de transexuais”, há aspectos psicossociais a serem acompanhados, entre os quais está a vivência familiar, que reserva em sua última sentença a consideração: “Ainda, considerar a existência ou desejo de constituição de núcleo familiar no qual o usuário transexual seja genitor” (Brasil, 2008b). Aí parece estar sendo considerada a possibilidade de reprodução e exercício de parentalidade para pessoas trans.

Na Portaria nº 2.803, de 19 de novembro de 2013, que redefine e amplia o processo transexualizador no SUS, também pode ser verificada a ausência de qualquer consideração relacionada à reprodução. No entanto, no art. 2º é colocada como diretriz: “I - integralidade da atenção a transexuais e travestis, não restringindo ou centralizando a meta terapêutica às cirurgias de transgenitalização e demais intervenções somáticas” (Brasil, 2013) e, em termos de integralidade do atendimento, poderíamos pensar na atenção à saúde reprodutiva das pessoas trans.

O Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de LGBT (Brasil, 2009) traz diretrizes interessantes em relação aos direitos reprodutivos trans:

5.40. Efetivação do Estado Laico como pressuposto para a implementação do SUS, **garantindo os Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, bem como o atendimento de qualidade e não discriminatório** por orientação sexual e identidade de gênero, raça e etnia.

[...]

5.44. **Qualificação da atenção no que concerne aos direitos sexuais e direitos reprodutivos** em todas as fases de vida para Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, no âmbito do SUS;

[...]

5.48. **Disponibilização do acesso universal e integral de reprodução humana assistida** às Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais em idade reprodutiva. (Brasil, 2009, p. 18-19, grifos nossos)

O plano conta ainda com algumas propostas de ações estratégicas. A primeira estratégia consiste na promoção e socialização do conhecimento sobre o tema LGBT, que inclui o item 1.1.16:

Promover e apoiar a inclusão do tema direitos sexuais e reprodutivos, doenças sexualmente transmissíveis e HIV/AIDS em oficinas e atividades de informação, formação, mobilização de instituições e espaços de atuação com os setores que trabalham com pessoas com deficiência e a população LGBT. (Brasil, 2009, p. 22)

A segunda estratégia consiste na formação de atores no tema LGBT e prevê o item 1.2.15:

Criar dispositivos legais e jurídicos que garantam o direito do casal homossexual de adotar filhos, estabelecendo inclusive que o registro civil seja feito em nome do casal, bem como garantir o pleno direito de adoção aos LGBT, individualmente ou em parceria homoafetiva. (Brasil, 2009, p. 25)

Mesmo que possa passar despercebido na ideia agregadora “homo”, está posta nessa estratégia a questão da adoção por travestis e transexuais, tema ainda invisibilizado.

Ainda nessa segunda estratégia encontramos a proposta de ação 1.2.24, “incluir nas campanhas de saúde sexual e reprodutiva, prevenção de AIDS e outras doenças de transmissão sexual, imagens não estigmatizantes de pessoas com deficiência (PCD), pessoas vivendo com AIDS (PVA) e da população LGBT” (Brasil, 2009, p. 25).

O Programa Nacional de Direitos Humanos (Brasil, 2010c) coloca como um de seus objetivos estratégicos a garantia do respeito à livre orientação sexual e identidade de gênero. Entre as ações programáticas para a consolidação desse objetivo está: “d) Reconhecer e incluir nos sistemas de informação do serviço público todas as configurações familiares constituídas por lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBT), com base na desconstrução da heteronormatividade” (Brasil, 2010c, p. 121). Desconstrução da heterocisnormatividade reprodutiva, poderíamos dizer, já que não se trata apenas de heteronormatividade, mas de cisnormatividade

reprodutiva, na medida em que a norma é cis e voltada para a reprodução.

Como explicitam Luiz Mello e Eliane Gonçalves (2010):

Se em documentos governamentais, como *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes* [...] e *Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais* [...], já é possível encontrar um número significativo de propostas de ação que se fundam na atenção simultânea a discriminações diversas, no mundo concreto das políticas públicas os sujeitos continuam a ser pensados universalmente. (Mello; Gonçalves, 2010, p. 169)

Nesse sentido, apesar de essas políticas, portarias e planos se apresentarem com o intuito de proteger as especificidades da população LGBT 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 – que, conforme Butler (2000; 2006) por meio da cultura, da linguagem (e, podemos incluir, das políticas públicas) são colocados em uma matriz de ininteligibilidade e relegados a habitar zonas inabitáveis da vida social, não possuindo o *status* de sujeito, tampouco de humano.

Recorremos novamente às indagações de Mello e Gonçalves (2010):

Como construir, então, políticas universalistas que contemplem as singularidades de grupos que não são reconhecidos no ideal universal de sujeitos de direitos? Como assegurar equidade e inclusão quando a sociedade não reconhece como inteligíveis pessoas que não se conformam aos ideais de coerência binária que organizam a vida social (homem x mulher, branco x negro, homossexual x heterossexual, jovem x velho, entre tantos outros), especialmente se a subversão da norma se dá numa perspectiva interseccionada. (Mello; Gonçalves, 2010, p. 170)

Nesse quesito de efetivação de políticas, atentando para as singularidades e o reconhecimento enquanto sujeitos de direitos, faz-se importante pensarmos nos serviços e nos profissionais de saúde que trabalham diretamente com a saúde reprodutiva. Deste momento em diante, portanto, partimos para a apresentação de alguns resultados obtidos em pesquisa de cunho etnográfico¹⁰. A discussão é tecida a partir das anotações em diário de campo, entrevistas individuais com quatro pessoas que se denominam como “trans”, sendo duas mulheres trans¹¹: Júlia e Silvia, e dois homens trans¹²: Rafa e Luiz¹³. Além disso, são significativas para a análise as observações participantes realizadas durante dois anos em rodas de conversa chamadas “Segundas TransTornadas”, que são promovidas pela Associação em Defesa dos Direitos Humanos com Enfoque na Sexualidade (ADEH), situada em Florianópolis (SC), que desde 1993 atua na promoção de direitos humanos, tendo como foco questões decorrentes das vivências relacionadas a gênero e a sexualidade.

10 Pesquisa de mestrado realizada pela primeira autora deste artigo no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), sob orientação da segunda autora. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da UFSC no dia 8 de junho de 2015.

11 Por “mulher trans” nos referimos a quem, em decorrência da genitália (ter um pênis), foi denominada “homem” ao nascer, mas se reconhece enquanto mulher. O termo é polissêmico: Male to Female (MtF), transmulher, mulher transexual, transexual feminina.

12 Por “homem trans” nos referimos a quem, em decorrência da genitália (ter uma vagina), foi denominado “mulher” ao nascer, mas se reconhece enquanto homem. O termo é polissêmico: Female to Male (FtM), transhomem, homem transexual, transexual masculino.

13 Todos os nomes utilizados são fictícios, a fim de preservar a identidade dos participantes da pesquisa.

A atenção à saúde reprodutiva

Como vimos, as políticas de saúde são ainda bastante embasadas por uma noção heterocisnormativa, que costuma influenciar a constituição dos serviços e a atuação profissional – por isso o atendimento à população trans requer adequações dos serviços de saúde. Para os profissionais de saúde, o atendimento à população trans pode ser um desafio, visto que a formação nos cursos de graduação em geral não prepara para o atendimento a especificidades de saúde desses sujeitos. Nesse sentido, percebe-se como fundamental que a formação dos profissionais de saúde não seja apenas técnica, mas atravessada pela compreensão do social e considere, por exemplo, que nem toda mulher tem uma vagina, assim como nem todo homem tem um pênis, que nem toda mulher se relaciona afetivo-sexualmente com homens, e vice-versa.

Mais do que o despreparo na formação, no entanto, é preciso considerarmos que falar de gênero e sexualidade implica em desconstruções daquilo que é tabu e está cristalizado. E, como lembra Anna Paula Vencato (2014, p. 21-22), “tendemos a interpretar aquilo que não (re)conhecemos como que pertencente à ordem do estranho, do esquisito, do inadequado, do errado, e que pode e deve ser excluído, afastado ou, mesmo, eliminado”.

Nas palavras de Ávila (2014, p. 127), os profissionais de saúde “desenvolvem defesas contra o enigmático da questão trans”. Para a autora¹⁴, esses profissionais são bastante pautados por uma perspectiva normalizadora de gênero, oriunda da visão biomédica, o que faz que as pessoas atendidas, para ter acesso ao tratamento, adequem-se a essas concepções essencializadas de gênero.

Desse modo, a dificuldade dos profissionais parece ser assimilada e legitimada como “natural” por não saberem lidar com aquilo considerado como “diferente”. O reconhecimento desse despreparo parte inclusive de uma de nossas interlocutoras, Júlia, uma mulher trans que vivia em relação de conjugalidade com um homem trans, reafirmando o lugar de exotização:

Quando a gente for pra maternidade vai ser muito estranho, entendeu? [...] vai ser muito estranho pra quem atender a gente, sabe? (Júlia)

No entanto, ao contrário das expectativas colocadas por Júlia, no caso do parto de um filho biológico de uma mulher trans com um homem trans ocorrido em Porto Alegre (RS) em julho de 2015 – o primeiro caso brasileiro de que se tem notícia –, o casal ressaltou o bom atendimento que recebeu no hospital, quando os profissionais mostraram naturalidade e respeito. De acordo com a mãe Helena:

Fui muito bem recebida. No início, achei que não me deixariam assistir ao parto do meu filho, porque no dia a dia sempre temos que explicar o que somos, como somos e como nos relacionamos. No hospital, não precisou nada disso. Consegui ver tudo de perto. Foi emocionante. (Helena)

A capacitação dos profissionais em relação ao atendimento da população trans é entendida como urgente, principalmente no caso de homens trans, que teriam uma identidade nova, ainda não reconhecida (Rodriguez, 2014). O atendimento específico em relação aos exames ginecológicos em homens trans é colocado em questão por um interlocutor:

Só que é uma problemática assim, porque já vem dos exames já, os ginecológicos a gente tem muito, a gente se sente muito constrangido desde o momento de fazer um Papanicolau até... então se chegando na área de obstetrícia que cuida dessa parte, piorou sabe, pra fazer um pré-natal, pra fazer... e aí a gente se sente... esse constrangimento, ele vai além da vergonha né, de você tá ali, se sujeitando a um, a um tratamento que não é adequado pra você. (Rafa)

Perguntamos se atualmente Rafa costuma fazer o exame Papanicolau.

Eu fiz uma vez e agora semana retrasada eu fiz pela segunda vez, depois de 20 anos. Mas isso porque no posto de saúde que eu frequento e que eu tô insistindo pra que eles se capacitem né pra tratar

14 Berenice Bento (2008) também discute esse conceito binário de gênero orientando as práticas profissionais.

dos homens trans, eu tô fazendo este trabalho lá de formiguinha sabe, tentando capacitá-los, tentando informar e servindo até de cobaia lá, de experiência laboratorial pra que eles possam, depois de mim, atender outros, mais adequadamente, então depois disso é que eu encontrei uma enfermeira disposta, que é a enfermeira que faz o exame e ela tem a especialização em ginecologia e aí eu tô conversando com ela e eu me senti confiante né pra poder, seguro pra poder passar por esse exame de novo sem constrangimento. (Rafa)

Rafa sente-se na posição de cobaia e está sendo “o primeiro caso”, como relataram também os interlocutores de Ana María Rodriguez (2014), o que coloca homens trans na condição de estranhos, desviantes, patológicos – o atendimento que há não é pensado para acolher suas singularidades. Além disso, o acesso ao atendimento à saúde fica bastante condicionado à disponibilidade dos/das profissionais que trabalham no local. Assim ele relata:

Foi [constrangedor] ainda, porque a enfermeira, por eu ser o primeiro homem trans dela, ela ainda se colocou meio que... ela não tem aquela intimidade com o órgão que a gente tem né, porque a gente sofre uma série de transformações com o hormônio, embora eu tenha conversado com ela, e tenha explicado, eu senti que ela não tava confortável na situação, então eu também não fiquei, entendeu? Pra ela era algo de muito novo assim, então talvez se ela tivesse mais habituada e eu também, a coisa ia ser mais tranquila. Mas não foi de todo mal assim... (Rafa)

Para além das dificuldades, porém, o acesso ao cuidado à saúde com profissionais disponíveis e acolhedores parece superar os constrangimentos que a situação impõe. Assim, Luiz, que tinha 32 anos e nunca havia feito o exame Papanicolau, realizou a coleta quando iniciou o processo de hormonioterapia, mas também aponta a dificuldade para a realização do exame:

Tem todo o acompanhamento. Tive que fazer tudo, tudo, fazer um check up, entendeu? Aí um endócrino falou pra mim “tu não vai deixar de ser homem se for lá e fizer uma coleta íntima” sabe, ele deu um

nome lá que já até esqueci, não quero nem lembrar, foi bem complicado também. (Luiz)

Ademais, também é recorrente nos serviços a ignorância quanto à diferença entre identidade de gênero (isto é, o gênero com o qual a pessoa se reconhece) e orientação sexual (para quem a pessoa direciona seu desejo afetivo-sexual – heterossexual, homossexual, bissexual). Para o público leigo no assunto, geralmente a compreensão se dá pelo que se vê na mídia, em que, frequentemente, todas as pessoas LGBT são compreendidas como “homossexuais”, “gays” ou “viados”. Além disso, a compreensão comum é de que uma pessoa com ovários e vagina é sempre uma mulher e se relacionará afetivo-sexualmente com homens. Por mais conceitual ou simplesmente banal que possa parecer, a compreensão dessa diferença implica diretamente nas interpelações feitas ao/à usuário/a e, conseqüentemente, na qualidade do serviço de saúde a ser oferecido.

Como mostra a experiência de Rafa:

Foi numa época onde não se falava de transexualidade, não se falava de... homens trans mesmo, não se ouvia falar disso e aí eu fui recebido como uma lésbica masculina né, no posto de saúde pra fazer pré-natal. E aí já começa toda a, todo o problema, porque já não me acolhiam bem desde a recepção até lá, a médica não tinha o melhor tato pra lidar com a situação. (Rafa)

Louro (2010) é bastante didática ao explicar essa diferenciação:

[As] *identidades sexuais* se constituiriam, pois, através das formas como vivem sua sexualidade, com parceiros/as do mesmo sexo, do sexo oposto, de ambos os sexos ou sem parceiros/as. Por outro lado, os sujeitos também se identificam, social e historicamente, como masculinos ou femininos e assim constroem suas *identidades de gênero*. Ora é evidente que essas identidades (sexuais e de gênero) estão profundamente inter-relacionadas; nossa linguagem e nossas práticas muito frequentemente as confundem, tornando difícil pensá-las distintivamente. No entanto, elas não são a mesma

coisa. Sujeitos masculinos ou femininos podem ser heterossexuais, homossexuais, bissexuais (e, ao mesmo tempo, eles também podem ser negros, brancos ou índios, ricos ou pobres etc.), o que importa aqui considerar é que – tanto na dinâmica do gênero como na dinâmica da sexualidade – as identidades são sempre construídas, elas não são dadas ou acabadas num determinado momento. [...] As identidades estão sempre se constituindo, elas são instáveis e, portanto, passíveis de transformação. (Louro, 2010, p. 26-27)

Os estereótipos vinculados à aparência (parecer homem, parecer mulher, não estar definido numa binaridade) condicionam a possibilidade parental:

A gente sente uma forma agressiva no tratamento pelo preconceito que há, porque já se define que pela aparência masculina [de uma pessoa compreendida por “mulher”] não se pode ser mãe ou pai né, não se pode gerar uma criança. (Rafa)

Nesse contexto de preconceito e consequente discriminação nos serviços de saúde, como visto anteriormente, o direito à reprodução fica violado:

Eu não acho que não seja comum homem trans engravidar, o que é mais difícil é ele pensar nessa possibilidade sem ter o mínimo de apoio, sem ter o mínimo de cuidado e assistência de saúde. (Rafa)

Se para os homens trans o atendimento à saúde reprodutiva está ligado à realização de exames ginecológicos e à possibilidade de gravidez, as mulheres trans participantes da pesquisa não mencionaram o cuidado à saúde reprodutiva, nem mesmo com a realização de exames¹⁵. Apenas Silvia expôs a dúvida de expressar ou não para a equipe de saúde seu desejo reprodutivo:

Eu também fiquei em dúvida agora se eu digo que quero ou não ter [dizer para os médicos que quer ter um filho]. (Silvia)

Desse modo, o direito reprodutivo – escolher e ter as informações necessárias – fica comprometido no caso de Silvia, que menciona essa dúvida sobre revelar ou não essa vontade para a equipe de saúde – o que pode ser compreendido em termos de se conformar à visão médica. Será que se uma pessoa trans revelasse para seu médico o desejo de ter um filho isso seria encarado com a mesma naturalidade desse desejo se emitido por uma pessoa cis?

Homens trans também abortam

O aborto é um tema bastante polêmico quando se fala nos direitos reprodutivos das mulheres. Pensar o aborto na realidade de homem trans ainda é algo novo. Apesar de ser um assunto não falado, foi por meio de uma situação de aborto relatada por Rafa em uma roda de conversa¹⁶ em que fazíamos observações participantes que tivemos uma das primeiras aproximações com o tema.

Em entrevista individual, Rafa explicou melhor a situação que havia vivenciado anos antes e como chegou à gravidez:

Eu me defino assim como pansexual, que é a pessoa que pode ter desejos e se relacionar com essa gama toda que existe né, tanto hétero, bissexual, gay... e na ocasião eu tava me relacionando com um homem e aí a gente transou e eu acabei ficando grávido né, no caso. (Rafa)

Naquele contexto, o aborto parecia a única alternativa possível, mas a aparência masculinizada da suposta “mãe” e a tentativa explícita de aborto provocaram uma série de violências:

15 Exames proctológicos. É importante pensar o cuidado à saúde de mulheres trans e travestis por exemplo com a realização de exames de próstata. No entanto, há pesquisadores mostrando que a reposição hormonal em mulheres trans impede o crescimento da próstata, na medida em que inibe a testosterona e estimula o estrogênio, diminuindo, consequentemente, os riscos de que desenvolvam tumores. Por outro lado, os hormônios femininos aumentam as chances de câncer de mama. Disponível em: <http://drauziovarella.com.br/noticias/transexuais-femininas-precisam-fazer-exame-de-prostata/>

16 “Segundas TransTornadas”, que acontecem toda segunda-feira, às 19h na sede da ADEH, sendo promovidas pela associação em parceria com o núcleo de pesquisas Modos de Vida, Família e Relações de Gênero (Margens), do Departamento de Psicologia da UFSC.

Quando eu dei entrada no pronto-socorro já em processo de aborto, quando eu entrei que viram a minha aparência masculina, as mulheres lá dentro, as enfermeiras em geral, elas começaram me tratar com preconceito né, elas me deixavam lá com... eu pedia água, eu pedia né assistência tal e... me deixaram lá num quarto escuro lá e do meu lado eu ouvia crianças nascendo, choros de criança, elas dando atenção pra todas as outras e me deixando lá no canto, sabe? E elas falavam, vinham pra mim aplicar injeção, na época eles aplicavam buscopan, um remédio lá pra dor... e ainda falavam bem baixinho no meu ouvido “é, quem mandou abortar? Agora fica aí, aguenta firme aí, porque a gente tá ocupada”. (Rafa)

É evidente nesse relato o despreparo dos profissionais para lidar com situações de aborto provocado. A violência e o preconceito sofridos nos serviços de saúde por pessoas que provocam aborto não é direcionado de forma restrita aos homens trans, mas é uma realidade que há muito violenta o direito de escolha de mulheres cis.

Cisnormatividade reprodutiva: uma esterilidade simbólica

A discussão sobre parentalidades não hegemônicas, a saber, de gays, lésbicas e travestis, vem sendo tema de pesquisas e debates contemporâneos na cena política, pensando nos direitos civis desses sujeitos. Nesse contexto, a concepção de família é pautada pela norma heterossexual, e a adoção de crianças por casais do mesmo sexo é sentida tanto como ameaça à sociedade quanto como ameaça à continuidade das espécies (Grossi; Uziel; Mello, 2007). Além da norma heterossexual, podemos considerar a cisnorma voltada para a reprodução: pessoas cis podem ter filhos; pessoas trans, não.

Zambrano (2006) acredita no uso estratégico da expressão “família homoparental”, no sentido de possibilitar nomear aquilo até então inominável e, a partir dessa colocação na linguagem, possibilitar a existência discursiva da parentalidade dessa população. Contudo, destaca a insuficiência da categoria “homoparentalidade” quando se trata da população trans. Dessa maneira, entendemos que o

termo “homoparentalidade” acaba por se constituir como conceito que congrega – e ao mesmo tempo invisibiliza – a parentalidade vivida por pessoas trans, o que talvez pudéssemos melhor nomear como “transparentalidades” ou, simplesmente, “parentalidades trans”.

Em casos de homo[trans]parentalidade, parece haver um esforço de “normalidade” que consiste em reproduzir o modelo hegemônico da hetero[cis]parentalidade, como explicam e criticam Garcia et al. (2007) e Butler (2003). Essa busca acaba por reificar o modelo de família nuclear, burguesa, patriarcal, branca e urbana, que é alvo de críticas de autores como Maria Rita Kehl (2003) e Guacira Lopes Louro (2000), entre outros/as.

Há uma construção histórica da família nuclear como a família natural, e para o saber médico, jurídico e psicológico, essa família ainda é considerada como espaço adequado para criar as crianças com desenvolvimento pleno. Assim, no caso de homo e transparentalidades, julga-se que há danos potenciais ao desenvolvimento porque, supostamente, a criança não teria referências dos dois sexos, ou reproduziria a posição sexual e de gênero dos pais. Com isso, coloca-se em dúvida a capacidade (e o consequente direito) dessas pessoas de terem filhos, no sentido de que esses se desenvolvam da forma esperada, isto é, que não “se tornem” homossexuais mais facilmente do que filhos de uma família heteroparental, nem sejam estigmatizados por viverem nessa modalidade de família (Garcia et al., 2007).

O debate fica acirrado quando se pensa na utilização das técnicas de reprodução assistida pela população LGBT, o que põe em questão, de acordo com Barboza (2012, p. 553) “o reconhecimento (ou não) do direito de procriar dessa população”, especialmente da população “T”. A autora também aposta que não se cogita a possibilidade de transexuais gerarem filhos com seu próprio material genético, por meio de reprodução assistida, porque a constituição de família não é avaliada como saudável quando relacionada à transexualidade, visto que ainda se tem como pressuposto a hetero[cis]normatividade.

Nesse sentido, João W. Nery, conhecido como o primeiro homem trans brasileiro, em sua biografia (Nery, 2011) relata sobre a recusa da equipe médica em fazer inseminação artificial em sua esposa, pois

não acreditavam que um homem transexual pudesse ser pai de um filho saudável. Boada et al. (2013) consideram que a principal dificuldade das pessoas em aceitar a reprodução vivenciada por pessoas transexuais está relacionada à preocupação com o bem-estar dos filhos gerados. De acordo com Butler (2003), formas de parentesco distintas da família resultante de casamento heterossexual são consideradas como supostas defasagens ao bem-estar da criança, mas, além disso, são temidas pelo efeito perturbador que geram, ao problematizar a família conforme é reconhecida legalmente.

A questão de ser mulher trans e poder ou não ter filhos se fez presente na roda de conversa em que realizamos observação. Uma mulher trans relatou que tem medo de ser infértil em função do uso de hormônios e, a partir disso, debateu-se que, para as pessoas trans, os direitos reprodutivos não são garantidos. Pelo contrário, a esterilização dessa população, em alguns casos, é exigida. Para essa pessoa que relatou o medo de ser infértil, a experiência reprodutiva parece precisar estar desvinculada da vivência trans, pois para ela “*eu vou deixar de ser trans para ter um filho*”, como se a experiência trans esterilizasse, biológica ou simbolicamente. Ainda na roda de conversa, considerou-se que, se a pessoa diz “eu quero ter um filho”, esse direito deve ser garantido, pois o desejo e o direito independem de gênero e da orientação sexual. No entanto, constantemente a experiência trans é dissociada da possibilidade reprodutiva, como se fosse impensável e impossível – a parentalidade trans é colocada em uma zona de abjeção, que leva a uma esterilização simbólica dessa população.

Stephen Whittle aparece em nota¹⁷ do livro de Bento (2008), falando no direito à reprodução, sendo que alguns países exigem a esterilização dessa população:

Stephen Whittle (2004) questiona o porquê das legislações em vários países exigirem a esterilização como condição para conferir às pessoas transexuais uma identidade. “Somos tão inumanos/as que não temos direito a nos reproduzir? Que não tenhamos direitos à proteção legal alguma? (Whittle, 2004, p. 51 apud Bento, 2008, p. 220)

Reprodução e parentalidades, portanto, parecem noções impensáveis quando se trata de pensar sujeitos constituídos pela ideia de abjeção. Poderíamos perguntar: seriam considerados corpos estéreis também por serem considerados abjetos?

Mas é interessante pensar nisso assim, de como a sociedade faz essa castração nas pessoas trans, essa esterilização, mesmo que simbólica, né. (Silvia)

Butler (2013) afirma que os corpos são legitimados ou não no discurso, refletindo relações de poder. Parece, então, que pensar direitos e saúde reprodutiva trans está “fora” do discurso, mas, como explica a autora:

A construção de um “fora” que todavia está completamente “dentro”, não de uma possibilidade além da cultura, mas de uma possibilidade cultural concreta que é recusada e redescrita como impossível. O que permanece “impensável” e “indizível” nos termos de uma forma cultural existente não é necessariamente o que é excluído da matriz de inteligibilidade presente no interior dessa forma; ao contrário, o marginalizado, e não o excluído, é que é a possibilidade cultural causadora de medo ou, no mínimo, da perda de sanções. [...] O “impensável” está assim plenamente dentro da cultura, mas é plenamente excluído da cultura *dominante*. (Butler, 2013, p. 116-117)

Por isso, considerando a importância discursiva de direitos e de saúde reprodutiva que não produzam uma esterilidade simbólica para a população trans, concordamos com Mello (2006) quando defende que os direitos reprodutivos devem ser pensados de forma universal e não subjugados à norma hetero[cis]sexual. Esse olhar para a universalidade, ao mesmo tempo atento para as singularidades e especificidades da população trans, é fundamental para a garantia dos seus direitos e sua saúde reprodutiva.

17 Capítulo VI, nota 6. Não tivemos acesso diretamente ao livro de Whittle.

Referências

- ÁLVAREZ-DÍAZ, J. A. ¿La maternidad de un padre o... la paternidad de una madre? Transexualidad, reproducción asistida y bioética. *Gaceta Médica de México*, México, DF, v. 146, n. 2, p. 151-157, 2009. Disponível em: <http://www.anmm.org.mx/GMM/2009/n2/68_vol_145_n2.pdf>. Acesso em: 26 jun. 2014.
- ÁVILA, S. El género desordenado: críticas en torno a la patologización de la transexualidad. *Cadernos Pagu*, Campinas, n. 38, p. 441-451, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-8332012000100017&script=sci_arttext>. Acesso em: 29 out. 2014.
- ÁVILA, S. *FTM, transhomem, homem trans, trans, homem*: a emergência de transmasculinidades no Brasil contemporâneo. 2014. Tese (Doutorado Interdisciplinar em Ciências Humanas) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.
- BARBOZA, H. H. Proteção da autonomia reprodutiva dos transexuais. *Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 20, n. 2, p. 549-558, 2012.
- BENTO, B. A. M. *O que é transexualidade?* São Paulo: Brasiliense, 2008. (Primeiros Passos, n. 328)
- BERER, M. Repolitizando a saúde e os direitos sexuais e reprodutivos. *Questões de saúde reprodutiva*, Rio de Janeiro, ano 7, n. 6, p. 9-16, 2013. Disponível em: <www.grupocurumim.org.br/site/revista/qsr6.pdf>. Acesso em: 26 ago. 2014.
- BOADA, M. et al. Transexualidad y reproducción: situación actual desde el punto de vista clínico y legal. *Revista Internacional de Andrología*, Barcelona, v. 12, n. 1, p. 1-8, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.androl.2013.05.005>>. Acesso em: 26 jun. 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.707, de 18 de agosto de 2008a. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 19 ago. 2008. Seção 1, p. 43. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1707_18_08_2008.html>. Acesso em: 17 mar. 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 457, de 19 de agosto de 2008b. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 20 ago. 2008. Seção 1. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prto457_19_08_2008.html>. Acesso em: 17 mar. 2015.
- BRASIL. Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República. *Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de LGBT*. Brasília, DF: SEDH/PR, 2009.
- 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. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010b.
- BRASIL. Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República. *Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH - 3)*. Brasília, DF: SEDH/PR, 2010c.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.803, de 19 de novembro de 2013. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 21 nov. 2013. Seção 1, p. 25. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2803_19_11_2013.html>. Acesso em: 17 mar. 2015.
- BUTLER, J. Corpos que pesam: sobre os limites discursivos do “sexo”. In: LOURO, G. L. (Org.). *O corpo educado: pedagogias da sexualidade*. Belo Horizonte: Autêntica, 2000. p. 151-168.
- BUTLER, J. O parentesco é sempre tido como heterossexual? *Cadernos Pagu*, Campinas, n. 21, p. 219-260, 2003.
- BUTLER, J. *Deshacer el género*. Barcelona: Paidós, 2006.
- BUTLER, J. *Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2013.

- CARRARA, S. Políticas e direitos sexuais no Brasil contemporâneo. *Bagoas*, Natal, v. 4, n. 5, p. 131-147, 2010.
- CORRÊA, S.; ALVES, J. E. D.; JANNUZZI, P. M. Direitos e saúde sexual e reprodutiva: marco teórico-conceitual e sistema de indicadores. In: CAVENAGHI, S. (Org.). *Indicadores municipais de saúde sexual e reprodutiva*. Rio de Janeiro: ABEP; Brasília, DF: UNFPA, 2006. p. 27-62.
- GARCIA, M. R. V. et al. Não podemos falhar: a busca pela normalidade em famílias homoparentais. In: GROSSI, M.; UZIEL, A. P.; MELLO, L. (Org.). *Conjugualidades, parentalidades e identidades lésbicas, gays e travestis*. Rio de Janeiro: Garamond, 2007. p. 277-299.
- GROSSI, M. P.; UZIEL, A. P.; MELLO, L. (Org.). *Conjugualidades, parentalidades e identidades lésbicas, gays e travestis*. Rio de Janeiro: Garamond, 2007.
- GUARANHA, C. *O desafio da equidade e da integralidade: travestilidade e transexualidade no Sistema Único de Saúde*. 2014. Dissertação. (Mestrado em Psicologia Social e Institucional) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.
- KEHL, M. R. *Em defesa da família tentacular*, 2003. Disponível em: <<https://web.archive.org/web/20160617131107/http://www.mariaritakehl.psc.br/PDF/emdefesadafamiliatentacular.pdf>>. Acesso em: 15 fev. 2017.
- 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/o3.pdf>>. Acesso em: 25 abr. 2014.
- LOURO, G. L. Por que estudar gênero na era dos cyborgs? In: FONSECA, T. M. G.; FRANCISCO, D. J. (Org.). *Formas de ser e habitar a contemporaneidade*. Porto Alegre: UFRGS, 2000. p. 121-128.
- LOURO, G. L. *Gênero, sexualidade e educação: uma perspectiva pós-estruturalista*. 11. ed. Petrópolis: Vozes, 2010.
- MELLO, L. Familismo (anti)homossexual e regulação da cidadania no Brasil. *Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 14, n. 2, p. 497-508, 2006.
- MELLO, L.; GONÇALVES, E. Diferença e interseccionalidade: notas para pensar práticas de saúde. *Cronos*, Natal, v. 11, n. 2, p. 163-173, 2010. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufrn.br/cronos/article/view/2157/pdf>>. Acesso em: 18 jun. 2015.
- NARDI, H. C.; RIOS, R. R.; MACHADO, P. S. Diversidade sexual: políticas públicas e igualdade de direitos. *Athenea digital*, Barcelona, v. 12, n. 3, p. 255-266, 2012. Disponível em: <<http://atheneadigital.net/article/viewFile/v12-n3-nardi-raupp-machado/1111-pdf-pt>>. Acesso em: 15 fev. 2017.
- NERY, J. W. *Viagem solitária: memórias de um transexual 30 anos depois*. São Paulo: Leya, 2011.
- ONU - ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. *Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento*. Cairo: ONU, 1994.
- PRINCÍPIOS DE YOGYAKARTA. Indonésia, 2006. Disponível em: <http://www.clam.org.br/pdf/principios_de_yogyakarta.pdf>. Acesso em: 4 set. 2014.
- RODRIGUEZ, A. M. M. *Experiências de atenção à saúde e percepções das pessoas transgênero, transexuais e travestis sobre os serviços públicos de saúde em Florianópolis/SC, 2013-2014*. 2014. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.
- RUBIN, G. *Pensando o sexo: notas para uma teoria radical das políticas da sexualidade*, 1984. Disponível em: <<http://www.miriamgrossi.cfh.prof.ufsc.br/pdf/gaylerubin.pdf>>. Acesso em: 11 set. 2014.

SANTYN, M. A. Direitos sexuais e direitos reprodutivos: conflitos na atribuição de significados. In: LAGO, M. C. S. et al. (Org.) *Interdisciplinaridade em diálogos de gênero: teorias, sexualidades, religiões*. Florianópolis: Mulheres, 2004. p. 132- 151.

SCAVONE, L. Direitos reprodutivos, políticas de saúde e gênero. *Estudos de sociologia*, Araraquara, v. 5, n. 9, p. 1-18, 2000.

VENCATO, A. P. Diferenças na escola. In: MISKOLCI, R.; LEITE JÚNIOR, J. (Org.). *Diferenças na educação: outros aprendizados*. São Carlos: EdUFSCar, 2014. p. 19-56.

ZAMBRANO, E. Parentalidades “impensáveis”: pais/mães homossexuais, travestis e transexuais. *Horizontes Antropológicos*, Porto Alegre, ano 12, n. 26, p. 123-147, 2006.

Contribuição das autoras

Angonese contribuiu na condução da pesquisa, transcrição das entrevistas e escrita do artigo. Lago contribuiu na orientação da pesquisa e revisão do artigo.

Recebido: 14/12/2015

Reapresentado: 14/12/2016

Aprovado: 31/01/2017