

Gênero, direitos sexuais e suas implicações na saúde

Gender and sexual rights:
their implications on health and healthcare

Romeu Gomes¹
Daniela Murta²
Regina Facchini³
Stela Nazareth Meneghel⁴

Abstract *This article is an objective examination of aspects of gender and sexual rights, and their implications in the field of health field, using the methodology of an essay. The first part discusses femicide, highlighting that there are deaths of women due to the fact of being women, which constitute what could be described as the crimes of *lèse-humanité* or 'femi-genocide'. The second part discusses sexual and gender diversity, with an emphasis on the fragility of the 'right to have rights' expressed in the deterioration in health conditions of the population that is LGBTI (Lesbians, Gays, Bisexuals, Transvestites, Transsexuals and Intersex). Finally, the essay discusses recognition of gender plurality, and the limitations imposed on the rights of non-usual normativebodies bodies; criticism is directed at reiteration of the binary and cisgender normative ethos, which can exacerbate the health vulnerability of people with trans and other non-normative bodies and identities. It is concluded that, in the 30 years' existence of Brazil's Unified Health System (SUS), there have been advances in the political sphere, many of them created by or as a result of social movements, and initiatives that seek to confront femicide and the inadequate assistance available to LGBTI people. In the context of these challenges, it is reiterated that there is a necessary relationship between promotion of health and protection of human rights related to gender and sexuality.*

Key words *Gender, Sexual rights, Health*

Resumo *O artigo objetiva problematizar aspectos relacionados a gênero e direitos sexuais, bem como suas implicações no campo da saúde. Para isso, utiliza-se o ensaio como desenho metodológico. Na primeira parte, procura-se discutir o feminicídio, destacando-se que há mortes de mulheres devido ao fato de serem mulheres que se constituem de situações de lesa humanidade ou femigenocídio. Em seguida, trata-se da diversidade sexual e de gênero, com ênfase na fragilidade do direito a ter direitos, que se expressa na piora das condições de saúde da população LGBTI (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Intersexo). Por último, discute-se o reconhecimento da pluralidade de gênero e o limite aos direitos dos corpos fora da norma, criticando-se a reiteração da normatividade cisgênera e binária que pode reforçar a vulnerabilidade em saúde de pessoas trans e demais corpos e identidades não normativos. Conclui-se que, nos 30 anos de existência do Sistema Único de Saúde, não se pode desconsiderar avanços no campo político, muitos deles criados por conta de movimentos sociais e iniciativas que procuram enfrentar o feminicídio e a não assistência adequada às pessoas LGBTI. Frente aos desafios, reitera-se a relação necessária entre promoção da saúde e proteção de direitos humanos relacionados a gênero e a sexualidade.*

Palavras-chave *Gênero, Direitos sexuais, Saúde*

¹ Instituto Nacional de Saúde da Criança, da Mulher e do Adolescente Fernandes Figueira, Fiocruz. Av. Rui Barbosa 716, Flamengo. 22250-020 Rio de Janeiro RJ Brasil. romeugo@gmail.com

² Superintendência de Promoção da Saúde, Secretaria Municipal de Saúde. Rio de Janeiro RJ Brasil.

³ Núcleo de Estudos de Gênero Pagu, Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais. Campinas SP Brasil.

⁴ Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre RS Brasil.

Considerações Iniciais

Gênero é definido como elemento constitutivo das relações sociais baseadas nas diferenças percebidas entre os sexos e é o primeiro campo no qual o poder se articula¹. Desse modo, relaciona-se à maneira como as sociedades lidam com a percepção dos corpos humanos e com as consequências disso; constituindo-se em arranjos que são mutáveis frente às novas situações criadas pelas práticas humanas².

Para Connell³, o gênero é “ao mesmo tempo criativo e violento, no qual corpos e culturas estão igualmente em jogo e são constantemente transformados, às vezes até sua destruição”. Assim, os arranjos de gênero tanto podem ser fontes de prazer, reconhecimento e identidade, como fontes de injustiça e dano⁴.

É comum ainda considerar gênero a partir de uma abordagem estática e categórica (feminino X masculino)³. Neste artigo, considera-se que, além de tomar gênero como categoria dinâmica, são importantes suas articulações com sexualidade e sua relação com as transgeneridades.

Nesse sentido, incluem-se na discussão questões relativas à experiência de pessoas que não se identificam com o sexo designado ao nascer (travestis, transexuais, pessoas com identidade não binária ou *queer*) e à diversidade de orientações sexuais (hetero, homo ou bissexual). Isso implica considerar que identidades como travesti e transexual não remetem a orientações sexuais, uma vez que pessoas trans podem ter seu desejo sexual voltado para pessoas do mesmo sexo, do outro sexo ou mesmo para outras pessoas trans⁵. Cisgênero é outra palavra subentendida a ser levada em conta: diferentemente de transgênero, remete a pessoas cuja identidade e expressão de gênero corresponde ao sexo atribuído ao nascimento^{6,7}.

O feminismo e o movimento LGBTI – de lésbicas, gays, bissexuais, travestis, mulheres transexuais, homens trans e pessoas intersexo – são atores fundamentais na defesa de direitos sexuais e da pluralidade das identidades de gênero. No Brasil, políticas no campo da saúde^{8,9} refletem aspectos desses movimentos.

A partir do formato de ensaio, objetiva-se problematizar aspectos relacionados a gênero e direitos sexuais, bem como suas implicações no campo da saúde, de modo a oferecer contribuições inovadoras ao tema¹⁰.

Direito da Mulher à Vida

A escravização, violação e morte de mulheres estiveram presentes ao longo da história da humanidade, fragilizando o direito das mulheres à vida. Nas sociedades patriarcais, a violência contra mulheres é um instrumento de controle que mantém o poder masculino¹¹ e, embora esteja presente em todas as épocas históricas, os campos de estupro coletivos da ex-Iugoslávia¹² tornaram a violência sexual uma arma de guerra.

A conquista das Américas também pode ser vista como uma historiografia branca, masculina e patriarcal, constituindo-se numa história ininterrupta de apropriação e violação de corpos femininos racializados¹³.

Russel e Caputti¹⁴ definem o feminicídio como uma forma de terrorismo sexual ou genocídio, ampliando o conceito para além das mortes cometidas por parceiros íntimos e mostrando que há mortes de mulheres relacionadas ao fato de serem mulheres, mas que não eram percebidas como tal.

Os feminicídios possuem determinantes generificados, racializados e sociais. As frequências são maiores em locais onde as normas societárias são rompidas por conflitos bélicos e em territórios dominados pelo tráfico^{15,16}, embora também ocorram em locais onde normas de honra são tão rígidas, que uma mulher que as tenha infringido pode pagar com a vida.

Para o sistema patriarcal, as mulheres são, em último caso, propriedade dos homens¹⁷. Isso não significa que todos os homens se comportem da mesma maneira, nem que o risco seja igual para todas. As mulheres mais vulneráveis são as migrantes de países periféricos, as que por razões étnicas, culturais ou raciais são consideradas inferiores, as que desempenham ocupações estigmatizadas como as prostitutas e as que estão vivendo em territórios ocupados pelo tráfico e por grupos paramilitares. Ver os feminicídios como decorrentes da organização hierárquica da sociedade é importante para não revitimizar a mulher que morreu, atribuindo-lhe a culpa de sua própria morte.

Em torno de um terço dos assassinatos de mulheres é cometido por parceiro íntimo, enquanto 5% de mortes de homens são causadas por mulheres, a maioria em autodefesa¹⁸, 60% a 70% dos homicídios de mulheres correspondem a feminicídios^{19,20}.

No início dos anos 2000, havia 25 países com taxas de mortalidade feminina por homicídios muito altas (> 6/100.000), a metade deles no Ca-

ribe, América Central e do Sul, situação que se manteve similar nos anos posteriores²¹.

No Brasil, as mortes femininas por agressão no período de 1980-2013 passaram de 2,3/100.000 para 4,8/100.000, representando um aumento de mais de 100% no período²². As frequências são maiores em regiões onde há elevada mortalidade masculina por agressão, mostrando que locais violentos para os homens também o são para as mulheres^{16,23}.

Nos anos 2000, vários países latino-americanos elaboraram leis específicas em relação aos homicídios de mulheres e no Brasil, em 2015, o feminicídio é tema de lei sancionada, que passa a considerar a questão de gênero como circunstância qualificadora²⁴. A vigência da lei é muito recente para ser avaliada, porém a banalização dos crimes de gênero aponta para a necessidade de monitorar a sua aplicação, para que haja ações mais eficientes para a prevenção e a punição destes crimes²⁵.

Sistemas judiciários classistas e refratários à questão de gênero fazem com que o fato de haver leis não implica necessariamente no seu cumprimento¹³. No Brasil, o sistema judiciário mostra-se recalcitrante atribuindo dificuldade para classificação dos feminicídios, embora se saiba que a “igualdade de todos perante a lei”²³ é um mito e as mulheres, principalmente pobres e negras, não são tratadas com equidade, de modo que muitos feminicídios não são sequer investigados²⁰ e ainda há julgamento moral e revitimização das vítimas nos discursos jurídicos, ao se justificar o crime passional, disfarçado em “estado de violenta emoção”.

Em termos teórico-conceituais para entender este fenômeno, destacam-se os conceitos de necropolítica²⁶, fascismo social²⁷ e femi-genocídio¹³. A necropolítica determina uma política de *apartheid*, segmentando os grupos e os confinando em territórios onde a vida não tem valor e, por isso, é matável²⁶.

No Brasil, desde os anos 1990, tem se denunciado o estado de exceção vigente em territórios onde a população negra tem sido dizimada por homicídios. Essas mortes ocorrem pelos conflitos provocados por grupos mafiosos, mas também pela ação policial²⁸ e a necropolítica que incide na população masculina vem atingindo também as mulheres que habitam estes territórios de exceção. Porém, em relação às vidas sem valor dessas mulheres racializadas, pobres, migrantes, exercendo ocupações estigmatizadas e vivendo em regiões de *apartheid*, ainda pouco se fala.

Nos países onde se implantaram políticas neoliberais, que tiveram como consequência

autoritarismo, corrupção, negócios ilícitos e impunidade, houve aumento de feminicídios. Na América Central e fronteira norte do México, o neoliberalismo criou condições estruturais para descartar as mulheres, que não mais necessárias nem como exército de reserva, nem com fins reprodutivos. O neoliberalismo estimula a emergência de uma “masculinidade tóxica”, em que as mulheres constituem propriedade, objetos de prazer ou mercadorias²⁷.

Os femi-genocídios, constituem uma mensagem à sociedade para manter o sistema de sujeição/exploração das mulheres, expressando o mandato de masculinidade. O retrocesso conservador e fundamentalista proporcionado pelo capitalismo racista atua sobre os corpos das mulheres e elimina-as, de maneira que todo o feminicídio é político.

Sociedades mais igualitárias em termos socioeconômicos, raciais e de gênero apresentam menores níveis de violência, indicando que um dos caminhos a seguir é a luta para diminuir as desigualdades. Mulheres organizadas têm obtido vitórias, pequenas algumas, mas indubitáveis, não se devendo abdicar da militância feminista e da construção de redes de solidariedade²⁹.

Para fazer frente a estes crimes é preciso nomear, categorizar e denunciar estas mortes³⁰, incluindo o direito de formular o discurso jurídico. Enfim, Segato¹³ propõe que os feminicídios que acontecem no âmbito público constituem situações de lesa humanidade ou femi-genocídios. O uso desta categoria permitirá torná-los imprescritíveis e levados a Tribunais Internacionais de Direitos Humanos, onde [talvez] se possa, ao menos, fazer justiça.

Diversidade sexual e de gênero: a fragilidade do direito a ter direitos

Um dos modos pelos quais hierarquias e normatividades relativas a gênero se articulam a questões de saúde deriva da tomada das diferenças anatômicas entre homens e mulheres, sobretudo os genitais, como base para um dimorfismo sexual marcado por incomensurabilidade³¹, que se articula à sexualidade, de modo a exigir coerência e continuidade entre sexo, gênero e desejo³². Tais constructos culturais, imbricados ao próprio processo de constituição da Modernidade ocidental, podem determinar condições de saúde, relegam sujeitos e populações marcados por variações de gênero e sexualidade a um lugar de ininteligibilidade, não reconhecendo seu *status* de humanos³³.

A literatura tem registrado violência interpessoal, discriminação e seus efeitos em disparidades na saúde, com maior incidência de agravos - sobretudo aqueles mais sensíveis à vulnerabilidade social e individual, como questões de saúde mental e ligadas ao HIV e Aids; dificuldades no acesso a serviços e cuidados; vulnerabilidade programática e inadequação de serviços; e, no limite, o frágil reconhecimento desses sujeitos e populações como sujeitos de direitos³³⁻³⁸.

A produção científica brasileira sobre saúde e LGBTI focaliza em sua maior parte o HIV e Aids, único tema sobre o qual há produção sistemática e regular de dados epidemiológicos, seguido pelo tema da violência, que aparece articulado à vulnerabilidade individual e social para a infecção pelo HIV, mas também para outros agravos, incluindo depressão, ideação e tentativas de suicídio, abuso de substâncias e dificuldades de acesso a cuidados e serviços de saúde³⁹⁻⁴⁸. Apesar de importantes esforços de pesquisa que acompanharam e possibilitaram a construção de políticas públicas de combate à violência contra LGBT, não há produção e divulgação sistemática e regular de dados sobre discriminação e agressões contra LGBTI.

A própria criação da categoria “homossexual” e sua identificação como uma “condição” constituiu-se historicamente como reação em contextos de criminalização de relações sexuais entre pessoas “do mesmo sexo”⁴⁴. Ao longo da segunda metade do século XX, dois processos se desenvolveram paralelamente: a separação entre o que se chamou de “identidade de gênero” e homossexualidade e, posteriormente, a despatologização da homossexualidade⁴⁵.

A homossexualidade deixou de ser considerada transtorno mental em 1973, quando foi retirada do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM) pela Associação Americana de Psiquiatria. No entanto, continuou na lista de doenças mentais até 17 de maio de 1990, quando a 43ª Assembleia Mundial da Saúde decidiu por sua retirada da 10ª versão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10). Essa versão, porém, ainda conserva categorias que articulam homossexualidade e distúrbios mentais^{45,46}. Frente a isso, há uma recomendação de eliminação de qualquer vínculo entre orientação sexual e doença para a edição 11ª da CID a ser publicada⁴⁶.

No Brasil dos anos 1970, as primeiras ações do nascente movimento homossexual incluíram a mobilização de ampla campanha em favor da

revisão da classificação da homossexualidade como condição patológica. O Conselho Federal de Medicina emite parecer em 1985 considerando que a homossexualidade per se não constitui condição patológica⁴⁷. Demandas por legislação antidiscriminatória, reconhecimento de uniões homoafetivas, políticas de segurança pública e educação integram a agenda do movimento brasileiro desde seu surgimento⁴⁸.

A inserção de LGBT na agenda política se dá a partir dos anos 1990, por meio de ações focalizadas de prevenção ao HIV e Aids e da inclusão da categoria “homossexual” no I Plano Nacional de Direitos Humanos (1996). Os anos 2000 representam o ápice desse processo de reconhecimento, tendo como marcos: a criação do programa Brasil sem Homofobia (2004), a realização da I Conferência LGBT (2008), a adoção de regulações voltadas a combater a discriminação e a assegurar o uso civil do “nome social” por pessoas trans e o reconhecimento pelo Supremo Tribunal Federal, em 2011, da união homoafetiva estável como entidade familiar^{48,49}. No campo das políticas públicas, destacam-se a instituição, em 2008, do Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde; e, em 2010, da Política Nacional de Saúde Integral a LGBT^{9,50,51}.

A primeira metade da década de 2010 foi marcada pela paralisia dessa agenda no âmbito federal e pela intensificação dos investimentos na reversão de direitos. Multiplicam-se projetos de lei como o Estatuto da Família (PL 6583/13), que exclui uniões homoafetivas do rol das entidades familiares reconhecidas pelo Estado brasileiro, ou que buscam restringir a possibilidade de uso de nome social por pessoas trans.

Há, ainda, iniciativas que apontam para a repatologização da homossexualidade, atacando as condições de possibilidade de tomar essas populações como sujeitos de direitos. Decisão liminar emitida em setembro de 2017, pela Justiça Federal da Seção Judiciária do Distrito Federal, acatou parcialmente o pedido de uma ação popular contra a Resolução 01/99 do Conselho Federal de Psicologia⁵², que orienta os profissionais da área a atuar nas questões relativas à orientação sexual. A demanda se ampara em um dos resíduos patologizantes mantidos na CID-10^{45,47} – a noção de “orientação sexual egodistônica” – e a decisão judicial possibilita que terapias de reversão sexual voltem a ser utilizadas de modo legítimo no Brasil.

Tal cenário remete a reflexões críticas tecidas na passagem para os anos 2010, acerca das dificuldades de converter políticas públicas em legis-

lação⁵³ e do escopo efetivamente alcançado pelas políticas direcionadas a LGBT, vistas como fragmentárias, pontuais e periféricas⁴⁹. Esses avanços, ancorados num contexto de reconhecimento de direitos sexuais e reprodutivos e de combate à intolerância no âmbito das Nações Unidas⁵⁴, fragilizam-se sensivelmente ao sabor dos processos transnacionais de politização reativa das moralidades e do campo religioso^{55,56}. No Brasil, bem como em vários países, tais processos, caracterizados como uma “onda conservadora”, constituem-se a partir de linhas de força que articulam manifestações de intolerância social, celebração da meritocracia e do empreendedorismo, imposição de restrição à atuação estatal e demandam por políticas de segurança mais punitivas e repressivas⁵⁷.

Os efeitos de tal conjuntura política já se fazem sentir na epidemia de HIV e Aids, com o crescimento das taxas de incidência, fortemente concentradas em segmentos sociais específicos e das, já elevadas, taxas de mortalidade. Atualmente, a prevalência de HIV entre HSH – homens que fazem sexo com homens – é de 19,8% com 25 anos ou mais de idade e registra-se incremento de 32,9% na proporção de casos de Aids entre homossexuais e bissexuais na última década⁵⁸. Pesquisa com travestis e mulheres transexuais no Rio de Janeiro indica 31,2% de prevalência para o HIV³⁸.

Como único aspecto da saúde de LGBTI monitorado sistematicamente ao longo do tempo no Brasil, os dados sobre o HIV e Aids alertam sobre a piora e a gravidade das condições de saúde de LGBTI. Indicam, ainda, a urgência de reafirmar a relação necessária entre a promoção da saúde e a proteção/promoção dos direitos humanos e dos direitos fundamentais dessas populações.

Reconhecimento da pluralidade de gênero e o limite aos direitos dos corpos fora da norma

Forjado no contexto de formalização dos procedimentos de modificação corporal do sexo em pessoas trans e intersex, a separação conceitual entre sexo e gênero materializada pela noção de identidade de gênero foi essencial para a incorporação das necessidades em saúde de travestis e transexuais. Amplamente utilizado, este conceito, que está atrelado à reconceitualização do sexo alcançada no século XX e à viabilidade técnica para realizar modificações corporais do sexo em pessoas trans, se tornou a principal referência para o acesso a este tipo de cuidado e contribuiu para a

definição das vivências trans, em especial a transexualidade, como categoria psiquiátrica⁵⁹.

A noção de gênero como um componente diferenciado do sexo biológico, modelado pela educação, fixado nos primeiros anos, irreversível e prevalente em relação às características físicas na maturidade sexual⁶⁰, foi introduzida na década de 50 quando pesquisadores investigaram as relações entre a identidade nuclear de um indivíduo, sua anatomia, seus cromossomos e seus hormônios. Nesse sentido, recomendaram que em bebês intersex o sexo deveria ser definido a partir de marcadores biológicos, e em crianças maiores e adultos a referência seria o gênero manifestado^{42,61}.

Em 1964, Stoller⁶² apresentou o termo “identidade de gênero” para se referir ao sentimento de pertencimento a um determinado sexo. Baseado na vivência de pessoas trans, considerou que, ao dissociar a percepção de si de atividades e fantasias sexuais, este termo significaria melhor a sensação de pertencimento a um determinado sexo do que a ideia de “papel de gênero” introduzida por Money e seus colaboradores⁶³.

Diante disso, o discurso médico reconfigurou-se balizando intervenções sobre os corpos não normativos e a organização de serviços. A conceituação da identidade de gênero e seu caráter imutável tornou-se referência para protocolos médicos para a gestão da intersexualidade e outras condições de discordância entre identidade de gênero e anatomia, como a transexualidade⁶², sendo este o sinal clínico para a modificação corporal do sexo e critério de acesso à assistência⁶⁰ a ser verificado a partir de um processo de avaliação psicológica⁶⁴.

Embora a diretriz clínica internacional atual seja mais flexível, despatologizada⁶⁵, tente escapar ao binarismo de gênero e considere a multiplicidade de trajetórias e necessidades de pessoas trans, o acesso à modificação corporal do sexo segue ainda um modelo avaliativo e psiquiatrizado que compreende pessoas trans como portadoras de Disforia de Gênero. No Brasil, igualmente e a despeito do posicionamento do Conselho Federal de Psicologia através da Resolução 01/2018⁶⁶, a assistência é patologizada e centrada no diagnóstico de Transtorno de Identidade Sexual com destaque ao exame da identidade de gênero auto atribuída o que denota um propósito de regulação das identidades e de normalização dos corpos trans.

Se por um lado a constituição do conceito de identidade de gênero foi fundamental para o reconhecimento das vivências trans e acolhimento

de suas demandas, por outro nota-se que, atravessado pela matriz cisheteronormativa, o mesmo reitera a normatividade que pressupõe uma coerência entre sexo e gênero que patologiza as identidades e corpos fora da norma como naturaliza as vivências cis e binárias. Ao mesmo tempo em que visibiliza as especificidades de pessoas trans, paradoxalmente, naturaliza o modelo cisgênero e binário dos sexos no sistema de saúde, o que além de limitar e/ou excluir sujeitos trans, agencia a interpretação destas vivências como uma identidade de gênero em si mesma e que, por estarem fora da norma, precisam ser nomeadas.

Um exemplo disso é a sobreposição entre a noção de identidade de gênero e as vivências trans denotada pela preocupação em averiguar a “verdadeira” identidade de gênero destes sujeitos e pela ideia de que este é um atributo exclusivo de pessoas trans. A ideia de que vivências cisgêneras são normais e inquestionáveis e não resultado da sujeição às regulações do gênero e da repetição reiterativa das normas⁶⁷, conduz a compreensão de que a atribuição de gênero e construção identitária são uma particularidade daqueles que estão fora da norma.

Tal fato pode ser observado claramente no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) por Violência Interpessoal ou Autoprovocada cuja ficha de notificação/investigação e instrutivo revelam uma naturalização da cisgeneridade e a interpretação das vivências trans como sinônimo da identidade de gênero. Além de no campo “sexo” não haver qualquer esclarecimento se este item se refere ao sexo biológico ou do registro civil, há uma recomendação do instrutivo Viva⁶⁸ que, no caso de pessoas trans, deve ser preenchido o campo “identidade de gênero” que, com as opções “travesti”, “mulher transexual”, “homem transexual”, “não se aplica” e “ignorado”, revela a interpretação das vivências trans propriamente como identidades de gênero que por estarem fora da norma precisam ser formalmente identificadas.

Há também a questão da compreensão da identidade de gênero como determinante social da saúde. Ainda que o entendimento de que este componente interfere nas condições de saúde daqueles que apresentam identidades não normativas seja extremamente positivo, isto revela a insuficiência do sistema de saúde que, cisheteronormativo e binário, exclui e impõe limites às pessoas trans no exercício desse direito, a despeito de alguns esforços do poder público em enfrentar sua vulnerabilidade, como o reconhecimento do uso do nome social e formalização do processo

Trans-sexualizador no SUS. Seja pela invisibilização de outras necessidades que não a modificação corporal, seja pela impossibilidade concreta ou burocrática de acessar serviços, potencializadas pela transfobia, o fato é que o CISTema de saúde frequentemente viola direitos e negligencia os não-cisgêneros.

Nesse panorama, destaca-se o acolhimento de pessoas trans em contextos não relacionados às modificações corporais do sexo. Em consequência da lógica binária e cisgênera que orienta o sistema de saúde, além de frequentemente terem violados seus direitos ao sigilo, privacidade e direito ao uso do nome social, assegurados na Carta dos Usuários do SUS (2007), muitas vezes são efetivamente impedidos de acessar serviços e procedimentos por questões burocráticas e operacionais de um CISTema que não prevê atendimento para identidades e corpos não normativos e suas necessidades em saúde.

No contexto hospitalar, por exemplo, há casos de alocação de pessoas trans em salas de emergência e enfermarias em desacordo com sua identidade de gênero fora do Processo Transsexualizador. Frequentemente é negado a quem não fez requalificação civil a alocação em setores compatíveis com sua identidade de gênero, o que além de ser uma violência por não reconhecer a autodeterminação do gênero viola o direito à privacidade e ao sigilo.

Fora do contexto hospitalar, destaca-se a limitação ou impossibilidade de oferta de linhas de cuidado vinculadas ao gênero para pessoas trans, como é o caso da assistência ginecológica e obstétrica e ao acesso ao aborto legal. O fato desse tipo de assistência ser generificado e exclusivo para usuárias do gênero feminino, inviabiliza a atenção a homens trans em decorrência da não conformidade entre sexo e gênero vivenciada por eles. Assim, se para aqueles que não realizaram requalificação civil o reconhecimento de sua identidade de gênero paradoxalmente pode invisibilizar a necessidade dessas modalidades de atenção, para os que passaram por esse processo isto é um problema burocrático dado que no Brasil a oferta desses cuidados não está prevista para pessoas designadas com o gênero masculino.

Assim, apesar da relevância do conceito de identidade de gênero, a utilização acrítica do caráter reiterativo da normatividade cisgênera e binária desta noção pode reforçar a vulnerabilidade em saúde de pessoas trans e o negligenciamento destes e de outros sujeitos cujos corpos e identidades estão fora da norma. Apesar de sua importância é fundamental problematizá-lo para

que seja possível efetivamente colocar em prática o exercício do direito a pluralidade de gênero fora das amarras do CISTema.

Considerações Finais

Para além de se abordar questões de saúde de populações específicas – mulheres e LGBTI – neste artigo evidenciaram-se construtos culturais que estão na base das sociedades ocidentais modernas e que conformam gênero como relação social de poder. Assim, a leitura dos corpos de homens e de mulheres a partir de um dimorfismo sexual incomensurável aparece articulada à desvalorização social das mulheres; separação entre sexo e gênero que mantém o sexo como referência esperada para a expressão e a identidade de gênero; expectativa de continuidade entre sexo, gênero e desejo.

Nos 30 anos de existência do SUS, não se pode desconsiderar, de um lado, avanços no campo

político, muitos deles criados por conta de movimentos sociais de defesa de direitos humanos, e, de outro, iniciativas que procuram enfrentar o feminicídio e a não assistência adequada às pessoas que não são cisgêneras. Mas ainda há muito a fazer para a garantia dos direitos à saúde e à vida de mulheres e de pessoas LGBTI, entendendo-as como sujeitos dotados plenamente de humanidade e de exercício de direitos.

Por fim, reafirma-se, com base na literatura especializada, que gênero e sexualidade se constituem como determinantes sociais da saúde, articulando-se a outros determinantes, como questões raciais ou socioeconômicas. Como decorrência disso, é reforçado o pleno reconhecimento e promoção/garantia dos direitos humanos e fundamentais de mulheres e de LGBTI como condição necessária para o alcance de melhores condições de vida e de saúde para essas populações, sobretudo nos contextos políticos nacionais e internacional nos quais tais direitos estão particularmente afetados.

Colaboradores

R Gomes, D Murta, R Facchini e SN Meneghel trabalharam por igual de forma colaborativa.

Referências

1. Scott J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *Educação e Realidade* 1990; 16(2):5-22.
2. Gomes R. *Sexualidade masculina, gênero e saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008.
3. Connell R. *Gênero em termos reais*. São Paulo: nVersons; 2016.
4. Connell R, Pearse R. *Gênero: uma perspectiva global*. São Paulo: nVersons; 2015.
5. Giammattei SV. Beyond the Binary: Trans-Negotiations in Couple and Family Therapy. *Fam Process* 2015; 54(3):418-434.
6. Reisner SL, Biello K, Rosenberger JG, Bryn Austin BA, Haneuse S, Perez-Brumer A, Novak DS, Mimiaga MJ. Using a two-step method to measure transgender identity in Latin America/the Caribbean, Portugal, and Spain. *Arch Sex Behav* 2014; 43(8):1503-1514.
7. Tebbe EA, Moradi B, Ege E. Revised and abbreviated forms of the genderism and transphobia scale: tools for assessing anti-trans prejudice. *Journal of Counseling Psychology* 2014; 61(4):581-592.
8. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes*. Brasília: MS; 2004.
9. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais*. Brasília: MS; 2013.
10. Tobar F, Yalour MR. *Como fazer teses em saúde pública: conselhos e ideias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisas*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002.
11. Biglia B, San Martin C. *Estado de wonderbra: entretejendo narraciones feministas sobre las violencias de género*. Barcelona: Virus Editorial; 2007.
12. Peres ACS. Campos de estupro: as mulheres e a guerra na Bósnia. *Cad. Pagu* 2011; (37):117-162.
13. Segato R. *La guerra contra las mujeres*. Madrid: Traficante de Sueños; 2016.
14. Russel D, Caputti J. *Femicide: the politics of women killing*. New York: Twayne Publisher; 1992.
15. Carcedo A. *No olvidamos ni aceptamos: Femicidio en Centroamérica 2000-2006*. San José: Asociación Centro Feminista de Información y Acción (CEFEMINA); 2010.
16. Meneghel SN, Hirakata VN. Femicídios: assassinatos de mulheres no Brasil. *Rev Saude Publica* 2011; 45(3):564-574.
17. Pateman C. *O Contrato Sexual*. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1993.
18. World Health Organization (WHO). *Understanding and addressing violence against women. Femicide*. Geneva: WHO; 2012.
19. Carcedo A, Sagot M. *Femicídio en Costa Rica 1990-1999*. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2000. (Colección Teórica, 1).
20. Margarites AF, Meneghel SN, Cecon RF. Femicídios na cidade de Porto Alegre: Quantos são? Quem são? *Rev Bras Epidemiol* 2017; 20(2):225-236.
21. Geneva Declaration of Armed Violence. Global Burden of Armed Violence: Every Body Counts. 2015. *Chapter three: Lethal violence against women and girls*. p.87-119. [acessado 2017 Nov 8]. In: <http://www.genevadeclaration.org/measurability/global-burden-of-armed-violence/global-burden-of-armed-violence-2015.htm>
22. Wailsselfsz JJ. *O mapa da violência 2015. Homicídios de mulheres no Brasil*. Rio de Janeiro: CEBELA, FLACSO; 2015.
23. Ratton JL. Mulheres, violência e percepção da violência em Pernambuco. In: Sento-Sé JT, organizador. *Segurança Pública: Outros Olhares, Novas Possibilidades*. Brasília: Presidência da República; 2009. p. 88-103.
24. Brasil. Lei 13.104, de 9 de março de 2015. Prevê o feminicídio como circunstância qualificadora do crime de homicídio e inclui o feminicídios no rol dos crimes hediondos. *Diário Oficial da União* 2015; 10 mar.
25. Pasinato W, coordenador. *Diretrizes nacionais Femicídio. Investigar, processar e julgar com a perspectiva de gênero. As mortes violentas de mulheres*. Brasília: ONU Mulheres, Secretaria de Política para as Mulheres, Secretaria Nacional de Segurança Pública; 2016.
26. Mbembe A. *Necropolítica seguido de Sobre El Gobierno Privado Indirecto*. Santa Cruz de Tenerife: Editorial Melusina; 2011.
27. Sagot M. Un mundo sin femicídios? Las propuestas del feminismo para erradicar la violencia contra las mujeres In: Sagot M, coordenador. *Feminismos, pensamiento crítico y propuestas alternativas en América Latina*. Buenos Aires: CLACSO; 2017. p. 61-78.
28. Anistia Internacional. *Relatório 2016/2017. O estado dos direitos humanos no mundo*. Rio de Janeiro: Anistia Internacional do Brasil; 2017.
29. Meneghel SN, Lerma BRL. Femicídios em grupos étnicos e racializados: síntese. *Cien Saude Colet* 2017; 22(1):117-122.
30. Munevar D. Delito de femicidio. Muerte violenta de mujeres por razones de género. *Revista Estudios Socio-Jurídicos* 2012; 14(1):135-175.
31. Laqueur T. *Inventando o sexo: corpo e gênero dos gregos a Freud*. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 2001.
32. Butler J. *Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2003.
33. Winter S, Diamond M, Green J, Karasic D, Reed T, Whittle S, Wylie K. Transgender people: health at the margins of society. *Lancet* 2016; 388(10042):390-400.
34. Plöderl M, Tremblay P. Mental health of sexual minorities. A systematic review. *Int Rev Psychiatry* 2015; 27(5):367-385.
35. Reisner SL, Poteat T, Keatley J, Cabral M, Mothopeng T, Dunham E, Holland CE, Max R, Baral SD. Global health burden and needs of transgender populations: A review. *Lancet* 2016; 388(10042):412-436.
36. Conron KJ, Mimiaga MJ, Landers SJ. A Population-Based Study of Sexual Orientation Identity and Gender Differences in Adult Health. *Am J Public Health* 2010; 100(10):1953-1960.
37. Veras MASM, Calazans GJ, Almeida Ribeiro MCS, Freitas Oliveira CA, Giovanetti MR, Facchini R, França IL, McFarland W. High HIV Prevalence among Men who have Sex with Men in a Time-Location Sampling Survey, São Paulo, Brazil. *AIDS Behav* 2015; 19(9):1589-1598.

38. Grinsztejn B, Jalil EM, Monteiro L, Velasque L, Moreira RI, Garcia AC, Castro CV, Krüger A, Luz PM, Liu AY, McFarland W, Buchbinder S, Veloso VG, Wilson EC; Transcender Study Team. Unveiling of HIV dynamics among transgender women: a respondent-driven sampling in Rio de Janeiro, Brazil. *Lancet HIV* 2017; 4(4):e169-e176.
39. Perucchi J, Brandão BC, Vieira HIS. Aspectos psicossociais da homofobia intrafamiliar e saúde de jovens lésbicas e gays. *Estud. psicol.* 2014; 19(1):67-76.
40. Barbosa RM, Facchini R. Acesso a cuidados relativos à saúde sexual entre mulheres que fazem sexo com mulheres em São Paulo, Brasil. *Cad Saude Publica* 2009; sup 2:S291-S300.
41. Valadão RC, Gomes R. A homossexualidade feminina no campo da saúde: Da invisibilidade à violência. *Physis* 2011; 21(4):1451-1467.
42. Arán M, Murta D, Lionço T. Transexualidade e saúde pública no Brasil. *Physis*. 2009; 14(4):1141-1149.
43. Teixeira-Filho FS, Rondini CA. Ideações e tentativas de suicídio em adolescentes com práticas sexuais hetero e homoeróticas. *Saúde Soc* 2012; 21(3):651-667.
44. Weeks J. *Sex, politics and society: the regulation of sexuality since 1800*. New York: Longman Inc.; 1989.
45. Drescher J. Queer diagnoses revisited: the past and future of homosexuality and gender diagnoses in DSM and ICD. *Int Rev Psychiatry* 2015; 27(5):386-395.
46. Cochran SD, Drescher J, Kismödi E, Giami A, García-Moreno C, Atalla E, Marais A, Vieira EM, Reedi GM. Proposed declassification of disease categories related to sexual orientation in the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-11). *Bull World Health Organ* 2014; 92:672-679. [acessado 2017 Fev 8]. Disponível em: <http://www.who.int/bulletin/volumes/92/9/14-135541.pdf>
47. Conselho Federal de Medicina. PC/CFM/Nº05/1985. [acessado 2017 Dez 1]. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/pareceres/cfm/1985/5_1985.htm
48. Simões JA, Facchini R. *Na trilha do arco-íris: do homossexual ao movimento LGBT*. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo; 2009.
49. Aguião S, Vianna A, Gutterres A. Limites, espaços e estratégias de participação do movimento LGBT nas políticas governamentais. In: Lopes JSL, Heredia B, organizadores. *Movimentos sociais e esfera pública: burocracias, confrontos, aprendizados inesperados*. Rio de Janeiro: CBAE; 2014. p. 239-270.
50. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 457, de 19 de agosto de 2008. Aprova a regulamentação do Processo Transexualizador no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* 2008; 20 ago.
51. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 2803, de 19 de novembro de 2013. Redefine e amplia o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* 2013; 20 nov.
52. Conselho Federal de Psicologia. Resolução CFP nº 01/99. [acessado 2017 Dez 5]. Disponível em: http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/1999/03/resolucao1999_1.pdf
53. Mello L, Avelar RB, Maroja D. Por onde andam as políticas públicas para a população LGBT no Brasil. *Soc Estado* 2012; 27(2):289-312.
54. Correa S. O percurso global dos direitos sexuais: entre “margens” e “centros”. *Bagoas* 2009; 4:17-42.
55. Vaggione JM. La Iglesia Católica frente a la política sexual: la configuración de una ciudadanía religiosa. *Cad. Pagu* 2017; 50:e175002.
56. Cornejo-Valle M, Pichardo JI. La “ideología de género” frente a los derechos sexuales y reproductivos. El escenario español. *Cad. Pagu* 2017; 50:e175009.
57. Almeida R. A onda quebrada - evangélicos e conservadorismo. *Cad. Pagu* 2017; 50:e175001.
58. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Boletim Epidemiológico - Aids e IST*. Brasília: MS; 2017. Ano V - nº 1.
59. Meyerowitz J. *How Sex Changed: A History of Transsexuality in the United States*. Cambridge: Harvard University Press; 2002.
60. Murta D. *A psiquiatrização da transexualidade: análise dos efeitos do diagnóstico de Transtorno de Identidade de Gênero sobre as práticas de saúde* [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2007.
61. Hausman B. *Changing Sex: transsexualism, thechnology and the idea of gender*. Durham: Duke University Press; 1995.
62. Stoller R. *Sex and Gender*. Nova York: Science House; 1968. v.1.
63. Money J. Sex reassignment as related to hermaphroditism and transsexualism. In: Green R, Money J. *Transsexualism and sex reassignment*. Baltimore: The Johns Hopkins Press; 1969. p. 91-114.
64. Murta D. *Os desafios da despatologização da transexualidade: Reflexões sobre a assistência a transexuais no Brasil* [tese]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2011.
65. Red Internacional por la Despatologización Trans. *Manifiesto* [homepage na internet]. 2009. [acessado 2017 Nov 8]. Disponível em: <http://www.stp2012.info/old/pt/manifiesto>
66. Conselho Federal de Psicologia. Resolução 01/2018. *Estabelece normas de atuação para as psicólogas e os psicólogos em relação às pessoas transexuais e travestis*. [acessado 2017 Nov 8]. Disponível em: <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/01/Resolu%C3%A7%C3%A3o-CFP-01-2018.pdf>
67. Buttler J. *Bodies that Matter. On the discursive limits of “sex”*. New York, Routledge; 1993.
68. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Viva: instrutivo: notificação de violência interpessoal e autoprovocada* [recurso eletrônico]. Brasília: MS; 2016. [acessado 2017 Nov 8]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_instrutivo_violencia_interpessoal_autoprovocada_2ed.pdf

Artigo apresentado em 05/01/2018
 Aprovado em 30/01/2018
 Versão final apresentada em 26/02/2018

