SERVIÇOS DE ABORTO TRANS-INCLUSIVOS

Um manual sobre a operacionalização de políticas e práticas trans-inclusivas para os serviços de aborto e suas equipes, entre outras pessoas/instituições que ofereçam esse cuidado.

2024

Juntes!

Saúde sexual e (não) reprodutiva para todes!

Autorias, colaborações e agradecimentos:

Esta produção é uma tradução e adaptação do conteúdo que compõe o manual *TRANS-INCLUSIVE ABORTION SERVICES A manual for providers on operationalizing trans-inclusive policies and practices in an abortion setting*, de A.J. Lowik, publicado no ano de 2018 e destinado aos serviços de aborto legal. Disponível em inglês e francês, o manual foi adaptado para seu uso no Canadá e nos Estados Unidos com a colaboração de agências e organizações não governamentais. No ano de 2021, o texto foi traduzido para o espanhol e adaptado para sua utilização na Argentina pela *Cátedra Libre de Estudios Trans*, por Blas Radi e Marina Elichiry.

Com o apoio do *Inroads - International Network for the Reduction of Abortion Discrimination and Stigma*, foi possível traduzir e adaptar a presente versão em português, para ser utilizada pelos serviços de aborto no Brasil. A presente adaptação para seu uso no Brasil suscitou uma série de desafios que exigiram atenção e cuidado no sentido de ajustar os conteúdos às particularidades culturais, normativas e linguísticas do contexto brasileiro. Nesse sentido, fez-se necessário criar novos conteúdos que consigam contemplar algumas perspectivas de avanços e retrocessos que marcam o cenário de criminalização do aborto no Brasil.

A versão final deste manual foi melhorada e enriquecida pelas observações e comentários de especialistas trans, ativistas de diferentes organizações do Brasil, profissionais da saúde, pessoas trans que trabalham na redução de danos para o aborto, e pessoas trans que já praticaram abortos. Suas perspectivas foram de grande valor para ancorar o conteúdo ao território e às suas particularidades.

Ficha Catalográfica

Tradução e adaptação: Ale Mujica Rodríguez e Antonella Barone Guzmán – Coletiva Juntes! Saúde sexual e (não) reprodutiva para todes

Edição: Lina Marcela Mujica Rodríguez

Diagramação: Lina Marcela Mujica Rodríguez e Ale Mujica Rodriguez

Leituras e Revisão: Brune Bonassi da Articulação Brasileira Não-Binárie - ABRANB; Cello Latini Pfeil da Revista Estudos Transviades; Luck Yemonja Banke, fundador do IBRAT e músico da Apocalypse Cuier; Marcello Medeiros Lucena, Médico de família e comunidade; Lino Gabriel Nascimento dos Santos, PPGAS/UFSC, Marcha Trans Florianópolis; Marina Jacobs, doutora em Saúde Coletiva; Nathalia Muller Camozzato @esomaisumacronica; Daniela Fernanda Sbravati; Fabian Algarte do Instituto Brasieliro de Transmasculinidades - IBRAT; Isabela Valverde Fonseca e Beatriz de Barros Souza do Grupo de Estudos sobre Aborto Alyne Pimentel; Frente Catarinense pela Legalização do Aborto.

Ano: 2024

Este manual pode ser reproduzido total ou parcialmente, sempre que sejam atribuídas corretamente às autorias. Proibida a venda e qualquer utilização com finalidade comercial.

CONTEÚDO

1. O que contém este manual?
2. A importância da linguagem
    a. Vocabulário e glossário
    b. Fazendo perguntas e cometendo erros
    c. Linguagem como angústia, linguagem como potência
3. Caçando mitos: saúde (não) reprodutiva trans
4. Serviços de aborto
    a. Serviços de aborto no Brasil
    b. Serviços de aborto para pessoas trans
5. Operacionalizando a inclusão trans no cenário do aborto
    a. Cenários e recomendações para superar obstáculos na atenção e no cuidado do aborto trans
    b. Avaliação da inclusão trans
6. Conclusão
7. Recursos – para você, para as pessoas usuárias e para todo mundo ler
8. Organizações transespecíficas de saúde sexual e (não) reprodutiva do Brasil
9. Referências institucionais
10. Notas finais
11. Citações, referências e inspirações bibliográficas

INTRODUÇÃO

Considerando o caos conceitual que temos no Brasil, entendemos que é necessário definir, de forma geral, o aborto ao qual nos referimos neste manual. Segundo a *International Classification of Diseases for Mortality and Morbidity Statistics* (2019) o aborto induzido se corresponde à interrupção de uma gravidez em andamento e a consequente e completa expulsão (ou extração) de um embrião ou feto, independentemente da idade gestacional, e que não tem a intenção de resultar em um nascimento vivo. Este documento refere-se aos abortos induzidos, que são diferentes dos casos de aborto espontâneo e natimorto.

Nosso trabalho se desenvolve em um contexto de alta perseguição e criminalização da prática abortiva no Brasil. Aborto é considerado crime, segundo o Código Penal brasileiro de 1940, exceto nas hipóteses legais, as quais seriam: risco de vida da pessoa gestante[1] e gravidez resultante de estupro. Em 2012, foi despenalizada a interrupção da gravidez quando há anencefalia fetal, julgado pelo Supremo Tribunal Federal (Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental), e declarado como parto antecipado com fins terapêuticos. Nesse cenário, nossos esforços se orientaram a traduzir e adaptar um material que ofereça conteúdos atualizados e de qualidade para pessoas que trabalham na área da saúde e atuantes nos serviços de aborto.

Apesar das tentativas deste e de outros tempos/territórios de restringir e punir - ainda mais - o aborto (da ultradireita, da bancada evangélica, entre outras personagens), a grande mobilização social em vários países da nossa América Latina tem produzido mudanças normativas e subjetivas relacionadas à pauta. Isso nos provoca o desafio de elaborar um guia de orientações o mais atualizado e poroso possível. Não obstante, sabemos das complexidades sociopolíticas que atravessam o aparelho institucional brasileiro. Assim, este manual é só uma versão inacabada e aberta, voltada para melhorias e com possibilidade de atualizações destinadas ao avanço do debate sobre o aborto no país.

Este manual coloca como pessoas sujeitas políticas do aborto as pessoas trans: os homens trans, as pessoas transmasculinas, boycetas, as pessoas não-binárias, as pessoas intersexo com vulva-vagina-útero, entre outras nomeações possíveis de quem escapa da lógica endocisheteronormativa imposta.

1 Nas normativas vigentes no Brasil, ainda se contempla somente às mulheres cis como corpos gestantes e abortantes.

Consideramos aqui nos deter no que aqui chamamos de “lógica da endocisheteronorma”. Neste guia, será utilizado o termo endocisheteronorma, e/ou “endo-cis-hetero-norma”, como um modo de colocar em uma junção terminológica, uma junção normativa entre endossexualidade, cisgeneridade e heterossexualidade (Barone; Mujica; Méllo, no prelo). Junção que estrutura uma série de mecanismos que operam, também, no acesso as práticas de cuidado para abortos seguros. Vamos então nos deter nesta composição de três entradas, a saber: “endo”, para destacar a dimensão da endossexualidade; “cis”, que é a raíz de cisgeneridade; e “hetero”, para nos referir a heterossexualidade normativa e compulsória.

Em referência à primeira entrada da junção, temos o termo “endosexualidade”. Esse termo é cunhado para dizer em relação ao outro não intersexo, ou seja: as pessoas que não são intersexo são chamadas de pessoas endosexuais. Dessa forma, as pessoas que possuem características sexuais que se encaixam nas típicas noções orgânicas binárias que, para a grande área da medicina, não estariam fora do padrão esperado por um “homem” e uma “mulher” são consideradas pessoas endosexo (Vieira, 2022).

Já a cisgeneridade, segundo destaca Viviane Vergueiro (2014) é uma categoria analítica para pensar a identidade de gênero de forma interseccional. Nas palavras da autora: “Penso a cisgêneridade como um posicionamento, uma perspectiva subjetiva que é tida como natural, como essencial, como padrão. A nomeação desse padrão, desses gêneros vistos como naturais, cisgêneros, pode significar uma virada descolonial” (Vergueiro, 2014, p. 16).

Enquanto a cisgeneridade se constitui como uma imposição sobre os corpos, a heterossexualidade como regime é tão constituída quanto constituinte do poder colonial, como sublinha Maria Lugones (2008). Assim, estes processos de imposição mantêm uma lógica de constituição reciproca, se retroalimentam formando uma matriz colonial na qual não existiria o sistema de gênero moderno, heterossexual, racializado, global, sem a colonialidade do gênero, bem como este não existirá sem aquele (Lugones, 2008).

Desse modo, as inspirações que dão vida a este Manual, são aquelas que vêm questionar a tal lógica da endocisheteronorma que ainda rege sobre os eventos (não) reprodutivos e a saúde sexual das pessoas na nossa sociedade.

O QUE CONTÉM ESTE MANUAL?

A versão original deste manual foi criado para pessoas profissionais que trabalham nas áreas de saúde sexual e (não) reprodutiva da Colúmbia Britânica, especialmente para aquelas que trabalham para garantir serviços de aborto. Ele foi adaptado para a República da Argentina, na sua versão em espanhol e o que você tem em mãos é a versão adaptada para o Brasil, em português.

Talvez, para você, a discussão sobre a inclusão trans seja algo novo - este manual lhe apresentará quem são as pessoas trans e os tipos de necessidades de saúde (não) reprodutiva. Talvez você esteja trabalhando para operacionalizar a inclusão de pessoas trans em seu local de trabalho - este manual lhe fornecerá algumas sugestões práticas sobre como tornar o seu espaço mais acolhedor e preparará você e sua equipe para oferecer atendimento digno e competente às pessoas trans usuárias. Onde quer que esteja em seu aprendizado, e se trabalha em serviços de aborto, na parte administrativa ou clínica, encontrará algo nestas páginas para você.

As pessoas trans têm uma variedade de necessidades relacionadas à saúde sexual e (não) reprodutiva, incluindo a necessidade de acesso aos serviços de aborto seguro. Estas pessoas são tão diversas quanto as demais pessoas usuárias dos seus serviços de saúde. Este manual considera como as várias identidades e experiências de vida das pessoas trans podem levar a diferenças na forma como elas entendem suas necessidades e condições (não) reprodutivas e sexuais.

A versão canadense do manual inclui uma seção com recursos específicos sobre aborto e pessoas trans e outra seção que lista organizações que oferecem serviços de aborto para pessoas trans. O histórico de criminalização do aborto no Brasil e a resistência que muitos movimentos feministas que têm se oposto à consideração de pessoas trans como sujeitas do aborto, explicariam as dificuldades que encontramos para reunir referências locais.

Esperamos que, no futuro, haja mais materiais, instituições de saúde e organizações que abordem estas questões. Com relação aos materiais, prevemos que será essencial produzir diretrizes de prática clínica e conduzir pesquisas sobre saúde sexual e (não) reprodutiva que inclua a população trans e não-binária, para que possam se beneficiar de suas descobertas, incluindo estudos sobre o uso concomitante de testosterona e medicamentos abortivos e ou contraceptivos.

Incentivamos às pessoas leitoras deste manual a considerar como as questões de reprodução corporificada (menstruação, gravidez, aborto, etc.), têm sido historicamente classificadas como questões do “gênero feminino” (mulheres cisgênero). O ônus da reprodução, incluindo (in)fertilidade, gravidez, aborto, lactação e afins, continua a recair sobre essas. Globalmente, esse trabalho reprodutivo é feito em grande parte por mulheres cisgênero negras e empobrecidas, e é desvalorizado (Colen, 1995). Nós não estamos pedindo para que você ignore essa realidade.

Em vez disso, estamos desafiando as pessoas leitoras a expandir sua compreensão das experiências (não) reprodutivas para incluir pessoas trans e reconhecer que muitos dos serviços de saúde sexual e (não) reprodutiva de que as mulheres cisgênero precisam são necessários também às pessoas trans.

As pesquisas acadêmicas na área de saúde (não) reprodutiva de pessoas trans são escassas, mas estão crescendo. Estão quase inteiramente em inglês, com apenas alguns itens escritos ou traduzidos para o Espanhol e para o Português. Além das notas finais deste manual, criamos uma lista de leitura complementar para sua apreciação. Essa lista oferece uma visão geral dos artigos acadêmicos sobre o tema, mas ainda há poucos que consideram explicitamente as experiências e as necessidades dos homens trans, pessoas transmasculinas e/ou não binárias e/ou intersexo com vulva-vagina-útero em relação à atenção ao aborto.

Embora as necessidades das pessoas trans variem enormemente com base em uma série de fatores, vários princípios orientadores formam este documento.

Neste manual usaremos os termos homens trans, pessoas transmasculinas e/ou não-binárias e/ou intersexo com vulva-vagina-útero quando necessária a demarcação de especificidades. Utilizaremos o termo trans+ como um termo guarda-chuva para identidades e experiências dentro das transgeneridades, transexualidades, travestilidades, transmasculinidades e não-binariedades. Esse termo guarda-chuva é, por si só, redutor e não é isento de problemas, mas, para nossos propósitos, serve como uma abreviação e uma alternativa. Sempre que for apropriado, identificaremos de quem estamos falando especificamente.

As formas como entendemos sexo, gênero, sexualidade e até mesmo reprodução são produtos-efeitos da colonização de Abya Yala.

O Racismo/colonialismo/colonialidade (nas suas dimensões do ser/poder/saber), de-marcam o nosso tempo. A raça e seus contratos de dominação (Mills, 2013), a heterossexualidade como regime (Curiel, 2013) e a cisnormatividade imperante (Vergueiro, 2016), são alicerces fundamentais para a lógica colonial. Lógica que também recria as noções de corpo dito normal, apto, verdadeiro, imutável e coerente.

Este manual adota uma abordagem das encruzilhadas. A encruzilhada é um termo/território aqui inspirado nas produções de corpo-palavra da Leda Martins e nas trocas afrodiaspóricas com Luck Yemonja Banke. Esta pode ser o lugar das interseções, compreendendo aqui a interseção como um processo dinâmico de tensão entre os diferentes códigos sócio-culturais. Assim como também uma rota de fuga, fissura, potência de problematização e ruptura dos pactos coloniais relacionados à raça, gênero, sexualidade, corpo, desejo e afins.

Desta forma, as pessoas trans têm vários marcadores sociais da diferença e experiências que se cruzam com sua identidade de gênero. Isso resulta em pessoas, vidas e questões multifacetadas e complexas. Há pessoas trans de todas as idades, classes, sexualidades, raças, etnias, corporalidades, religiões, culturas e habilidades. As pessoas trans fazem parte de famílias tanto escolhidas como consanguíneas ditas “tradicionais". São pessoas que exercem a função parental, são pessoas filhas e irmãs. Algumas pessoas trans escolhem e/ou vivem como "apenas" homens ou mulheres e não se identificam como trans. Outras podem enfatizar sua identidade trans de forma ativa e radical. Existem, ainda, fatores complexos que podem levar uma pessoa a optar ou pela função parental - por meio da reprodução, adoção ou acolhimento temporário-; ou pela procura de serviços de aborto.

Essa abordagem das encruzilhadas reconhece que as experiências de espaço, segurança e pertencimento de pessoas trans racializadas, indígenas e negras são muito diferentes das de pessoas trans brancas. As pessoas trans racializadas indígenas e negras enfrentam, de modo potencializado, situações de violência, discriminação, agressão, homicídio, pobreza, desemprego, falta de moradia e encarceramento.

O exercício pleno dos direitos sexuais e (não) reprodutivos das pessoas trans exige, entre outras coisas, que tenham participação efetiva e equitativa em todos os processos de elaboração, implementação e monitoramento de leis e programas. Exige também alocações orçamentárias apropriadas para garantir a disponibilidade de recursos e o acesso a serviços que realizam abortos em todo o país. Exige, ademais, atender à trama jurídico e institucional relacionados com os direitos sexuais e (não) reprodutivos, que afetam as condições materiais de existência destas pessoas. Tudo isso, que está longe de ser garantido no presente, faz parte dessas outras expectativas que temos para o futuro.

2. A IMPORTÂNCIA DA LINGUAGEM

A. VOCABULÁRIO E GLOSSÁRIO (2)[2]

Este glossário está dividido em três seções: verde, amarela e vermelha. Os itens de cada seção estão em ordem alfabética.

Os itens **verdes** são coisas que você pode dizer com confiança. São palavras e frases usadas por muitas pessoas trans para se referir a si mesmas, a seus corpos, a suas famílias e a suas comunidades.

Os itens em **amarelo** são palavras e expressões que devem ser usadas com cautela. São palavras e frases que são apropriadas em algumas circunstâncias e contextos mas não em outros. Incluímos quando usar esses itens amarelos e quando evitá-los.

Os itens **vermelhos** devem ser evitados, pois são palavras e frases altamente problemáticas e/ou discriminatórias e que foram rejeitadas pelas pessoas trans.

Na medida em que as comunidades e pessoas trans mudam e crescem, o mesmo acontece com as palavras que são utilizadas. Reconhecemos o direito de qualquer pessoa trans a reivindicar termos que tenham sido usados contra ela. Pessoas trans de diversas idades, raças, etnias, sexualidades, corporalidades, habilidades, entre outros marcadores sociais da diferença também podem usar termos que não estão listados aqui ou entender os termos listados de forma diferente. Este glossário não é um conjunto de regras fixas sobre o que dizer ou não dizer, mas tem o objetivo de ajudar a informar a linguagem que você usa.

Nós encorajamos você a:

- seguir as dicas das pessoas usuárias dos seus serviços e espelhar a linguagem que elas usam para se referir a si mesmas;

- dar espaço para que as pessoas usuárias lhe digam que linguagem elas usam para se referir a si mesmas, às partes dos seus corpos e às suas famílias, tanto em formulários escritos quanto oralmente; e

2 Este glossário foi extraído diretamente do recurso para a série de workshops Promoting Trans Literacies (Promovendo alfabetizações trans), criado por Série de workshops sobre Alfabetização Trans (Promoting Trans Literacies). Realizada por estudantes trans da Universidade da Colúmbia Britânica, com o objetivo de explorar as maneiras como pessoas professoras podem desenvolver práticas pedagógicas transinclusivas. Ele é atualizado e modificado a partir da versão de 2016 do glossário, disponível aqui: http://grsj.arts.ubc.ca/get-involved/promoting-trans-literacies/supplementary-resourcehandout-2016_09_26/

- fazer perguntas de forma respeitosa caso as pessoas usuárias usem termos com os quais você não tenha familiariedade.

VERDE! (Use com confiança!)

USE a palavra cisgênero como um termo guarda-chuva para se referir a todas as pessoas cuja identidade de gênero está alinhada ao sexo/gênero que lhes foi atribuído pelo poder biomédico-jurídico ao nascer.

USE a abreviação cis para cisgênero.

USE cisnormativo para descrever a suposição de que todas as pessoas são cisgêneras e as formas como essa suposição está incorporada em nossos cistemas[3] e estruturas.

USE termos culturalmente específicos, como travestis, homens trans, pessoas transmasculines, não-bináries, transvestigêneres e outros termos usados por várias coletivas e pessoas dos movimentos sociais para se referir a pessoas gênero-dissidentes.

RECONHEÇA que existe o termo de disforia de gênero, para se referir a desconforto, incômodo e insatisfação vivenciados por algumas pessoas trans com relação a características corporais marcadoras sociais do gênero. No entanto, nem todas as pessoas trans vivenciam e/ou nomeiam como disforia esses desconfortos e insatisfações. Além do mais, ressaltamos que esse desconforto está atrelado a uma sociedade endo-cis-hetero-corpo-normativa.
USE intersexo como um termo abrangente para todas aquelas pessoas com características sexuais congênitas que não se enquadram nas normas hegemônicas biomédicas e sociais para corpos femininos ou masculinos (genéticas, hormonais, gonadais, de órgãos reprodutivos internos e de genitais).

USE o termo *"misgendering"* (“equivocar-se de gênero”, “errar o gênero”) para se referir à prática de usar palavras (substantivos, adjetivos e pronomes) que não refletem corretamente o gênero com o qual alguém se identifica.

RECONHEÇA que os erros de gênero podem incluir nomear erroneamente (chamar uma pessoa pelo nome errado), usar os pronomes incorretos (por exemplo, usar “ele” para alguém que usa “ela”, usar “ela” para alguém que usa “ele”), ou usar outra linguagem incorreta de gênero (por exemplo, dizer “senhor” para alguém que se identifica como mulher).

RECONHEÇA que, intencionalmente ou não, o erro de gênero tem um impacto negativo sobre a saúde das pessoas trans e que o erro de gênero persistente é um ato de transódio.

3 Expressão usada como referência ao sistema cisgênero [heterossexual] binário, que não contempla as pessoas trans e/ou não-bináries. Trata-se de um organizador e regulador de corpas, das formas de ser/estar.

USE não-binário (NB) como um termo guarda-chuva para se referir a todas as pessoas cuja identidade de gênero autodeterminada não seja exclusivamente masculina ou feminina, homem ou mulher. Essas pessoas podem se identificar com os seguintes termos: gênero neutro, gênero fluído, gênero-queer, agênero, entre outros.

RECONHEÇA que algumas pessoas não-binárias se identificam como trans e outras não. RECONHEÇA, ainda, que pessoas não binárias não tem obrigação de parecerem figuras ambíguas ou "andróginas"

USE pessoa atribuída ao sexo/gênero feminino/mulher ao nascer e pessoa atribuída ao sexo/gênero masculino/homem ao nascer, quando precisar falar sobre pessoas com base em sua atribuição de sexo/gênero.

EVITE usar os termos corpo feminino ou masculino.

FAÇA referência à construção social (branca colonial) das categorias masculino/feminino, homem/mulher etc., assim como do sexo binário/gênero binário e da narrativa que as compreende como categorias mutuamente excludentes.

RECONHEÇA que algumas pessoas trans não se identificam com o binário de gênero.

USE a palavra trans como um termo guarda-chuva para se referir a todas as pessoas que não se identificam com o sexo/gênero que lhes foi atribuído pelo poder biomédico-jurídico ao nascer. Algumas pessoas trans usam trans*, um termo derivado de funções de pesquisa nas bibliotecas e online, em que um asterisco representa todas as terminações possíveis para um termo. O asterisco é dito em voz alta ou está implícito.

RECONHEÇA que algumas pessoas usam homem/mulher com vivência trans para descrever seu relacionamento com essas categorias de gênero.

USE transfobia para se referir ao preconceito/estigma/discriminação/violência contra pessoas trans, refletido em atitudes, sentimentos, instituições, políticas e práticas antagônicas.

AMARELO! (Use com cautela!)

Use cirurgias de modificações corporais SOMENTE ao discutir as intervenções cirúrgicas que algumas pessoas trans acessam.

EVITE presumir que todas as pessoas trans fizeram ou desejam fazer cirurgias e/ou hormonização.

EVITE usar “mudança de sexo” ou “mudança de gênero”.

USE pré, pós ou não-operatório SOMENTE para se referir às pessoas trans que se referem a si mesmas dessa forma.

EVITE agrupar todas as pessoas trans nessas categorias. Esse agrupamento centraliza as intervenções médicas que algumas pessoas trans realizam.

SOMENTE use transexual para se referir a pessoas trans que se referem a si mesmas dessa forma. EVITE usar transexual como um termo abrangente, pois muitas pessoas trans não se identificam com esse termo.

SOMENTE utilize o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) ou a Classificação Internacional de Doenças (CID) como ferramenta estratégica, quando for necessário para facilitar o acesso aos cuidados em saúde da pessoa trans.[4] EVITE usá-los como fontes de verdade sobre como as pessoas trans são ou deveriam ser; reconheça que eles fornecem uma compreensão particularmente medicalizadora e patologizante das identidades e expressões de gênero. Ao usar o DSM e/ou a CID como ferramentas, certifique-se de estar usando a edição mais recente. EVITE, sempre que possível, usar rótulos e termos desatualizados, derivados de versões mais antigas dessas fontes, como transgenerismo, transexualismo, transtorno de identidade de gênero etc.

4 Não deve ser pedido laudo para acessar a hormonização. Em normativa - Resolução CFP nº 01/2018 - o Conselho Federal de Psicologia (CFP), orienta as pessoas profissionais da Psicologia a atuarem de modo que as identidades trans não sejam consideradas patologias.

VERMELHO! (Evite usar!)

NÃO USE termos e expressões depreciativas sem contexto ou sem reconhecer o preconceito do termo ou expressão. Isso inclui “trans de verdade”, “mulher biológica”, “homem de vestido”, “hermafrodita” ou “aberração”, entre outros.

EVITE usar homens e mulheres sem qualificar se está falando de pessoas cis ou trans.

EVITE a palavra “transformação” e/ou “mudança de sexo” e/ou “afirmação/confirmação de gênero” para se referir aos processos que algumas pessoas trans realizam para mudar seus corpos. Usar o termo “transição” também tem suas complexidades. Nenhuma modificação corporal (ou sua ausência), apesar de importante, define as[1] pessoas.

EVITE utilizar os termos “transexual” e “transgênero” para classificar as pessoas trans em função de seu histórico cirúrgico. Esses termos, habitualmente presentes nos glossários das instituições revitalizam velhos critérios médicos que não proporcionam ferramentas analíticas apropriadas e validam acriticamente a autoridade médica.

EVITE falar de modo geral sobre seus serviços ou espaços como sendo para “mulheres e pessoas trans”. Isso pressupõe que mulheres e pessoas trans são categorias mutuamente excludentes e faz uma distinção problemática entre mulheres cisgênero e mulheres trans. Em vez disso, diga que seus serviços ou espaços são para mulheres cisgênero e pessoas trans. Dessa forma, você qualifica que seus serviços ou espaços são projetados para todas as mulheres cisgênero e para todas as pessoas trans. Como alternativa, diga que seus serviços são destinados para "qualquer pessoa que experimente/precise/deseje acessá-los". Dessa forma, você não está listando tipos específicos de pessoas, mas está sinalizando para as usuárias em potencial que seus serviços são para qualquer pessoa que vivencie um fenômeno específico.

B. FAZENDO PERGUNTAS E COMETENDO ERROS

Qualquer pessoa tem perguntas e comete erros. Eles podem ser sobre a pessoa com quem estamos falando ou sobre uma questão ou experiência que não entendemos totalmente. Quando cometemos erros, é melhor:

Pedir desculpas	Refletir e aprender com o erro	Seguir em frente

Respeite o direito das pessoas trans de consentir em educar. As pessoas trans (assim como outras pessoas marginalizadas) são frequentemente colocadas na posição de educadoras sobre questões trans ou são solicitadas a falar em nome de todas as pessoas trans. Antes de perguntar para uma pessoa trans, busque pesquisar de forma autônoma, preferencialmente em fontes de organizações do movimento trans e travesti nacional e internacional, revistas livros e produções destas sobre o tema.

Reconheça a diferença entre uma pessoa estudiosa sobre as questões trans e uma pessoa trans. Uma pessoa estudiosa sobre as questões trans é uma pessoa, independentemente da identidade de gênero, que se concentra em teorias e experiências trans em suas pesquisas. Certas perguntas podem ser apropriadas para serem feitas para uma pessoa estudiosa trans como especialista, mas seriam inadequadas para serem feitas a uma pessoa trans - isso pode incluir perguntas cujas respostas sejam perturbadoras ou pessoais.

Como perguntar a alguém sobre suas formas de tratamento e seus pronomes

Primeiramente, CONHEÇA os sistemas de linguagem não-binária.

PERGUNTE educadamente e em particular: quais são as formas de tratamento da sua preferência? quais pronomes você usa? Lembrando que desinências, artigos e pronomes fazem parte das formas de tratamento.

COMPARTILHE suas formas formas de tratemento primeiro primeiro. Isso pode ser feito verbalmente ou pedindo às pessoas funcionárias que usem crachás com seus pronomes. EVITE compartilhar seus pronomes apenas com pessoas cujos pronomes não sejam óbvios para você.

USE o sobrenome da pessoa ou a expressão “essa pessoa” se você não souber quais pronomes ela usa, até que os conheça, nem sempre se tem definido um nome social ou tenha ele reconhecido no serviço.

RESPEITE o fato de uma pessoa usar pronomes diferentes em ambientes diferentes. Alguém pode compartilhar com você que usa certos pronomes no privado e outros no trabalho ou com a família.

RECONHEÇA que pessoas de diversas comunidades, culturas, países, origens étnicas e raciais e identidades podem usar pronomes diferentes, além dos disponíveis.

USE os pronomes de gênero neutro ou não-binário criados por pessoas trans para se referirem a si mesmas. Isso pode incluir os sistemas: elu, ile, ilu, éle, etc.

PRATIQUE o uso de pronomes de gênero neutro ou não-binário se for novo para você. Pratique consigo mesme para evitar cometer erros na frente de outras pessoas.

EVITE assumir o pronome de alguém com base em aparência física, anatomia, expressão de gênero, ou qualquer outro fator.

EVITE usar a correção gramatical como motivo para não usar pronomes de gênero neutro e/ou não-binário. As gramáticas mudam, assim como as línguas como um todo. Pratique o uso de pronomes que sejam novos para você se eles lhe parecerem gramatical ou linguisticamente difíceis.

Como agir, caso cometa um erro sobre o pronome, nome ou outra linguagem de gênero de uma pessoa

Se desculpe o mais rápido possível. Você pode reconhecer e corrigir seu erro a qualquer momento.

Pergunte novamente sobre como se referir a uma pessoa, caso tenha esquecido.

EVITE ter que se desculpar repetidas vezes ficando atente e pedindo apoio para lembrar como se referir corretamente à pessoa ou ao assunto.

EVITE justificar ou dar uma explicação sobre seu erro.

EVITE pedir desculpas em excesso pelo erro pelo qual você já se desculpou.

Como corrigir alguém que está usando o nome e/ou pronome errado ou outra linguagem de gênero de forma inadequada

ENGAJE-SE na defesa das pessoas trans e seja uma pessoa aliada.

CORRIJA a pessoa que está falando em particular e com respeito. Diga, por exemplo: "Percebi que você está chamando [nome/pronomes corretos] por [nome/pronomes incorretos]. Não sei se você sabe, mas [nome correto] usa [nome/pronomes corretos]".

PERGUNTE o que você pode fazer para ajudar alguém a se lembrar de usar o nome, pronome ou outro termo correto para se referir a uma pessoa.

EVITE expor uma pessoa trans revelando detalhes sobre seu corpo, histórico médico, nomes e/ou pronomes anteriores etc.

EVITE violar a confidencialidade fazendo comentários a outrem sobre qualquer pessoa usuária, incluindo pessoas trans, dentro ou fora da instituição/serviço.

Como perguntar a alguém sobre a linguagem apropriada para se referir a si mesme e ao seu corpo

PERGUNTE à pessoa, de maneira privada e educada, que linguagem é utilizada para autorreferência Você pode dizer, por exemplo: “Para lhe oferecer os melhores cuidados de saúde possíveis, gostaria de saber que linguagem você usa para se referir às partes do seu corpo?”

ANOTE qualquer terminologia que uma pessoa usa para se referir a si mesma e use essa terminologia em sua comunicação futura com ela.

RECONHEÇA que as pessoas podem mudar a forma como se referem às partes do seu corpo ao longo do tempo. Pergunte “Você ainda usa _____?” e esteja pronte para alterar a linguagem que utilizava anteriormente.

PERGUNTE sobre partes do corpo de alguém APENAS no contexto da prestação de serviços que assim o exijam - neste caso, serviços de aborto.

EVITE fazer perguntas sobre partes do corpo de pessoas trans se essa informação não for necessária para prestar-lhes serviços inclusivos e competentes.

EVITE falar sobre partes específicas do corpo das pessoas, exceto com o propósito de prestar-lhes cuidados adequados.

EVITE reações físicas ou verbais aos termos escolhidos pelas pessoas, mesmo que sejam palavras que você não escolheria.

Como tornar sua linguagem trans-inclusiva ou dicas para amplificar o repertório de linguagem com o qual se refere às pessoas

USE “pessoas”, “gente”, “todas as pessoas” ou outras fórmulas neutras para falar sobre um grupo de pessoas.

DESCREVA as roupas da pessoa ou outra característica distintiva (não física) quando estiver pedindo para alguém, que você não sabe como se identifica, para falar em uma reunião de equipe, por exemplo. Nesse caso você poderia dizer: “a pessoa de camisa vermelha na última fila” em vez de “o homem na última fila”.

EVITE supor que todas as pessoas são cis. Se você é cis e deseja se referir a todas as pessoas cis em seu espaço, use expressões como “para quem de nós que somos cis”, em vez de só utilizar “nós”. Se não sabe como se identificam as pessoas a quem vai se referir, evite “meninos e meninas”, “senhoras e senhores”, “senhor”, “senhora”, “senhorita”, “menino”, “menina”. o Esses termos implicam suposições sobre o sexo e gênero de uma pessoa, bem como sua idade.

C. A LINGUAGEM COMO ANGÚSTIA, A LINGUAGEM COMO POTÊNCIA

A linguagem é uma parte importante da forma como as pessoas lidam com o mundo. De maneira dinâmica, pode-se alterá-la para adequá-la às próprias necessidades e identidades (Moreira, 2022). As pessoas usam a linguagem para se fazerem compreender, para tornar suas ideias inteligíveis para outres e para ajudar a aliviar a angústia e o desconforto, relacionados à aparência de algumas partes do seu corpo, por exemplo. Estudos sobre acolhimento, atendimento e prestação de serviços de saúde a pessoas trans mostram que perguntar sobre seus pronomes e outras linguagens de gênero é um elemento importante no atendimento inclusivo a pessoas trans (Rodriguez, 2019). Entretanto, também pode causar muita angústia.

A gramática tradicional do Português pode não ter[1] palavras disponíveis para determinados usos, como, por exemplo, para se referir a uma pessoa não-binária. O erro de gênero por meio do idioma pode ocorrer de formas inadvertidas e sutis. Lembremos que a linguagem é viva e que, cotidianamente, estamos reinventando e recriando formas de narrar a vida e seus acontecimentos. É por isso que os estudos trans insistem em questionar a forma como entendemos sexo, gênero, reprodução e parentalidade, já que com a linguagem também criamos contornos profundamente endo-cis-hetero-normativos.

Devemos examinar e reexaminar nosso vocabulário para evitar pressupostos desnecessários e problemáticos sobre tais assuntos. Muitas vezes essas suposições se transformam em vieses que dificultam a comunicação. Por exemplo, se é estritamente necessário indagar sobre uma prática sexual com potencial reprodutivo para o correto atendimento à pessoa que chega ao serviço, o mais conveniente é perguntar diretamente sobre essa prática sexual ao invés de perguntar se a pessoa teve relações sexuais com um “homem”. Esses tópicos podem ser demasiado sensíveis para algumas pessoas e, por esse motivo, antes de elaborar perguntas a eles relacionadas, é aconselhável ouvir e oferecer suporte, restringindo as indagações a situações em que a informação é essencial para prestar cuidados de saúde adequados.

Também devemos evitar a generificação das partes do corpo. Por exemplo, chamar ovários, tubas uterinas e úteros como “partes do sistema reprodutivo feminino”. Nesse caso, podem ser usados: sistema/aparelho vulvo-vaginal e sistema/aparelho útero-ovariano. Também podem ser usadas expressões como: "pessoas com seios", "corpos com pênis", "pessoas grávidas", em vez de "mulheres com seios", "corpos masculinos" ou "mulheres grávidas" (Spade, 2011). Para algumas pessoas, entretanto, isso pode não ser suficiente. Pode ser que aconteça que palavras como seio, pênis, vagina, útero não sejam a forma como algumas pessoas trans se referem a seus próprios corpos. Embora nem sempre seja possível alterar os formulários oficiais de consentimento médico, você pode perguntar às pessoas usuárias dos serviços de saúde sobre qual linguagem usam para se referir a seus corpos e/ou espelhar a linguagem que utilizam e fazer anotações específicas sobre isso em prontuários, fichas ou demais registros.

As palavras usadas para falar sobre parceria e parentalidade também podem ser inapropriadas para pessoas trans. Pode parecer simples: se essas pessoas assumirem a função parental associada à sua identidade de gênero, então um homem trans será pai e uma mulher trans será mãe. Embora isso possa ser verdade, às vezes não é tão simples - algumas pessoas trans podem se identificar tanto como mãe quanto como pai (Bocchi, Gomes, 2021; Angonese, Lago, 2022) e outras usam palavras recém-criadas ou recuperam palavras antigas, como mapa, pãe e mãe. Em alguns casos, tem sido usada a metáfora de “pai cavalo-marinho” (Monteiro, 2018) para a experiência reprodutiva da gravidez, enquanto a lactação e a amamentação no peito podem ser enquadradas como um processo funcional, em vez de experiências essencialmente como femininas (Lowik, 2015). Os aspectos corporais da parentalidade podem ser transformados pelas pessoas trans que estão vivendo-os em seus corpos e formando famílias em seus próprios termos, e mudar a linguagem usada para se referir a tais experiências faz parte dessa transformação.

3. CAÇANDO MITOS: SAÚDE REPRODUTIVA TRANS

Pessoas trans não engravidam

MITO/FALSO. As pessoas trans com útero (homens trans, pessoas transmasculinas e/ou não-binárias e/ou intersexo com vulva-vagina-útero, entre outras), mesmo fazendo hormonização com testosterona, podem engravidar através de relações sexuais ou do uso das tecnologias de reprodução assistida (TRA). Lembre-se que a identidade de gênero de uma pessoa não informa sobre sua orientação sexual, nem sobre suas práticas sexuais. Lembre-se também que nem todas as pessoas trans podem ou desejam acessar a hormonização e/ou os procedimentos cirúrgicos. O uso de testosterona não resulta em infertilidade permanente - há, no entanto, pouca literatura científica que descreva os efeitos da administração de testosterona exógena sobre a fertilidade, a gravidez e os resultados neonatais (Light et al., 2014). Durante a hormonização com testosterona pode haver redução da fertilidade. Cada vez mais estudos têm identificado que essa redução da fertilidade é transitória, no caso da parada de uso da testosterona (Light et al., 2014). A testosterona, contudo, não é um método contraceptivo, pois a ovulação pode continuar acontecendo, mesmo durante seu uso (Boudreau, Mukerjee, 2019). Portanto, a hormonização com testosterona não é considerada um método contraceptivo, tal como tampouco o é o esquema de estrogênio e antiandrogênio[5]. Por esta razão, se a pessoa em hormonização quer evitar a gravidez, deverá usar um método contraceptivo eficaz e que lhe resulte mais conveniente.

É incorreto presumir que, ao engravidar, uma pessoa não é mais/nunca foi trans. Em um estudo profundamente problemático de 1988, a autora optou por rotular os participantes do estudo como mulheres e mães (pior, como mulheres ruins e mães ruins), apesar de se identificarem como homens e pais (Lothstein, 1988). Dez anos depois, um estudo de 1998 descobriu que homens trans que passaram por uma gravidez expressaram altos níveis de estresse devido à crença compartilhada por profissionais de saúde e terapeutas de que a gravidez e o parto eram sinais de que esses homens não eram "realmente" trans (Moré, 1998).

Os avanços nos transplantes de útero significam que as mulheres trans e travestis em breve poderão ter a possibilidade de engravidar - e o debate sobre a bioética dos transplantes de útero já começou (Lothstein, 1988).

5 A hormonização com estrogênio e antiandrogênio é utilizada para pessoas transfemininas, travestis, mulheres trans e pessoas não-binárias designadas pelo poder biomédico jurídico menino/homem ao nascimento.

A saúde geral das pessoas trans é afetada significativa e desfavoravelmente pelo estigma e pela marginalização

FATO/VERDADEIRO. As pessoas trans estão expostas a maior risco de discriminação e violência transodiante no trabalho, em casa e na rua, o que leva muitas a recorrer a diferentes formas de violência autoprovocada e ao suicídio. São altas as taxas de pessoas trans sofrendo falta de moradia, baixa autoestima, insegurança no emprego e em casa (Moré, 1998). Muitas não conseguem ter acesso a serviços de saúde e outros serviços sociais (Murphy, 2015) ou podem adiar ou evitar a busca de serviços devido a experiências anteriores de discriminação ou medo de discriminação (Bauer, et. al., 2009). Pessoas indígenas, negras, pardas, não-brancas trans e pessoas trans com deficiência, entre outras, têm maior probabilidade de sofrer essas violências e discriminações na saúde do que seus pares brancos e sem deficiência.

A homossexualidade e a transexualidade foram completamente despatologizadas no mundo

MITO/FALSO. "Disforia de gênero" é o nome do diagnóstico atual referente a questões de identidade de gênero na versão mais recente do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), elaborado pela Associação Estadunidense de Psiquiatria (APA por sua sigla em inglês). Depois de décadas de lutas e de estudos das pessoas trans, a Organização Mundial de Saúde (OMS) oficializou, durante a 72º Assembleia Mundial da Saúde, em Genebra, a retirada da classificação da transexualidade como transtorno mental da 11º versão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas de Saúde (CID). Em 2018, foi lançada a nova Classificação Internacional de Doenças (CID-11)[6], na qual códigos de diagnóstico específicos para pessoas trans são removidos do capítulo de Transtornos Mentais e Comportamentais e se introduz o código “Incongruência de gênero” no capítulo “Condições relacionadas à saúde sexual”.

A contínua patologização de algumas identidades e expressões trans por meio do DSM e da CID é controversa. Em muitos lugares, o diagnóstico de disforia de gênero é geralmente exigido para acessar a hormonização e/ou as intervenções cirúrgicas. No Brasil, antes mesmo da decisão da OMS, e fruto das lutas de reivindicação das pessoas trans, o Conselho Federal de Psicologia (CFP) publicou a Resolução CFP n°01/2018, que orienta a atuação da categoria profissional da psicologia no Brasil para evitar a patologização das identidades trans (CFP, 2018).

6 Sendo apresentada em 2019 para os Estados Membros e entrado em vigor em 2022.

Historicamente, o diagnóstico de "transtornos" de identidade de gênero presumia que uma pessoa trans "real" sentiria rejeição de seus órgãos genitais e não estaria disposta a fazer uso de seu sistema reprodutivo (Rapid Response Service, 2014). Em consequência, as pessoas trans que buscam acesso a hormônios ou cirurgias podem ser desencorajadas por algumas pessoas da área psi e/ou pelas pessoas profissionais da medicina a usarem seus corpos de maneiras que parecem ser contrárias ao seu "novo" gênero (Gorton, 2013), de acordo com a cisgeneridade.

Pessoas trans são livres para se reproduzir sem restrições.

MITO/FALSO. A capacidade reprodutiva das pessoas trans é restrita de várias formas, em vários lugares do mundo. Historicamente (e ainda hoje em muitos lugares), as pessoas trans têm sido obrigadas a se submeter a tratamentos que as tornam inférteis (como as cirurgias denominadas “de afirmação de gênero”) para poderem alterar o marcador de sexo/gênero em seus documentos de identidade (Moré, 1998; T’Sjoen, et. al., 2013).

As pessoas legisladoras preocupam-se frequentemente em garantir uma dita “transição permanente” das pessoas trans (T’sjoen, et. al., 2013), o que geralmente é feito exigindo a esterilização como condição para o reconhecimento legal do gênero (ou seja, para que o marcador de gênero correto apareça nos documentos de identidade). Isso é feito indiretamente, exigindo cirurgias de “afirmação de gênero”, em que a esterilidade é o resultado secundário e não nomeado desses tratamentos cirúrgicos genitais. Às vezes, também é feito explicitamente, como na Alemanha, onde a "infertilidade cirurgicamente irreversível" era uma condição de reconhecimento legal de gênero antes de ser revogada como discriminatória em 2010.

No Brasil, as pessoas trans não precisam mais se submeter a cirurgias de transgenitalização ou outras cirurgias ditas “de afirmação de gênero” ou a procedimentos de qualquer tipo para alterar o nome e/ou gênero dos seus documentos de identidade (registro civil). Mesmo assim, ainda é (re)produzida uma “esterilidade simbólica” (Angonese e Lago, 2017) devido ao apagamento e à invisibilização dos seus direitos sexuais e (não) reprodutivos, incluindo a falta de dados, pesquisas, interesse político, acadêmico e institucional; o que também se dá por meio de imaginários cisnormativos de possibilidades parentais e familiares que permeiam os espaços e práticas da saúde e afins.

Como mostram algumas pesquisas, o apagamento institucional das pessoas trans dá-se pela via da ausência de campos de registro em documentos e sistemas de informação (Pfeil e Lemos, 2021); pela falta de uso do nome social; pela inadequação do atendimento; pela falta de estudos científicos e treinamento/formação de profissionais sobre a saúde (não) reprodutiva das pessoas trans; pela ausência de atendimento dos homens trans, pessoas transmasculinas e/ou não binárias e/ou intersexo nos serviços relacionados ao cuidado da saúde sexual e (não) reprodutiva, incluindo o acesso/uso ao aborto legal, às tecnologias de reprodução assistida (TRA), entre outras (Pfeil, et. al., 2023).

Além disso, embora as TRA tenham ampliado os limites do que é considerado normal e possível em termos de reprodução humana (Von Doussa, et. al., 2015), o acesso a essas tecnologias tem sido historicamente restrito apenas àquelas pessoas consideradas suficientemente aptas para se beneficiarem delas. Assim como as pessoas trans, as mulheres cisgênero solteiras, lésbicas, viúvas e idosas, além de casais homossexuais e pessoas racializadas (negras, indígenas, não brancas), têm sido frequentemente cerceadass de acessar essas tecnologias (Murphy, 2012).

No Brasil, em 2022 o CFM (Conselho Federal de Medicina) modificou, após algumas críticas, o regulamento referente à reprodução assistida no Brasil de 2021, eliminando a citação explícita de pessoas transgêneras, entre outras modificações referentes aos embriões. O trecho eliminado dizia que as TRA poderiam ser usadas por “heterossexuais, homoafetivos e transgêneros”. Nas normas de 2017, eram citados os “relacionamentos homoafetivos ou pessoas solteiras”, mas incluindo o seguinte: “respeitado o direito à objeção de consciência por parte do médico”. Vale ressaltar que “relacionamentos homoafetivos e pessoas solteiras” entraram na norma somente em 2013 (a primeira resolução sobre o tema é de 1992) (CFM, 2022). Isto não quer dizer que as pessoas trans não possam acessar às TRA, em teoria qualquer pessoa pode acessar, mas esses movimentos de nomeação e posterior apagamento dizem sobre as formas de produzir política e os entre ditos e invisibilidades das mesmas, que podem ter efeitos nas práticas e imaginários sociais e institucionais.

Com relação às pessoas trans e à hormonização, como dito anteriormente, existem poucas pesquisas sobre os efeitos sobre a fertilidade a longo prazo. Ao mesmo tempo, se uma pessoa trans deseja acessar as TRA e/ou o criocongelamento dos gametas ao longo da sua hormonização ou antes de realizar alguma cirurgia, deve fazer essa busca ativa por conta própria e ter uma renda alta para custeá-la. Frequentemente, não é algo que seja conversado no acolhimento/atendimento à saúde das pessoas trans.

O direito à autoafirmação de gênero das pessoas trans para travestis, mulheres transexuais, homens trans, pessoas transmasculinas e/ou não-binárias, entre outras possibilidades, é resultado da inspiração e luta constante e aguerrida de diversas pessoas, de forma individual e coletiva, da sociedade internacional e local. Institucionalmente, é importante lembrar da constituição de um corpo normativo que se configura nos contornos dos Princípios de Yogyakarta (2006) - que dispõem sobre a aplicação da legislação internacional de Direitos Humanos em relação à orientação sexual e identidade de gênero -; da Opinião Consultiva n. 24/173, da Corte Interamericana de Direitos Humanos; do entendimento do Supremo Tribunal Federal no Recurso Extraordinário (RE) 670.4224, julgado em 2014; e da Ação Declaratória de Inconstitucionalidade (ADI) 42755, proposta em 2009 e julgada em 2018 (Oliveira Júnior; Drehmer, 2023).

Pessoas trans não desejam se reproduzir

MITO/FALSO. Muitas pessoas trans já têm se reproduzido e exercem parentalidades. O mapeamento realizado com 900 indivíduos transmasculinos, e publicado em 2023 pelo Instituto Brasileiro de Transmasculinidades (IBRAT), identificou 811 homens transexuais (90,1%) que nunca gestaram, 32 (3,6%) que já passaram por uma ou mais experiências de gestação e 57 (6,3%) que não souberam responder. Estas invisibilidades e violências contra pessoas transmasculinas já vêm sendo discutidas desde o I Encontro Nacional de Homens Trans (ENATH), realizado no 2015 em São Paulo, na Universidade de São Paulo (USP), organizado pelo IBRAT através de suas coordenações nacional, regional Sudeste e setoriais de São Paulo e do ABC Paulista. Neste, as pessoas participantes denunciaram ter passado por algum tipo de violência sexual após transição, incluindo pessoas que passaram por gestações forçadas.

Resta a realização de investigações semelhantes que contemplem as realidades e necessidades reprodutivas das pessoas trans em nível local.

É importante observar que a impossibilidade de realizar o desejo de ter filhes é, para algumas pessoas trans, um ato de violência que requer nossa atenção como pessoas preocupadas com a justiça reprodutiva (Cárdenas, 2016). Precisamos vislumbrar um futuro reprodutivo em que as pessoas trans (especialmente negras, indígenas, não-brancas) possam constituir suas famílias em seus próprios termos.

A identidade trans poderia afetar negativamente us filhes de pessoas trans

IMPORTANTE

No Brasil, é urgente que o sistema público garanta métodos e tecnologias de reprodução assistida, incluindo criopreservação dos gametas, para garantir os direitos sexuais e reprodutivos de pessoas trans.

MITO/FALSO. Há uma determinada - e escassa - literatura debatendo a ética de ajudar as pessoas trans a se reproduzirem, por exemplo, promovendo o acesso a bancos de óvulos e esperma, bem como o acesso às TRA (Baetens, et al., 2003). Uma posição discriminatória encontrada nesses debates considera que as pessoas trans são mentalmente doentes (como sugeriria a exigência de um diagnóstico no DSM) e que isso justificaria a crença de que poderiam exercer parentalidades inadequadas (Murphy, 2012).

Isso, talvez não coincidentemente, contrasta com a perspectiva marcante do psicanalista Robert Stoller (1982), que acreditava haver um tipo ideal de mãe e pai da pessoa transexual. Uma mãe bissexual e cronicamente deprimida, juntamente com um pai fraco e ausente, daria vazão à identificação da criança com a mãe, o que levaria a primeira, na perspectiva stolleriana, à transexualidade.

Evidentemente, nesse caso, somente se pensou em pessoas transfemininas, e não em transmasculinas e não binárias. Esse contraste é interessante pois nos revela a atenção dada, desde a elaboração diagnóstica da "transexualidade", à estrutura familiar. Entretanto, a abordagem despatologizante atual sugere que não há justificativa ético-científica para negar às pessoas trans o acesso a suas capacidades reprodutivas ou o acesso às TRA, às tecnologias de preservação da fertilidade etc.

É possível que um período de adaptação seja acionado na família da pessoa que se encontra em processo de transição, e isso pode afetar, sim, a progênie. Mas essa adaptação não é diferente de outras transições e mudanças familiares, como, por exemplo, o processo de uma separação e/ou divórcio, uma adoção, a chegada de uma nova pessoa ao grupo, a morte de uma pessoa da família, o casamento de alguém dessa organização familiar etc. Quando se apresenta um conflito, ele geralmente é ligado à discriminação e ao estigma recorrente que afeta as pessoas que colocam em xeque questões de identidade de gênero e/ou que realizam processos de transição (Murphy, 2012).

É importante ressaltar que “não há evidências empíricas que demonstrem que o bem-estar das crianças gestadas e criadas por pessoas trans seja comprometido em virtude da identidade de gênero de seus progenitores” (James-Abra, et. al., 2015). Aliás, pesquisas mostram que o exercício de parentalidades por pessoas trans está atravessado de práticas de cuidado mútuo com a sua progênie (Hines, 2006) e que, nesse cuidado, também é possível criar e utilizar estratégias para proteger sues filhes das práticas transodiantes (Pyne, 2012). As parentalidades trans podem, sim, ser modelos no que diz respeito a criar uma vida autêntica (Pyne, 2013) e a desafiar as normas de gênero (Ryan, 2009).

Pessoas trans sofrem violência sexual e estupro

FATO/VERDADEIRO. Há relatos de pessoas trans designadas como menina/feminino ao nascer que foram agredidas sexualmente, estupradas e inseminadas à força como um modo de impor, por meio da violência, a suposta condição de “mulher” naqueles corpos que são entendidos como “desviantes de gênero”. Essa violência foi nomeada como "estupro corretivo" e força às pessoas a uma pretendida “correção” e/ou “cura” daquelas que contestam o sistema endocisheteronormativo. Pessoas trans com corpos designados como menino/homem/masculino também são agredidas sexualmente, estupradas e até assassinadas quando alguém "descobre" que elas têm um pênis, como justificativa para ceifar essas vidas.

Algumas pessoas trans podem procurar serviços de atenção à gravidez e ao aborto após uma agressão sexual ou estupro. Em alguns casos, os espaços de acolhimento/atendimento às vítimas de violência sexual excluem explicitamente as pessoas trans. Porque a saúde sexual e (não) reprodutiva continua atrelada à narrativa endocisheteronormativa (Rodriguez, 2023).

Experiências reprodutivas podem produzir sentimentos de mal-estar nas pessoas trans

FATO/VERDADEIRO. A gravidez é frequentemente imaginada como um aspecto definidor da feminilidade. Para alguns homens trans, pessoas transmasculinas e/ou não binárias e/ou intersexo com vulva-vagina-útero, a ideia de ter uma criança é vista como indesejável e incongruente com sua identidade de gênero (Davy, 2011). Outras experiências, como menstruação e crescimento das mamas durante a puberdade também podem ser angustiantes por razões semelhantes (Davy, 2011).

Mesmo para os homens trans, pessoas transmasculinas e/ou não binárias e/ou intersexo que escolhem a gravidez como caminho para a parentalidade e/ou que optam por amamentar, essas experiências podem estar ligadas a algum grau de conflito interno e ao aumento dos sentimentos de mal estar (Ware, 2009). Isso se deve tanto aos aspectos hormonais e corporais dessas experiências quanto às formas como são social, cultural e legalmente entendidas como sendo fundamentalmente experiências de mulheres cisgênero. Como resultado, profissionais de saúde, familiares, amigues e a sociedade no geral podem questionar a identidade de gênero da pessoa pela decisão de engravidar, suscitando experiências mais frequentes de confusão e erros de gênero (Van Esterik, 1994).

As mulheres cisgênero grávidas e lactantes têm alto risco de sofrer violências (Lowik, 2015), e as pessoas trans grávidas e lactantes correm um risco ainda maior. Sem dúvida, o risco de violência é significativamente maior porque as pessoas trans são vistas como violadoras dos papéis parentais supostamente "naturais" e das normas de gênero. De fato, enquanto estava em seu sétimo mês de gestação, Caio Aparecida Pereira dos Santos, um homem trans do estado de Minas Gerais (MG) relatou os obstáculos e dificuldades para realizar exames considerados essenciais para gestações de risco por meio do SUS (Sistema Único de Saúde), em novembro de 2023. Caio morava em Uberlândia (MG), onde realizava o pré-natal. Desamparado, não conseguiu entrar na fila de atendimento pelo SUS devido ao sistema de regulação de vagas gerenciado pelo município. A orientação da Secretaria Municipal de Saúde foi que ele procurasse ume advogade para mudar o sexo no cartão do SUS. Entretanto, os procedimentos deveriam ser lançados no Sistema Nacional de Regulação de forma manual, já que o programa não está “atualizado” para esta necessidade (Tavares; Tavares, 2023).

IMPORTANTE

O Ministério da Saúde passou a aceitar ambas as categorias “feminino” ou “masculino” no atributo sexo para 269 procedimentos oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), cujo acesso antes era condicionado a apenas uma categoria (Portaria SAES/MS Nº 1.693, de 10 de maio de 2024). Ao mesmo tempo em que essa alteração pode ser considerada um avanço para o acesso aos procedimentos por pessoas trans que tenham retificado o campo sexo em seu registro civil, ela também pode configurar ainda uma barreira a pessoas intersexo e/ou não-binárias que tenham outras categorias constantes no campo sexo de seu registro civil (por ex.: não-binárie, indeterminado, intersexo). Ainda há que se avançar para a efetivação do acesso aos procedimentos, portanto, é importante acompanhar esse movimento juntamente e por meio do fortalecimento do controle social.

SERVIÇOS DE ABORTO

A. SERVIÇOS DE ABORTO NO BRASIL

Acesso ao aborto no Brasil

Atualmente no Brasil o aborto é crime tipificado no Código Penal de 1940 (Brasil, 1940). No entanto, a criminalização não impede que ele aconteça de forma clandestina: um inquérito nacional estimou que em 2015 aproximadamente 503 mil mulheres [cis] interromperam ao menos uma gravidez (Diniz, et al., 2017). As três situações nas quais interromper a gravidez não é considerado crime são: quando a gestação é decorrente de estupro; quando representa risco de vida para a pessoa gestante; e em caso de anencefalia fetal. Essa última situação foi deliberada e aprovada em 2012 pelo plenário do STF. O serviço é ofertado pelo SUS.

Embora a lei brasileira possibilite a interrupção da gravidez decorrente de estupro, desde a década de 1940, o acesso aos serviços de saúde não foi regulamentado por quase meio século. O primeiro serviço de atendimento às vítimas de violência sexual foi instituído no ano 1989. A Prefeitura Municipal de São Paulo implantou no Hospital Municipal Artur Ribeiro de Saboya, conhecido como “Hospital do Jabaquara”, porém, para ter acesso a uma interrupção, era necessário apresentar a cópia do Boletim de Ocorrência (BO) e do laudo pericial do Instituto Médico Legal (IML).

A estrutura e a regulamentação nacional dos serviços que realizavam tais interrupções previstas em lei ocorreu em 1999, com o lançamento da norma técnica Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes. A implementação da maior parte dos serviços se fortaleceu com a reedição da norma técnica em 2005. Mas apesar do avanço obtido com a instalação dos serviços em todas as regiões do país, existiam (e ainda existem) muitas dificuldades para o acesso ao serviço de aborto.

Um estudo brasileiro mostrou que, entre 2010 e 2019, houve concentração da oferta do aborto previsto em lei somente em alguns municípios do país, com pouca ou nenhuma disponibilidade de transporte público de ida e retorno entre os municípios de residência e de realização do procedimento e com altos custos e demandas de tempo para os deslocamentos - que chegam a se tornar valores proibitivos, considerando a realidade social do país (Jacobs; Boing, 2022).

O aborto contemplado pela lei brasileira é um serviço de saúde que deveria ser de acesso universal, porém a demanda tempo e dinheiro no deslocamento para acessar pode dificultar ou impedir sua efetivação (Jacobs; Boing, 2021). O baixo número de serviços de aborto legal no Brasil contribui para a baixa disponibilidade e aumenta as barreiras relacionadas à localização geográfica. A maioria dos serviços está localizada nos principais centros urbanos.

O acesso ao aborto é atravessado por múltiplas barreiras que impedem sua efetivação de maneira segura para quem precisa abortar. Por isso, depois de incansáveis lutas e estudos protagonizados pelos movimentos sociais pró-aborto e passada uma década após a decisão de que não configura crime a interrupção de gestações de fetos anencéfalos, o STF analisa a ADPF 442, apresentada em 2017 pelo Anis – Instituto de Bioética e Partido Socialismo e Liberdade (PSOL), que propõe a descriminalização do aborto até a 12ª semana de gestação. Desde então, cresceram as expectativas do movimento feminista para que a ADPF seja pautada, sendo que o STF recebeu 83 solicitações de organizações da sociedade civil, partidos políticos e outros interessados em ingressar na ação como amicus curiae (amigos da Corte, em tradução livre) (Carvalho, 2023).

O que a ADPF 442 explicita e apresenta é que, ao cercear o direito de acesso ao aborto seguro, o Brasil está violando preceitos fundamentais. Limitar o destino de algumas pessoas à gravidez compulsória, morte ou prisão e, (in)consequentemente, quebrar tratados internacionais de direitos humanos do qual o país é signatário, significa incorrer em descumprimento de direitos humanos e preceitos fundamentais.

Os estudos transviades[7] brasileiros já vêm mostrando, a partir de diversas análises críticas, como determinados usos do movimento social feminista apagam, marginalizam e violentam as experiências de pessoas trans, particularmente no que diz respeito a direitos sexuais e (não) reprodutivos (Barone; Rodriguez, 2024). A partir de alguns mecanismos de essencialização e universalização dos corpos, a armadilha é certa: ocorre a biologização ou genitalização de corpos trans, decorrentes de concepções cissexistas articuladas à patologização e estigmatização das identidades trans e não-binárias. Nesse sentido, é interessante destacarmos a predominância de feminismos cisgênero em detrimento das tentativas transfeministas de pautar as necessidades de saúde da população trans. Podemos caracterizar esse feminismos cisgêneros como cisfeminismos (Pfeil; Pfeil, 2023), que não pautam nem respeitam as especificidades da saúde trans, especialmente em questões relativas à saúde sexual e reprodutiva.

Como foco na saúde sexual e (não) reprodutiva de pessoas trans, o IBRAT no ano de 2023, em parceria com a Revista Estudos Transviades, publicou no dossiê intitulado “Gravidez, Aborto e Parentalidades nas Transmasculinidades”, um estudo que apontou que, dentre as pessoas pessoas transmasculinas incluídas no estudo (900), 32 já haviam gestado, 10 (31,25%) já abortaram e duas (6,25%) relataram ter sofrido violências em relação ao aborto. Das 10 pessoas que abortaram, nenhuma recebeu acompanhamento profissional pós-aborto (PFEIL et al., 2023).

Se formos olhar para a América Latina, os dados disponíveis são produzidos pelos movimentos sociais de homens trans, pessoas transmasculinas e/ou não-binárias e/ou intersexo com vulva-vagina-útero e relatam as mesmas invisibilidades e violências mencionadas aqui.

7 O campo dos estudos transviades é aquele em permanente (des)composição de mecanismos epistêmicos, teóricos e referenciais nas formas que interpretamos o que acontece no campo social. Esse campo epistêmico permite problematizar como a produção de conhecimento pode vir a operar para incluir e/ou excluir determinados sujeitos. Os estudos transviades provocam e desafiam os recursos interpretativos da ciência hegemônica, colocando novas propostas que abrem o repertório de recursos hermenêuticos com instrumentos mais precisos. É assim que, de acordo com as propostas e provocações desenvolvidas pelos campos epistêmicos citados, a dimensão “transviade” vai se construindo através do território que tem duas entradas: a entrada “trans” que contempla a trans-formação, o transitar gêneros e sexualidades (mas não só); e a entrada “viades” que contempla o transviar ou se afastar do caminho considerado certo. Aliás, utilizar “viades” vem a operar como uma provocação que reivindica uma tentativa de ofensa para uma afirmatividade que possibilita o devir da contranarrativa ou do contradiscurso (Barone; Rodriguez, 2024).

“As práticas transodiantes e o binarismo estrutural e institucional se traduz numa sistematização de dados sobre saúde sexual e (não) reprodutiva que não considera outras corpas ou identidades possíveis para além de mulher cis e presumidamente heterossexual. Isto faz com que, por exemplo, se tenha pouco ou nada de dados relacionados ao aborto de homens trans, pessoas transmasculinas e/ou não binárias” (Mujica Rodriguez, 2023, sem paginação).

Como consequência disso, homens trans, pessoas transmasculinas e/ou não binárias e/ou intersexo se tornam sujeitos não possíveis dentro das narrativas e imaginários de pessoas que abortam e/ou que são usuárias dos serviços de aborto legal.

[1]

Hospitais públicos ou conveniados ao SUS que tenham serviços de ginecologia e obstetrícia deveriam estar adequadamente equipados e contar com uma equipe treinada para realizar aborto legal. Porém, mesmo nas situações previstas em lei, ou seja, conforme artigo 128 do Código Penal e ADPF 54, a possibilidade da interrupção da gestação ainda não pode ser classificada como um direito plenamente garantido.

Uma pesquisa nacional publicada no ano de 2016 observou que apenas 37 dos 68 estabelecimentos cadastrados no Ministério da Saúde de fato ofertavam o serviço de aborto previsto em lei (Madeiro; Diniz, 2016). Em 2019, dos 101 serviços de referência para interrupção de gravidez em casos previstos em lei no país, 39 (38,6%) não realizaram qualquer procedimento naquele ano (Jacobs; Boing, 2021). Outro mapeamento do mesmo ano encontrou que ao menos 13 serviços de referência para interrupção de gravidez em casos previstos em lei declararam não realizar o procedimento (Jacobs; Boing, 2021). Durante a pandemia, houve redução no número de hospitais que confirmam ofertar o serviço. Segundo um levantamento realizado no ano de 2020 em parceria com as Revistas AzMina e Gênero e Número, dos 76 hospitais que, em 2019, declararam realizar aborto legal em consulta telefônica, apenas 42 afirmaram seguir realizando o procedimento em meio à pandemia – uma redução de 45%. Vinte hospitais disseram não estar realizando o abortamento e, desses, apenas cinco indicaram um serviço alternativo à pessoa usuária.

Em julho de 2024 o Amapá ainda não possuía qualquer serviço de referência para interrupção de gravidez em casos previstos em lei (Ministério da Saúde, 2024), desse modo, a pessoa usuária do SUS teria que se deslocar para o Pará para ser atendida. Ademais, nos estados onde há atendimento, esse se concentra majoritariamente nas capitais (Jacobs e Boing, 2021).

Segundo o Instituto de Bioética Anis (2020), cada hospital atenderia, em média, a demanda de 179 cidades do país. São Paulo é o estado com maior número de hospitais que oferecem o serviço: oito, sendo seis na capital paulista. Já a região Norte conta com apenas duas unidades de saúde onde há serviço de aborto legal, em Manaus (AM) e Palmas (TO).

Diante desse cenário, dos 17 hospitais que suspenderam ou não realizam mais o serviço, apenas cinco informaram em qual outro hospital seria possível conseguir o procedimento.

Além desse panorama, temos a questão da idade gestacional: segundo uma reportagem do Portal Catarinas (2023) no Brasil, de 114 serviços de referência para realização do aborto legal, apenas quatro, ou 3,5% do total, realizam a interrupção de gestações acima de 20 semanas em casos de violência sexual: dois no Nordeste e dois no Sudeste. Entre eles, estão o Hospital de Clínicas de Uberlândia, no interior de Minas Gerais, e o Centro Universitário Integrado de Saúde Amaury de Medeiros (Cisam), no Recife, capital de Pernambuco (BRASIL, 2024). No momento da realização deste documento, são 160 Serviços especializados em atenção às pessoas em situação de violência sexual, na classificação de atenção a interrupção de gravidez nos casos previstos em lei (CNES, 2024).

Quais são as pessoas mais afetadas pelas barreiras existentes?

As barreiras aos serviços de aborto não são vivenciadas da mesma forma por todas as pessoas. Elas afetam desproporcionalmente as pessoas marginalizadas, especialmente as de baixa renda, crianças e adolescentes, as pessoas negras, indígenas, não-brancas, as imigrantes, neurodivergentes, as refugiadas, cuja situação precária de imigração impede ou atrasa o acesso à saúde pública, e as pessoas que não falam Português. Pesquisas demonstraram especificamente uma ligação entre altos níveis de pobreza e baixo acesso à saúde sexual e (não) reprodutiva (Naciones Unidas, 2016).

Além dos aspectos ideológicos, religiosos, econômicos e das áreas geográficas que dificultam o acesso ao aborto, o acesso a tal direito também é limitado pela falta de inclusão nos serviços oferecidos. A discriminação ou a falta de práticas inclusivas explícitas na prestação de serviços pode fazer com que as pessoas adiem ou evitem os serviços de saúde necessários, muitas vezes a ponto de colocar sua saúde geral em risco. Quando se trata de atender às necessidades de saúde sexual e (não) reprodutiva, o cenário é ameaçador para jovens, pessoas em situação de cárcere, pessoas em situação de rua, pessoas trans e/ou não-binárias, pessoas negras, indígenas, não-brancas, pessoas com deficiência e pessoas gordas.

Garantir o acesso equitativo a toda a gama de serviços de saúde reprodutiva, incluindo o aborto, significa estar atente e trabalhar ativamente para eliminar as complexas barreiras enfrentadas pelas diversas populações.

B. SERVIÇOS DE ABORTO PARA PESSOAS TRANS

Pensar nos serviços de aborto para pessoas trans consiste em discutir os serviços atuais e os que venham a ser implantados desde uma perspectiva transinclusiva, desde uma ética transaborteira[8]. Este é um território de uma ética desviante, poroso, não assimilacionista nem homogeneizadora, uma ética de cuidado a partir da pluralidade e em prol dela.

Na Argentina, a nova lei nacional de Interrupção Voluntária da Gravidez (IVE), menciona “mulheres e pessoas com outras identidades de gênero com capacidade de gestar” como beneficiárias da lei, ao invés de de se referirem apenas a “mulheres” (Radi; Elichiry, 2021).

Na Colômbia, Profamilia e a Alianza Trans Abortera de Colombia (ATAC) realizaram uma primeira abordagem do aborto em homens trans e pessoas não binárias com capacidade de gestar. Dos seus esforços surgiu o relatório “Acesso ao aborto seguro para homens trans e pessoas não binárias: um estudo exploratório na Colômbia”. O estudo, publicado em 2021, dá uma visão geral dos esforços que devem ser feitos na Colômbia para investigar e tornar visíveis as diversidades identitárias e garantir o direito ao aborto a todas as pessoas com capacidade para engravidar. O relatório também destaca a falta de conhecimento e sensibilidade para questões de gênero e sexualidades entre pessoas profissionais de saúde e explica que algumas pessoas profissionais não concebem em sua imaginação que um homem trans ou uma pessoa não binária tenha necessidades específicas na sua gravidez e/ou no seu aborto (ATAC; Profamilia, 2021).

No Brasil, recentemente, estão sendo usados os termos de “pessoas com útero”, “pessoas que gestam”, “pessoas que menstruam”, “pessoas que abortam” e afins, com o intuito de incluir outras corpas/identidades possíveis para além de mulheres cis. No entanto, na maioria dos casos isso fica só na nomeação inicial do discurso, sem especificar a quem estão se referindo quando usadas essas categorias e sem trazer essas complexidades de formas mais profundas e práticas. Mesmo assim, esse movimento de linguagem tem trazido diferentes debates, assim como resistências ao transódio.

8 Termo-território em construção pelas autorias deste documento. (Mujica Rodriguez, Ale; Barone, Antonella).

Ainda estamos, no Brasil, na luta para conseguir que a realidade do caráter gestante das pessoas trans e não-binárias se torne visível. Alguns movimentos pela descriminalização do aborto no Brasil e na América Latina vêm sendo ocupados por pessoas trans e aliades que estão criando essas brechas de discussão para além da cisgeneridade. As pessoas trans podem se beneficiar de diversos serviços relacionados à saúde sexual e (não) reprodutiva oferecidos pelos estabelecimentos de saúde, especialmente no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), além dos abortos cirúrgicos e medicamentosos, incluindo aconselhamento sobre planejamento reprodutivo, prevenção a infecções sexualmente transmissíveis, cuidados pós-aborto, para citar alguns. Os serviços de saúde também podem fornecer informações sobre espaços específicos para o atendimento e/ou acolhimento de pessoas trans da região, serviços de atendimento em situações de violências, entre outros.

> “Mesmo que tenham surgido esses serviços específicos para as necessidades em saúde, previstas na portaria do processo transexualizador, as travestis, pessoas trans e/ou não-bináries acessam outros serviços de saúde, entre as diferentes redes de atendimento existentes dentro e fora do Sistema Único de Saúde (SUS). Não se pode pensar o processo transexualizador, ou outros serviços que têm vinculado às pessoas trans, como por exemplo os serviços ambulatoriais em HIV/AIDS, como únicas portas de entrada, entendendo-se a saúde como uma categoria ampla de caráter individual, social e contextual e não segmentária e biologizante” (Mujica Rodriguez, 2019).

Os homens trans, as pessoas transmasculinas, as pessoas não-binárias, as pessoas intersexo que têm colo do útero, (inclusive em alguns casos de pessoas trans que fizeram cirurgia de neovagina)[9], também precisam de exames pélvicos e ginecológicos, incluindo exames de câncer do colo do útero. É importante lembrar que, embora certas cirurgias estejam disponíveis no Brasil, algumas pessoas trans também viajam para o exterior para fazer a cirurgia, por conta da espera nas longas filas. As pessoas profissionais de saúde precisam estar preparadas para atender pessoas que passaram por uma variedade de cirurgias, inclusive aquelas que não estão disponíveis no Brasil. A equipe dos serviços de aborto pode estar em posição de lembrar às pessoas usuárias da importância desses exames, (re)conectá-las aos serviços de saúde e fornecer-lhes recursos.

Para além do cuidado especializado em serviços de referência para aborto legal, a APS tem papel protagonista no atendimento às questões relacionadas a interrupção da gestação e deve ser capaz de prover cuidado qualificado no que tange às pessoas trans.

O Grupo de Trabalho de Mulheres na Medicina de Família e Comunidade (MFC) da Sociedade Brasileira de MFC (SBMFC) juntamente com o Anis – Instituto de Bioética elaboraram uma cartilha sobre cuidados relacionados à gravidez indesejada na APS, no ano de 2021.

O material tem o intuito de dirimir dúvidas frequentes entre profissionais da APS quanto a gestações indesejadas, além de apresentar informações importantes e organizar estratégias de abordagem, com enfoque em redução de danos relacionados ao aborto inseguro.

Nessa cartilha, são expostos os motivos pelos quais a política de redução de danos (Anis, 2021) é essencial nas situações de gravidez indesejada para preservar a vida das pessoas que gestam e abortam. Existem barreiras específicas aos serviços de aborto legal que as pessoas trans enfrentam. A principal barreira continua sendo a relutância das pessoas gestoras e/ou da equipe em estruturar seus serviços de forma inclusiva para as pessoas trans. Este é, obviamente, o caso de serviços de saúde estruturados para o atendimento somente de mulheres [cis] e que não se organizam para cuidados em saúde às pessoas que não se identificam como mulheres [cis].

9 Pessoas transfemininas, mulheres trans e travestis, quando o procedimento cirúrgico de neovagina utiliza estruturas penianas para modelagem, é possível que ainda ocorra o contágio pelo vírus do HPV e uma possível displasia (risco de câncer). Recomenda-se acompanhamento pela equipe médica e a necessidade de programas de rastreio (Grosse *et al*., 2017).

Ter uma equipe que reflita a diversidade das pessoas usuárias é importante, pois isso comunica de modo explícito seu compromisso com serviços trans-inclusivos para potenciais pessoas usuárias e para a comunidade em geral. Dessa forma, deve ser considerada a contratação de pessoas trans na composição das equipes. Se os homens trans, pessoas transmasculinas e/ou não binárias e/ou intersexo podem ser pessoas usuárias, os serviços de aborto também devem considerar essas pessoas como pessoas funcionárias em potencial. Ter membros na equipe que reflitam a diversidade das pessoas usuárias é importante, pois isso comunica claramente seu compromisso com serviços trans-inclusivos para pessoas usuárias potenciais e para a comunidade em geral.

OPERACIONALIZANDO A INCLUSÃO DE PESSOAS TRANS NOS SERVIÇOS DE ABORTO

A. CENÁRIOS E RECOMENDAÇÕES PARA SUPERAR OS OBSTÁCULOS À ATENÇÃO AO ABORTO TRANS-INCLUSIVO

Esta seção conta a história de pessoas trans que acessam serviços de aborto. Em março de 2012, a Rainbow Health Ontario publicou um informativo sobre opções reprodutivas para pessoas trans, incluindo uma breve declaração sobre o acesso de pessoas trans ao aborto. Seu conteúdo lembra as pessoas provedoras dos serviços de aborto que elas precisam estar preparadas para oferecer apoio para qualquer pessoa usuária que queira interromper uma gravidez.

Nesta seção, são consideradas questões de acesso que incluem e vão além do uso de nomes, pronomes e terminologia específica, explorando a experiência completa de acesso aos serviços de aborto, desde a busca de informações sobre os serviços de aborto disponíveis até os serviços pós-aborto que a pessoa possa precisar. Embora esses cenários sejam hipotéticos, eles refletem a pesquisa sobre as experiências das pessoas trans no acesso à assistência médica.

Consideramos importante destacar que as narrativas trazidas a continuação, são uma tradução ao Português dos relatos das vivências de pessoas que habitam territórios geográficos e socio-economicos muito diferentes dos contextos brasileiros. Decidimos não fazer uma adaptação cultural destes relatos e deixar os casos que aparecem na versão canadense como uma forma de imaginar que ainda é possível outros futuros para o Brasil, onde os problemas e dificuldades nos serviços de aborto sejam outros e as barreiras existentes no acesso de homens trans, pessoas transmasculinas, pessoas não-binárias, pessoas intersexo com vulva-vagina-útero se vejam reduzidas.

Acreditamos que mesmo com seus limites culturais, estes casos irão trazer pistas para todas as pessoas que trabalham e/ou circulam de alguma forma pelos serviços/espaços que cuidam, acolhem, trabalhem com o aborto.

A luta de Miguel para encontrar um aborto transinclusivo

Cenário:

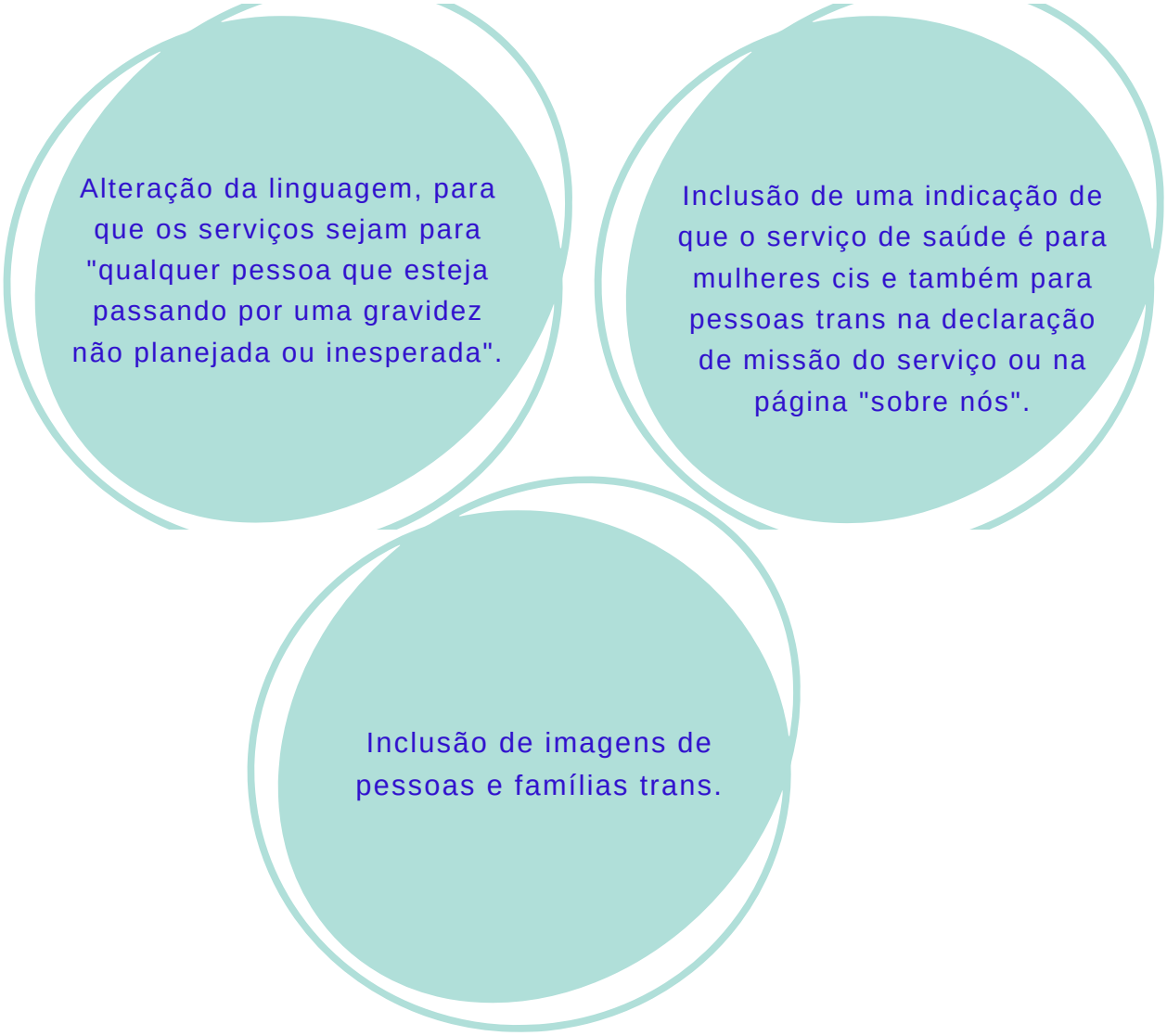
Miguel faz um teste de gravidez em casa após o atraso de sua menstruação e descobre que está inesperadamente grávido. Ele recorre à internet para encontrar informações sobre serviços de aborto. O site de todas as clínicas pressupõe que o usuário é uma mulher, e alguns espaços são exclusivos para mulheres [cis].
Como Miguel não se identifica como mulher, ele opta por não ir às clínicas exclusivas e escolhe outra para marcar uma consulta. A pessoa que atende ao telefone é amável, mas quase imediatamente diz que precisa falar com a usuária e que ela poderia vir ao telefone. Miguel tenta explicar que é um homem trans e que precisa fazer o aborto. A pessoa do outro lado parece não entender. Ele precisa explicar que foi designado como do sexo dito feminino ao nascer, que o sistema de saúde o registrou com outro nome, no feminino, mas que seu nome é Miguel e ele se identifica como homem, que está grávido e gostaria de marcar uma consulta. Por fim, ele consegue marcar uma consulta.

Obstáculos:

Miguel não se vê refletido no imaginário e na redação dos diferentes sites das clínicas e decide por uma consulta médica em que ele presume que será melhor acolhido e compreendido.
Ele também quer respeitar as mulheres cisgênero que preferem um espaço reservado para pessoas que se identificam como mulheres. A pessoa que atende ao telefone é solicitada por uma voz socialmente considerada masculina a perguntar pela "própria usuária", e Miguel precisa explicar e justificar sua necessidade de uma consulta revelando informações sobre os seus genitais, identidade de gênero e discrepâncias entre sua identidade e as informações em seus documentos.
Tal informação pode não ser algo que ele se sinta confortável em revelar para alguém pelo telefone ou para alguém que não seja profissional da saúde. Ele não confia na competência cultural específica para pessoas trans da clínica, mas precisa de sua competência médica específica e, portanto, manterá a consulta.

Recomendações:

- Os sites, panfletos e outros documentos de serviços de saúde devem reconhecer que as pessoas trans precisam dos serviços de aborto. Isso pode ser feito por meio de:



- Em vez de pedir para falar com "a própria usuária", uma voz socialmente considerada masculina poderia ser um estímulo para perguntar "estou falando com a pessoa para quem a consulta é?". Dessa forma, Miguel poderia dizer sim e se sentir encorajado por não ter sido imediatamente considerado o parceiro, pai ou amigo. Dessa forma, Miguel teria alguma confiança de que a clínica está ciente de que alguns homens também precisam de abortos e que nem sempre é possível saber a atribuição de sexo ou a identidade de gênero de alguém pela voz.

- A equipe deve ser treinada sobre como responder a uma pessoa usuária trans que revela que é trans pelo telefone. Depois que Miguel se identificou como usuário em potencial, o procedimento de reserva deveria ter sido seguido normalmente. Como Miguel revelou sua identidade trans, poderia ser perguntado educadamente quais pronomes usar e anotar isso em seu prontuário.

A experiência de Bel com o erro de gênero

Cenário:

Bel é uma pessoa de gênero não-binário e chega para a consulta com seu parceiro, Ivan. Se sentam em um canto da sala de espera e preenchem a papelada. Bel escreve seu nome e ao lado escreve: “pronome elu/delu”, destacando-o com um círculo. Na espera, notam as mini-bandeiras de arco-íris que decoram as paredes e têm esperança de que a experiência seja boa. Os documentos de consentimento falam sobre vaginas e listam os riscos que afetam uma determinada porcentagem de mulheres. Quando Bel é chamade para o atendimento o médico diz: "você terá de esperar aqui por enquanto, mas eu a chamarei de volta em cerca de 20 minutos".

Bel espera até que estejam na sala de aconselhamento para apontar no prontuário a parte de "pronomes elu/delu", e o médico rapidamente se desculpa, circulando-a novamente. Quando pergunta sobre cuidados contraceptivos, Bel explica que elus usam preservativos, mas nem sempre. O médico fornece uma rápida visão geral dos possíveis métodos alternativos, referindo-se constantemente à vagina e ao pênis. Bel indica que elus são jovens demais para serem pais, ao que o médico responde "a maternidade é um trabalho árduo". Bel retorna à sala de espera e compartilha a experiência com Ivan.

Obstáculos:

Bel escreveu seus pronomes no formulário de atendimento e fez questão de ressaltá-los. Mesmo assim, o médico não leva em conta essa informação e erra o gênero de Bel na sala de espera pública. Mesmo que o médico circule os pronomes novamente, Bel não está confiante de que a próxima pessoa com quem elus falarão os respeitará.

Os documentos de consentimento e o aconselhamento sobre contracepção não usavam a linguagem para partes do corpo que Bel e Ivan usam. Embora Bel possa provavelmente decifrar as informações sobre como usar os diferentes métodos de controle de natalidade, é mais provável que elus descartem as indicações, presumindo que os riscos descritos se aplicam apenas a pessoas cisgênero. O uso de "maternidade" em vez de "parentalidade" também representa um exemplo de erro de gênero.

Recomendações:

- Incluir um espaço para pronomes nos documentos de admissão médica e, se deixados em branco, solicitar à pessoa usuária que diga seus pronomes, pedindo à equipe que use a si mesma como exemplo ("Olá, sou Alex, sou o enfermeiro aqui. Eu uso os pronomes ele/dele. Que pronomes você usa?");

- Faça com que as pessoas trabalhadoras pratiquem falar com uma variedade de pronomes ou sem usar nenhuma linguagem com marcadores de gênero;

- Imagens como arco-íris e símbolos de campanhas que incluem a diversidade de orientação sexual e identidade de gênero nos espaços de sala de espera, atendimento e afins são positivos e indicam às pessoas trans e/ou não binárias que elas são bem-vindas. Não use essas imagens a menos que a equipe esteja preparada para oferecer serviços inclusivos para todas as pessoas trans e/ou não binárias;

- Embora os documentos de consentimento não possam ser alterados por motivos médico-legais, é possível anexar uma pequena nota aos formulários que diga: "Reconhecemos que você pode usar uma linguagem diferente para se referir ao seu corpo, às partes do seu corpo e ao corpo e às partes do corpo da(s) pessoa(s) parceira(s). Por favor, informe-nos quais palavras você usa para se referir ao seu corpo". Dessa forma, Bel e Ivan poderiam ter escrito as palavras que utilizam para se referir aos seus órgãos genitais, e o médico poderia ter adequado seu vocabulário para falar sobre os vários métodos contraceptivos possíveis

- Certifique-se de que os documentos de treinamento, protocolos e as políticas internas da equipe evitem o uso da linguagem generificada. Eles definem o tom para as novas pessoas funcionárias;

- Esteja alerta às formas como a gravidez, o aborto e a parentalidade são influenciadas pelo gênero. Substitua as declarações sobre mães/maternidade/pais/paternidade por referências a diferentes exercícios da parentalidade.

Isolamento de Tom em relação a outras pessoas

Cenário:

Tom vestiu o avental hospitalar e foi orientado a aguardar na sala de espera com outras pessoas, precisava fazer seu exame de ultrassom. Imediatamente, percebeu que uma das pessoas na sala estava lhe olhando e se mexendo desconfortavelmente na cadeira. Uma outra pessoa levantou e saiu da sala. Momentos depois, uma enfermeira chega e convida Tom para sentar-se sozinho em uma sala de aconselhamento, em vez da sala de espera, com o motivo aparente de “garantir sua privacidade”. Tom tem a sensação de que sua apresentação masculina deixou desconfortável uma outra pessoa usuária, o que fez com que se sentisse segregado. Após o procedimento, é levado para a sala de recuperação compartilhada, onde seis cadeiras são colocadas lado a lado, com cortinas de privacidade entre elas. A pessoa usuária que fez a reclamação está na cadeira mais distante dele. Embora as cortinas de privacidade de nenhuma das outras pessoas usuárias estejam fechadas, a enfermeira verifica como ele está e, em seguida, fecha bem as cortinas ao redor de sua cadeira.

Obstáculos:

Tom é isolado das outras pessoas usuárias sob o pretexto de proteger sua privacidade e confidencialidade. Não lhe foi perguntado se isso é algo que ele precisava, nem se essa opção de uma experiência privada era oferecida a qualquer outra pessoa usuária, incluindo a pessoa reclamante. Tom sente que a clínica priorizou aplacar a transfobia da reclamante, em vez de priorizar e garantir que ele tivesse uma consulta segura e sem julgamentos.

Recomendações:

Treine a equipe para estar preparada para reclamações ou questões levantadas por outras pessoas usuárias sobre uma pessoa trans no espaço. Isso pode incluir declarações como "esta clínica oferece serviços para qualquer pessoa que precise deles. Essa pessoa também é usuária, como você".

Se houver sérias preocupações com a segurança ou a privacidade de uma pessoa trans, a equipe pode ser treinada para perguntar à pessoa trans se ela gostaria de esperar em um espaço privado e manter as cortinas de privacidade sempre fechadas na sala de recuperação compartilhada. Também esteja preparade para uma resposta negativa.

Transfobia no pronto-socorro de Alex

Cenário:

Alex tem 15 anos e se assumiu como trans há três. Sua menstruação parou semanas atrás, mas ele não pensou nisso. Não percebeu que estava grávido até quando desmaiou na escola e foi levado ao hospital. No pronto-socorro, ele descobriu que estava com 22 semanas de gravidez. A enfermeira ficou chocada e disse: "Você notou que sua menstruação sumiu? Seu namorado não usava camisinha? Você é uma garota tão bonita, mesmo se vestindo como um menino". Alex precisa fazer um aborto, não sabe como obter acesso e não se sentiu à vontade para perguntar à enfermeira. Quando volta para casa, faz uma pesquisa online sobre aborto seguro e não encontra nada.

Obstáculos:

Alex é como muitos outros jovens trans que não recebem educação sexual para reconhecer sobre seus próprios eventos (não) reprodutivos. Ele interpretou a ausência de menstruação como uma coisa boa - porque é um menino que não quer menstruar. Ele se sente julgado pela enfermeira por não reconhecer que estava grávido e por ter tido sua identidade de gênero descartada. A percepção da enfermeira sobre a gravidez e o aborto é que essas são experiências exclusivas de mulheres cisgênero, e ela supõe que Alex seja uma mulher masculina. Também supôs que o parceiro de Alex fosse um rapaz. Alex fica com a sensação de que levar a gravidez adiante é sua única opção e que a culpa é dele - se ele fosse uma mulher, teria sabido.

Recomendações:

- Campanhas de saúde sexual e (não) reprodutiva que também se dirijam a jovens trans. Jovens trans estão em desvantagem no que diz respeito à saúde sexual e (não) reprodutiva;

- Considerando a falta de oportunidades e materiais educacionais adequados para jovens trans (sendo estes produzidos na maioria sob uma perspectiva cisheteronormativa), as pessoas da equipe de saúde dos serviços de atenção primária podem e devem garantir o acesso às informações sobre saúde sexual e (não) reprodutiva. Podem ser desenvolvidas campanhas que reflitam as experiências de jovens trans para abordar essa lacuna. Se Alex tivesse recebido educação sexual e (não) reprodutiva específica para pessoas trans - ou transespecífica -, ele teria obtido as informações e o apoio necessários para evitar a gravidez ou detectá-la mais cedo;

- Profissionais de saúde que trabalham em clínicas/hospitais com serviços de aborto legal e em outros locais precisam reconhecer a diversidade das experiências trans. Precisam saber que a gravidez (aborto, lactação, menstruação, produção de sêmen, menopausa etc.) não é exclusiva de homens e mulheres cisgênero. As pessoas trans podem estar grávidas, amamentar, produzir esperma, menstruar e coisas do tipo sem que essa experiência prejudique ou invalide a sua identidade de gênero.

Maxime - que usa pronome elu- evita o hospital. Acaba em uma ambulância

Cenário:

Maxime está em casa e já faz dois dias desde que tomou misoprostol. Como não queria sofrer uma malgenerização (misgendering em inglês), decidiu evitar um hospital e comprou o medicamento pela internet. De repente, elu começou a sangrar muito e a dor foi tão intensa que decidiu chamar uma ambulância. Quase que imediatamente os paramédicos começam a falar sobre e para Maxime como se elu não estivesse lá - "Parece que ela está tendo um sangramento vaginal, a pressão é 80/50. Você está tonta, Maxime? Você abortou? O que foi que você fez? Central, aqui é Marcos, temos uma mamãe de 35 anos aqui, possíveis complicações de um aborto, estamos a caminho em dois minutos. Ok, Maxime, vamos levá-la para o Hospital da Mulher. Esse hospital está a alguns minutos de distância, mas é o melhor lugar para você".

Obstáculos:

Como outras pessoas trans, Maxime evitava profissionais de saúde por medo de ter uma experiência negativa. Maxime estava tendo uma quantidade normal de sangramento para um aborto medicamentoso. Entretanto, elu não estava em contato com uma pessoa profissional da saúde dos serviços de aborto que poderia ter-lhe informado sobre o que esperar e quais sintomas monitorar. Uma pessoa profissional da saúde dos serviços de aborto também poderia ter fornecido a Maxime um número de telefone para ligar em caso de complicações. Maxime entrou em pânico com o sangramento inesperado e chamou uma ambulância. Em seguida, foi constantemente maltratade pela equipe da ambulância e levade a um hospital para mulheres [cis], apesar de ser mais longe, aumentando a probabilidade de ter outras experiências negativas. Sem saber o quão grave era o sangramento, Maxime não entendia por que um hospital para mulheres [cis] mais distante era a melhor opção.

Recomendações:

- Que o sistema de saúde desenvolva mais informações transespecíficas e mais serviços transinclusivos, incluindo serviços fornecedores de aborto. Os recursos informativos permitem às pessoas tomar decisões informadas a respeito de sua saúde. Informações a respeito de como os serviços de aborto podem garantir que as pessoas trans tenham acesso à atenção que realmente precisam de maneira oportuna;

- Mais informações específicas para pessoas trans e serviços de saúde mais inclusivos para pessoas trans, inclusive serviços de saúde (não) reprodutiva, como serviços de aborto, poderiam ter garantido que Maxime acessase ao atendimento que realmente precisava em tempo hábil. As pessoas trans frequentemente evitam ou adiam o acesso aos serviços de saúde por medo da transfobia e, nesse caso, Maxime procurou atendimento de emergência porque não sabia que estava apresentando sintomas normais de pós-aborto com medicamentos. É necessário que constem informações inclusivas para pessoas trans nos sites que oferecem serviços de aborto;

- Instituições ou serviços exclusivos para mulheres cis são conflitantes para pessoas trans. Esses espaços frequentemente oferecem serviços para pessoas que foram designadas pelo poder biomédico-jurídico como mulheres ao nascer, mas são enquadrados como sendo exclusivamente para pessoas que se identificam como mulheres (o que, em última análise, pode incluir algumas pessoas que foram designadas como homens ao nascer). São necessárias políticas e práticas transinclusivas que considerem tanto as identidades quanto os corpos. Isso pode exigir repensar as políticas ou declarações de missão estruturadas e focadas exclusivamente no atendimento de mulheres cis.

B. AVALIAÇÃO DA INCLUSÃO TRANS

Depois de ler este manual, a escala a seguir pode lhe ajudar a iniciar uma avaliação sobre o nível de inclusão trans no seu serviço. Alguns itens se referem a portas de entrada institucionais para a inclusão trans, enquanto outros são instrucionais, interpessoais, pessoais ou podem informar da imagem (branding) do hospital ou da clínica. Recomenda-se que várias pessoas em sua equipe concluam a avaliação para determinar se as respostas são consistentes e demonstram uma compreensão compartilhada e uma cultura transinclusiva. As respostas inconsistentes podem significar que são necessárias mais estruturas para garantir que as pessoas da equipe recebam apoio para implementar políticas transinclusivas; elas também podem ajudar a identificar lacunas no conhecimento, falta de conscientização sobre as políticas e diretrizes internas transinclusivas[1], necessidade de formação ou apoios específicos e barreiras que as pessoas usuárias podem enfrentar ao acessar os serviços da instituição/organização.

1= Discordo totalmente

2= Discordo

3= Concordo

4=Concordo totalmente

NS= Não sei

NA= Não se aplica

Área de foco	1	2	3	4	NS	NA
A área de administração/diretoria executiva do estabelecimento de saúde tem políticas, diretrizes, regulamentos administrativos ou outras disposições explícitas/nítidas para trabalhar com pessoas funcionárias de gênero diverso, trans e em transição. (Institucional)						
A administração/diretoria executiva do estabelecimento de saúde tem políticas, diretrizes, procedimentos clínicos ou outras orientações específicas para trabalhar com pessoas usuárias de gênero diverso, trans e em transição. (Institucional)						
O estabelecimento de saúde tem uma política de contratação que incentiva as pessoas trans a se candidatarem às vagas. (Institucional)						
O estabelecimento de saúde tem os formulários e, se relevante, os canais necessários para permitir que as pessoas usuárias notifiquem a equipe sobre seus pronomes e se usam um nome diferente de seu nome de registro. (Institucional)						
O estabelecimento de saúde tem políticas afirmativas/cotas para contratação de pessoas trans.						
O estabelecimento de saúde tem banheiros designados como neutros em termos de gênero. (Institucional)						
O estabelecimento de saúde tem uma política que garante as preocupações com a privacidade/confidencialidade das pessoas usuárias trans. (Institucional)						
O estabelecimento de saúde tem diretrizes e suporte para garantir que a equipe seja capaz de lidar com pessoas usuárias que tenham preocupações com a presença de uma pessoa usuária trans no espaço, inclusive no vestiário, banheiros, sala de espera e sala de recuperação.(Institucional)						
O estabelecimento de saúde tem cartazes e outras imagens que apresentam uma diversidade de gêneros e que comunicam que o espaço é transinclusivo. (Institucional)						
O estabelecimento de saúde forma e fornece à equipe roteiros para garantir que o agendamento de consultas e outras tarefas administrativas sejam transinclusivas, usem linguagem neutra em termos de gênero e não se baseiem estritamente em pessoas usuárias cisgênero. (Institucional)						

Área de foco	1	2	3	4	NS	NA
A equipe e as pessoas administradoras do estabelecimento de saúde são devidamente treinadas para oferecer serviços de aborto transinclusivo, incluindo educação sobre saúde sexual transinclusiva. (Instrucional)						
A equipe e as pessoas administradoras do estabelecimento de saúde têm a oportunidade de participar de atividades de desenvolvimento profissional que lhes permitam aumentar sua competência para trabalhar com pessoas usuárias trans. (Instrucional)						
A equipe do estabelecimento de saúde atende às solicitações das pessoas usuárias trans para serem chamadas pelo nome e pronome que desejam usar. (Interpessoal)						
A equipe do estabelecimento de saúde está preparada para perguntar às pessoas usuárias trans qual linguagem elas usam para se referir às suas partes do corpo e está preparada para espelhar essa linguagem em todas as interações, inclusive, quando possível, em anotações oficiais de enfermagem/médico. (Interpessoal)						
A equipe do estabelecimento de saúde está preparada para lidar com a transfobia (ou práticas transodiantes), independentemente dos comentários ou comportamentos serem feitos por outras pessoas da equipe ou usuárias. (Instrucional, Interpessoal)						
O site do estabelecimento de saúde inclui uma declaração de missão, propósito ou valores e/ou lista de objetivos que inclui explicitamente o fornecimento de serviços de aborto para pessoas trans. (Imagem Institucional)						
O nome do estabelecimento de saúde sugere que pessoas usuárias de todos os gêneros são bem-vindas (ou seja, não faz referência explícita a mulheres). (Imagem Institucional)						
O site do estabelecimento de saúde é consistente no uso de linguagem inclusiva de gênero, inclusive em versões traduzidas de qualquer documento disponibilizado pelo site (formulários de consentimento, descrições de consultas etc.). (Imagem Institucional)						
Sinto-me à vontade para discutir a complexidade do gênero no que se refere à saúde sexual e (não) reprodutiva em minha função de [pessoa administradora, enfermeira, médica, conselheira, recepcionista etc.] (Interno)						

Área de foco	1	2	3	4	NS	NA
Eu me sentiria à vontade para intervir se testemunhasse comentários ou comportamentos transfóbicos de outras pessoas da equipe ou de pessoas usuárias. (Interno)						
Em nosso estabelecimento de saúde é seguro para mim ser eu mesma/o/e (Interpessoal, Interno)						
Em nosso estabelecimento de saúde seria seguro para uma pessoa funcionária se assumir como trans - fisicamente, emocionalmente e em sua função profissional (institucional, interpessoal, interna)						
Sinto que fiz meu próprio trabalho interno explorando o gênero e como ele cruza com as questões que encontramos no estabelecimento de saúde, incluindo gravidez, agressão sexual, saúde sexual, ideias sobre estruturas parentais e familiares etc. (Interno)						

Há algum outro aspecto de seu estabelecimento de saúde ou organização relacionado à presença ou ausência de práticas transinclusivas?

_____

_____

_____

_____

Com base nas perguntas incluídas nesta ferramenta de avaliação, quais são as áreas em que as práticas e políticas podem ser alteradas em toda a organização para criar condições mais inclusivas para pessoas usuárias e funcionárias?

_____

_____

_____

_____

Com base nas perguntas incluídas nesta ferramenta de avaliação, que aspecto de seu próprio trabalho poderia ser melhorado ou alterado para contribuir para um espaço transinclusivo para as pessoas usuárias e funcionárias?

_____
_____
_____
_____

Quão consistentes são as respostas a esta ferramenta de avaliação em toda a organização?

_____
_____
_____
_____

Esta ferramenta de avaliação revelou alguma área de preocupação específica ou barreiras imprevistas que precisam ser abordadas e que ainda não haviam sido consideradas?

_____
_____
_____
_____

Quais são alguns dos pontos fortes de sua organização que podem ser aproveitados para oferecer um espaço mais transinclusivo e para garantir que os serviços que oferece sejam trans-inclusivos?

_____
_____
_____
_____

PALAVRAS FINAIS

Agradecemos a dedicação de seu tempo para ler este manual. Esperamos que o tenha considerado informativo e útil. Como pessoas prestadoras de serviços e/ou profissionais da saúde, vocês estão em uma posição excelente para fazer o trabalho de criar serviços de aborto transinclusivos e tornar sua clínica, hospital ou local de trabalho um espaço acolhedor onde as pessoas trans possam receber atendimento digno e competente.

Se tiver interesse em adaptar este guia para uso em outro território, a maior parte do manual pode ser reproduzida sem alterações. Duas seções podem ser alteradas:

- Seção 3 - adicionar informações específicas do território sobre o processo atual de alteração de documentos de identidade e se esse processo exige cirurgias genitais que tornariam a pessoa infértil;

- Seção 8 - adicionar organizações de saúde sexual e reprodutiva específicas do território.

RECURSOS - PARA VOCÊ, PARA AS PESSOAS USUÁRIAS LEREM

- Recursero Trans*
  - Recursero Trans

- Aborto Fora do Armário: Informações seguras sobre aborto
  - Aborto Fora do Armário

- Instituto Brasileiro de Transmasculinidades (IBRAT)
  - Ibrat – Instituto Brasileiro De Transmasculinidades

- Revista Estudos Transviades
  - Edições – Revista Estudos Transviades

- Lista de profissionais de saúde de diversas especialidades organizada pela equipe da Revista Estudos Transviade
  - Lista de profissionais – Revista Estudos Transviades

- Revista Estudos Transviades - Dossiê Especial “Gravidez, Aborto e Parentalidades nas Transmasculinidades” [Revista Brasileira de Estudos da Homocultura & Revista Estudos Transviades].
  - REBEH V.6 N.19 (2023) | Revista Brasileira de Estudos da Homocultura

- Aborto legal para quem?
  - https://catarinas.info/colunas/aborto-legal-para-quem/

- Projeto Mi Salud Transmasculina Importa / Minha Saúde Transmasculina Importa
  - Mi Salud Transmasculina Importa (@mi.salud.transmasculina) • Fotos e vídeos do Instagram

- Organização mundial da saúde - OMS- Diretriz sobre cuidados no aborto: resumo
  - Diretriz sobre cuidados no aborto: resumo

- Manual para o uso da linguagem neutra em língua portuguesa
  - MANUAL PARA O USO DA LINGUAGEM NEUTRA EM LÍNGUA PORTUGUESA

- Comunicação para todes, todas e todos
  - Manual Linguagem Neutra.pdf

- Cartilha Justiça reprodutiva para todes: saúde, gestação e parentalidades dissidentes
  - JUSTIÇA REPRODUTIVA PARA TODES

- Mitología política sobre aborto y hombres trans

www.sxpolitics.org/es/3945-2/3945

- Gestar y abortar para los hombres trans: una revisión de literatura científica

https://revistacontroversia.com/index.php/controversia/article/view/1209/972

- Es un hombre trans y terminó en un hospital, de urgencia, tras un aborto clandestino: “Me desperté con un policía al lado”

www.diariofemenino.com.ar/es-un-hombre-trans-y-termino-en-un-hospital

- Guía de Tratamientos de Modificación Corporal Hormonal para personas trans*

www.ms.gba.gov.ar/sitios/generoydiversidad/files/2020/09/Gu%C3%ADa-TMCH-1-Versi%C3%B3n-2020.pdf

- El reloj político de los derechos sexuales y reproductivos

https://publicaciones.sociales.uba.ar/index.php/socialesendebate/article/view/3342/2739

- ¡Aborto legal para tipos trans!

www.revistaanfibia.com/cronica/aborto-legal-para-tipos-trans

- Justiça reprodutiva para quem? O aborto desde uma perspectiva dos estudos sapatransviades

https://editoramultifoco.com.br/product/justica-reprodutiva-no-brasil/

NOTAS FINAIS

Nossa coletiva Juntes! Saúde sexual e (não) reprodutiva para todes, tem o objetivo de criar e fortalecer estratégias com a potencialidade de produzir uma mudança de atitude em relação ao aborto, sobretudo quando ainda é lido exclusivamente sob a perspectiva da endocisheteronormatividade. Por esse motivo é que a coletiva se dispôs a traduzir e adaptar este Manual Transinclusivo, pelo compromisso com a ampliação, pluralização e descolonização de nossos imaginários sobre o aborto e para que as políticas públicas pelas quais lutamos deixem de ser excludentes em relação ao aborto legal, à interrupção voluntária da gravidez, à menstruação, à gestação, ao parto e às possibilidades de aborto para pessoas trans e não-binárias.

Continuamos!

CITAÇÕES, REFERÊNCIAS E INSPIRAÇÕES BIBLIOGRÁFICAS[10]

ALIANZA TRANS ABORTERA DE COLOMBIA; ASOCIACIÓN PROFAMILIA. Acceso al aborto seguro para hombres trans y personas no binarias: un estudio exploratorio en Colombia. Editora Asociación Profamilia: Bogotá D.C, 2021.

ANGONESE, Mônica; LAGO, Mara Coelho de Souza. Família e experiências de parentalidades trans. Revista de Ciências Humanas, [s. l.], v. 52, p. 1–18, 2018. Disponível em: https://periodicos.ufsc.br/index.php/revistacfh/article/view/2178-4582.2018.e57007. Acesso em: 9 jun. 2022.

ANIS – Instituto de Bioética. Gravidez indesejada na Atenção Primária à Saúde (APS) : as dúvidas que você sempre teve, mas nunca pôde perguntar / Anis – Instituto de Bioética, Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. – Brasília : Letras Livres, 2021. 64 p.

BAETENS, P., CAMUS, M., & DEVROEY, P. Should requests for donor insemination on social grounds be expanded to transsexuals? Reproductive Biomedicine Online, 6, 281–286, 2003.

BAUER, G. R., HAMMOND, R., TRAVERS, R., KAAY, M., HOHENADEL, K. M., & BOYCE, M. “I don’t think this is theoretical; this is our lives”: How erasure impacts health care for transgender people. Journal of the Association of Nurses in AIDS Care, 20(5), 348-361. 2009.

BOCCHI, Aline Fernandes de Azevedo; GOMES, Rita Gabriela Moreira. Efeitos de diversidade na parentalidade: uma análise discursiva da #transparentalidade no instagram. Revista Eletrônica Interfaces, [s. l], v. 12, n. 4, p. 15-31, nov. 2021. Disponível em: https://revistas.unicentro.br/index.php/revista_interfaces/article/view/7045/5084.

10 Se você estiver interessade em ler mais sobre esses tópicos, também foi criada uma lista de leitura complementar que inclui esses artigos e outros. Você pode fazer o download da lista de leitura no site de A.J. Lowik aqui: www.ajlowik.com.

BOUDREAU, Danielle e MUKERJEE, Ronica. Contraception care for transmasculine individuals on testosterone therapy. Journal of midwifery & women's health, 64(4), 395-402. 2019.

BRASIL. Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde. Disponível em: http://www.cnes.datasus.gov.br. Acesso em outubro de 2024.

BRASIL. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Código de ética médica. RESOLUÇÃO CFM nº 2.320/2022. Disponível em: https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2022/2320.

BRASIL. Conselho Federal de Psicologia (2018). Resolução n. 01/2018. CFP. https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/01/Resolu%C3%A7%C3%A3o-CFP-01-2018.pdf

BRASIL. Decreto-Lei n. 2.848, de 07 de dezembro de 1940. Código Penal. Rio de Janeiro: 1940.

CÁRDENAS, Micha. Pregnancy: Reproductive Futures in Trans of Color Feminism. TSQ: Transgender Studies Quarterly 3(1-2): 48-57, 2016.

CARVALHO, J. ADPF 442: 76% dos grupos que enviaram posição ao STF são favoráveis à descriminalização do aborto. Portal Catarinas, setembro de 2023. Disponível em: https://catarinas.info/adpf-442-amicus-curiae-descriminalizacao-aborto/

COLEN, Shellee. Like a mother to them: Stratified reproduction and West Indian childcare workers and employers in New York. En F. D. Ginsburg & R. Rapp (Eds.), Conceiving the new world order: The global politics of reproduction (pp. 78-102). Berkeley: University of California Press: 1995.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM - Brasil). Código de ética médica. RESOLUÇÃO CFM nº 2.294/2021. Disponível em: < https://portal.cfm.org.br/noticias/24558>.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM - Brasil). Código de ética médica. RESOLUÇÃO CFM nº2.168/2017. Disponível em: < https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2017/2168>.

DAVY, Z. Recognizing transsexuals: Personal, political and medicolegal embodiment. Ashgate Publishing Limited: Surrey, 2011.

DINIZ, D., MEDEIROS, M., & MADEIRO, A.. Pesquisa Nacional de Aborto 2016. Ciência & Saúde Coletiva, 22(2), 653–660, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017222.23812016>
Essential Breakthroughs: Conversations about Men, Mothers & Mothering, pp. 205-221. Bradford, ON: Demeter Press, 2015.

GROSSE, A., GROSSE, C., LENGGENHAGER, D., BODE, B., CAMENISCH, U., & BODE, P. Cytology of the neovagina in transgender women and individuals with congenital or acquired absence of a natural vagina. Cytopathology : official journal of the British Society for Clinical Cytology, 28(3), 184–191, 2017. https://doi.org/10.1111/cyt.12417

HINES, Sally. Intimate transitions: Transgender practices of partnering and parenting. Sociology, 40, 353-371, 2006.

Instituto Internacional sobre Raça, Igualdade e Direitos Humanos; Revista Estudos Transviades. A dor e a delícia das transmasculinidades no Brasil: das invisibilidades às demandas. Orgs.: Bruno Pfeil e Kaio Lemos. Rio de Janeiro: Instituto Internacional sobre Raça, Igualdade e Direitos Humanos, 2021.

JACOBS, M. G., & BOING, A. C.. Como a normatização sobre o serviço de aborto em gravidez decorrente de estupro afeta sua oferta nos municípios? Ciência & Saúde Coletiva, 27(9), 3689–3700, 2022. Disponível em: < https://doi.org/10.1590/1413-81232022279.05352022>.

JACOBS, Marina Gasino; BOING, Alexandra Crispim. O que os dados nacionais indicam sobre a oferta e a realização de aborto previsto em lei no Brasil em 2019?. Cadernos de Saúde Pública [online]. v. 37, n. 12, 2021. [Acessado 30 Janeiro 2024] , e00085321. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00085321>.

JAMES-ABRA, S., TARASOFF, L.A., GREEN, d., EPSTEIN, R., ANDERSON, S., MARVEL, S., STEELE, L.S. & ROSS, L.E. (2015). Trans people's experiences with assisted reproduction services: A qualitative study. Human Reproduction, 1-10, 2015.

JAMES-ABRA, S., TARASOFF, L.A., GREEN, d., EPSTEIN, R., ANDERSON, S., MARVEL, S., STEELE, L.S. & ROSS, L.E. (2015). Trans people's experiences with assisted reproduction services: A qualitative study. Human Reproduction, 1-10, 2015.

LIGHT, Alexis. D; OBEDIN-MALIVER, Juno; SEVELIUS, Jae e KERNS, Jennifer. Transgender men who experienced pregnancy after femaleto-male gender transitioning. Obstetrics and Gynecology 124(6): 1120-1127. 2014.

LOTHSTEIN, Leslie. Female-to-male transsexuals who have delivered and reared their children. Annals of Sex Research, 1, 151-166. 1988.

LOWIK, A. J. The Ties that Bind are Broken: Trans* Breastfeeding Practices, Ungendering Body Parts and Unsexing Parenting Roles. En F. Green and G. Pelletier (Eds.)

LOWIK, A. J. The Ties that Bind are Broken: Trans* Breastfeeding Practices, Ungendering Body Parts and Unsexing Parenting Roles. En F. Green and G. Pelletier (Eds.) Essential Breakthroughs: Conversations about Men, Mothers & Mothering, pp. 205-221. Bradford, ON: Demeter Press, 2015.

LUGONES, M. Colonialidad y Género. Tabula Rasa, 2008.

MADEIRO, A. P., & DINIZ, D.. Serviços de aborto legal no Brasil – um estudo nacional. Ciência & Saúde Coletiva, 21(2), 563–572, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015212.10352015>.

MONTEIRO, Anne Alencar. Homens que engravidam: um estudo etnográfico sobre parentalidades trans e reprodução. 2018. Dissertação (Mestrado em Antropologia) - Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2018.

MORÉ, Sam Dylan. "The pregnant man—an oxymoron?" Journal of Gender Studies 7. p. 319-328. 1998.

MOREIRA, Sandra Seabra. "Todes", "el'u" ou "ile": especialistas defendem linguagem não binária. Disponível em: <https://revistaensinosuperior.com.br/2022/01/19/especialistas-defendem-linguagem-nao-binaria/>. Acesso em: 2 ago. 2024.

MURPHY, Timothy F. Assisted Gestation and Transgender Women. Bioethics vol. 29,6. p. 389-97. 2015. doi:10.1111/bioe.12132.

MURPHY, Timothy. The ethics of fertility preservation in transgender body modifications. Bioethical Inquiry, 9, 311-316, 2012.

NACIONES UNIDAS. Consejo Económico y Social. Observación general núm. 22 (2016), relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva. Artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

OLIVEIRA JÚNIOR, Helio Fernando; DREHMER, Ana Paula. Homens trans e pessoas transmasculinas frente ao aborto legal: um ponto cego na formação jurídica?. Revista Brasileira de Estudos da Homocultura, [S. l.], v. 6, n. 19, p. 64–89, 2023. DOI: 10.31560/2595-3206.2023.19.15289. Disponível em: https://periodicoscientificos.ufmt.br/ojs/index.php/rebeh/article/view/15289. Acesso em: 2 ago. 2024.

PEIXE, A. .; MORJAN BRITTO PEÇANHA, L. Paternidade Trans em cena: Entrevista com o ativista Alexandre Peixe. Revista Brasileira de Estudos da Homocultura, [S. l.], v. 6, n. 19, p. 32–48, 2023. DOI: 10.31560/2595-3206.2023.19.15789. Disponível em: https://periodicoscientificos.ufmt.br/ojs/index.php/rebeh/article/view/15789. Acesso em: 2 ago. 2024.

PFEIL, Bruno Latini; PFEIL, Cello Latini. Sobre o aniquilamento de corpos invisíveis: reflexões sobre transmasculinidades e suicídio. Revista Estudos Transviades , v. 2, p. 117-126, 2021.

PFEIL, Cello Latini; LEMOS, Dan Kaio; LEMOS, Enzo Gomes; ALGARTE, Fabian; GIULIA, Kaleb; CARVALHO, Murillo Medeiros; PFEIL, Bruno Latini. Gravidez, Aborto e Parentalidade nas Transmasculinidades: um estudo de caso das políticas, práticas e experiências discursivas. Revista Brasileira de Estudos da Homocultura , v. 6, n.19, p.7-31, 2023.

PFEIL, Cello Latini; PFEIL, Bruno Latini. Em defesa de parentalidades transmasculinas: uma crítica transviada ao [cis]feminismo. Revista Brasileira de Estudos da Homocultura, v. 6, n. 19, 2023, pp. 49 - 63.

PYNE, J, BAUER, G., & BRADLEY, K. Transphobia and other stressors impacting trans parents. Journal of LGBT Family Studies, 11(2), 107-126, 2015.

PYNE, Jake. Complicating the truth of gender: Gender literacy and the possible worlds of trans parenting. En F. Green & M. Friedman (Eds.), Chasing rainbows: Exploring gender fluid parenting practices (pp. 127–144). Toronto, Ontario, Canada: New Demeter Press, 2013.

PYNE, Jake. Transforming family: The struggles, strategies and strengths of trans parents. Toronto, Ontario, Canada: Sherbourne Health Centre, 2012.

RAMÍREZ, B. Colonialidad e cis-normatividade. Entrevista con Viviane Vergueiro. Iberoamérica Social: revista-red de estudios sociales (III), pp. 15 – 21, 2014. Recuperado de http://iberoamericasocial.com/colonialidade-e-cis-normatividade-conversando-com-viviane-vergueiro

RAPID RESPONSE SERVICE. Rapid Response: Facilitators and barriers to health care for lesbian, gay and bisexual (LGB) people. Toronto, ON: Ontario HIV Treatment Network, 2014.

RODRIGUEZ, Ale Mujica. Cartografias de cuidados à saúde trans na Atenção Primária do município de Florianópolis, 2017 - 2018. 2019. 145p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2019.

RODRIGUEZ, Mujica Ale. Aborto Legal para quem? Transfobia e o binarismo estrutural e institucional nos debates sobre aborto legal. Portal catarinas, 9 out 2023. Disponível em: https://catarinas.info/colunas/aborto-legal-para-quem/.

RYAN, Maura. Beyond Thomas Beatie: Trans Men and the New Parenthood. En R.Epstein (Ed.) Who's Your Daddy? And Other Writings on Queer Parenthood (pp. 139-150). Toronto, ON: Sumach Press, 2009.

SPADE, Dean. About purportedly gendered body parts. 2011. DeanSpade.Net, Retrieved from http://www.deanspade.net/2011/02/03/about-purportedly-gendered-body-parts/

STOLLER, R. (1982). A experiência transexual. Porto Alegre: Artes Médicas.

T'SJOEN, Guy, CAENEGEM, Eva & WIERCKX, Katrien. Transgenderism and reproduction. Current Opinion in Endocrinology, Diabetes and Obesity, 20(6), 575-579. 2013.

TAVARES, G., TAVARES, A. L. Homem trans grávido de 7 meses relata dificuldade em conseguir pré-natal pelo SUS: 'Me sinto abandonado'. G1. Campo Grande, Nov. de 2023. Disponível em: https://g1.globo.com/ms/mato-grosso-do-sul/noticia/2023/11/24/homem-trans-gravido-de-7-meses-relata-dificuldade-em-conseguir-pre-natal-pelo-sus-me-sinto-abandonado.ghtml.

VAN ESTERIK, P. . Breastfeeding and Feminism. International Journal of Gynecology and Obstetrics 47 Supplement, 41-54, 1994.

VERGUEIRO, Viviane. Pensando a cisgeneridade como crítica decolonial. In: MESSEDER, S., CASTRO, M.G., and MOUTINHO, L., orgs. Enlaçando sexualidades: uma tessitura interdisciplinar no reino das sexualidades e das relações de gênero [online]. Salvador: EDUFBA, 2016, pp. 249-270. Disponivel em <https://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Especialidades_Listar.asp?VTipo=165&VListar=1&VEstado=00&VMun=00&VComp=00&VTerc=00&VServico=165&VClassificacao=006&VAmbu=&VAmbuSUS=&VHosp=&VHospSus=>

VIERA, Amiel Modesto. O silência da endocissexualidade. Notícias, Revista Docência e Cibercultura, janeiro de 2022, online. ISSN: 2594-9004. Disponível em: https://www.e-publicacoes.uerj.br/re-doc/announcement/view/1416. Acesso em agosto de 2024.

VON DOUSSA, Henry; POWER, Jennifer; RIGGS, Damien. Imagining parenthood: The possibilities and experiences of parenthood among transgender people. Culture, Health & Sexuality, 17(9), 1119-1131, 2015.

WARE, S. M. Boldly Going Where Few Men Have Gone Before: One Trans Man's Experience. En R. Epstein (Ed.) Who's Your Daddy? And Other Writings on Queer Parenthood (pp. 65-72). Toronto, ON: Sumach Press, 2009.

WHO. World Health Organization. ICD-11 for mortality and morbidity statistics. Version: 2019 April. Geneva: WHO; 2019. Available from: https://icd.who.int/browse11/l-m/en» https://icd.who.int/browse11/l-m/en

REALIZAÇÃO

JUNTES!

Saúde sexual e (não) reprodutiva para todes!

Salud sexual y (no) reprodutiva para todes!

APOIO

inroads

Rede Internacional para a Redução da Discriminação e do Estigma no Aborto (inroads)

COLABORAÇÃO

ibrat

FRENTE CATARINENSE PELA LEGALIZAÇÃO DO ABORTO

ABRANB
Articulação Brasileira Não-Binárie

ESTUDOS TRANS VIADES ESTUDOS

GEA
"Alyne Pimentel"

AFRODITE
UFSC-CNPq

2024