

**FACULDADE EVANGÉLICA DE RUBIATABA
CURSO DE DIREITO
GISELE ALVES DOS SANTOS**

TRANSFOBIA SOBRE A VERTENTE DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

**RUBIATABA/GO
2022**

GISELE ALVES DOS SANTOS

TRANSFOBIA SOBRE A VERTENTE DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Monografia apresentada como requisito parcial à conclusão do curso de Direito da Faculdade Evangélica de Rubiataba, sob orientação do professora especialista em Docência no Ensino Superior, Lucivânia Chaves Dias de Oliveira.

RUBIATABA/GO
2022

GISELE ALVES DOS SANTOS

TRANSFOBIA SOBRE A VERTENTE DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Monografia apresentada como requisito parcial à conclusão do curso de Direito da Faculdade Evangélica de Rubiataba, sob orientação do professora especialista em Docência no Ensino Superior, Lucivânia Chaves Dias de Oliveira.

MONOGRAFIA APROVADA PELA BANCA EXAMINADORA EM 17 / 06 / 2022

Lucivânia Chaves Dias de Oliveira
Orientadora especialista em Docência no Ensino Superior
Professora da Faculdade Evangélica de Rubiataba

Examinador Fernando Hebert de Oliveira Geraldino
Especialista em Direito Público
Professor da Faculdade Evangélica de Rubiataba

Examinadora Fabiana Savini Pires de Almeida Resende
Especialista em Civil e Processo Civil
Professora da Faculdade Evangélica de Rubiataba

Dedico esta monografia a Deus, sem Ele nada seria possível, quem me deu forças e sabedoria para concluir este projeto.

À professora Lucivânia, que me auxiliou nas idéias durante o desenvolvimento deste projeto. Agradeço aos meus pais pelo apoio incondicional em todos os momentos difíceis da minha trajetória acadêmica.

AGRADECIMENTOS

À Deus pela minha vida e por me ajudar a superar todos os obstáculos que encontrei durante o curso.

Aos meus pais e ao meu irmão que me incentivaram nos momentos difíceis e compreenderam a minha ausência enquanto me dedicava à realização deste projeto.

Aos professores pelas correções e por me permitiram dar o melhor de mim em meu processo de formação acadêmica.

“Só é verdadeiramente digno da liberdade, bem como da vida, aquele que se empenha em conquistá-la”.

(Johann Goethe)

RESUMO

O objetivo desta monografia é analisar as formas em que a transfobia e a violência obstétrica vem acontecendo frequentemente, as violações de direitos humanos e as dificuldades enfrentadas por pessoas transexuais ao acesso da saúde caracterizando violência obstétrica. A violência obstétrica pode ser física, psicológica ou verbal e também inclui negligência, discriminação ou comportamento. O medo da dor não deve fazer as mulheres preferirem a cirurgia. Ressaltando que a violência obstétrica também pode vir do campo cirúrgico, que, embora menos doloroso, acarreta inúmeros riscos e que caracterizada apenas pela indicação desnecessária sem o direito de informar à gestante sobre esse tipo de parto. O termo refere-se não apenas ao trabalho dos profissionais de saúde, mas também à falha estrutural de clínicas e hospitais públicos ou privados. Os direitos humanos atribuem grande importância à garantia de que todos, sem exceção, tenham uma vida digna, respeitando seus direitos básicos. No entanto, observa-se que grupos como os transgêneros sofrem discriminação e violência simplesmente porque não cumprirem certos padrões sociais. Trata-se de um pesquisa descritiva de abordagem quantitativa, ao realizar coleta de dados, abordar assuntos, noticiários, informações em sites, livros e estudo de caso. A Transfobia fere a dignidade da pessoa humana e a viola os direitos humanos em que se caracteriza em discriminação por sua identidade de gênero, preconceitos, rejeição pela sociedade. Além de sofrerem a transfobia, sofrem também a violência obstétrica, que se pode identificar muito antes no momento do parto e nossa sociedade ignora o fato das pessoas transexuais poderem engravidar, colaborando com a desumanização. A universalização indiscriminada dos direitos humanos apresenta cada indivíduo como sujeito de direitos e proteções, e as pessoas trans são apresentadas como sujeitos dessas garantias, devendo o Estado promover as condições para a efetiva proteção desse grupo.

Palavras-chave: Violência Obstétrica. Transfobia. Transexual

ABSTRACT

The objective of this monograph is to analyze the ways in which transphobia and obstetric violence have been happening frequently, the violations of human rights and the difficulties faced by transsexual people in accessing health, characterizing obstetric violence. Obstetric violence can be physical, psychological or verbal and also includes neglect, discrimination or behavior. Fear of pain should not make women prefer surgery. Emphasizing that obstetric violence can also come from the surgical field, which, although less painful, carries numerous risks and is characterized only by unnecessary indication without the right to inform the pregnant woman about this type of delivery. The term refers not only to the work of health professionals, but also to the structural failure of public or private clinics and hospitals. Human rights attach great importance to ensuring that everyone, without exception, has a dignified life, respecting their basic rights. However, it is observed that groups such as transgender people experience discrimination and violence simply because they do not meet certain social standards. It is a descriptive research with a quantitative approach, when performing data collection, addressing issues, news, information on websites, books and case study. Transphobia hurts the dignity of the human person and violates human rights in which it is characterized by discrimination for their gender identity, prejudice, rejection by society. In addition to suffering from transphobia, they also suffer from obstetric violence, which can be identified much earlier at the time of childbirth and our society ignores the fact that transgender people can become pregnant, collaborating with dehumanization. The indiscriminate universalization of human rights presents each individual as a subject of rights and protections, and trans people are presented as subjects of these guarantees, and the State must promote the conditions for the effective protection of this group.

Keywords: Obstetric Violence. Transphobia. Transsexual

Traduzido por Marleides de Oliveira Mendes – Letras – FAFISP/Ceres.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	09
2. VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA	11
2.1. ASPECTOS HISTÓRICOS.....	15
2.1.1 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA FÍSICA	16
2.1.2 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA VERBAL.....	17
2.1.3 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA PSICOLÓGICA	18
3. O TRANSEXUAL E O GÊNERO DIVERGENTE.....	21
3.1 DA MULHER TRANSEXUAL.....	23
3.2. IDENTIDADE DE GÊNERO	24
3.2.1 ATOS DE EXCLUSÃO E VIOLÊNCIA EM RAZÃO DE GÊNERO DIVERGENTE.....	27
4. DA TRANSFOBIA	32
4.1. TRANSFOBIA E A PRÁTICA DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA	32
4.1.1. DA MULHER TRANSEXUAL COMO VÍTIMA DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA	40
4.2 DA FUNDAMENTAÇÃO LEGAL PARA CARACTERIZAÇÃO DOS ATOS.....	36
4.2.1 ESTUDO DE CASO	36
4.2.2 LEI Nº 8.80/90.....	37
4.2.3 LEI Nº 12.401/19.....	38
4.2.4. PL 7.582/14.....	39
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	42

1. INTRODUÇÃO

A transfobia pode ser definida como preconceito, discriminação e intolerância sofridas pelas pessoas transexuais que envolvem tais atos que as deixam constrangidas.

Transfobia é qualquer ação ou comportamento baseado em medo, intolerância, rejeição, ódio ou discriminação contra pessoas trans com base em sua identidade de gênero, ou seja, comportamento transfóbico refere-se a qualquer agressão física, verbal ou psicológica que se manifesta com o objetivo de coibir a expressão de gênero, transgênero e travesti.

Além dos preconceitos cotidianos, como tratamento desigual e menosprezo da pessoa em questão, atos transfóbicos também podem levar a crimes de ódio se a pessoa ou seus bens forem atacados de alguma forma. O crime de ódio é um ato de violência motivado pelo ódio ao grupo social ao qual a vítima pertence, é um ato que se diferencia claramente de outros crimes porque seu objetivo é atacar um grupo social ou minoria e não a pessoa que sofre o crime em atacar a si mesmo. Os números mostram que crimes baseados em identidade de gênero e violência contra pessoas trans são uma realidade no Brasil.

A violência obstétrica é definida como violência física, moral e psicológica durante o parto e pós parto, que ocorrem por profissionais da saúde ocasionando a violência entre as gestantes.

“Se o comportamento praticado pela equipe do hospital lhes causa sofrimento psíquico por desconsiderar a condição sexual do casal, isso pode ser considerado violência obstétrica e, eventualmente, representar uma compensação pela dor moral sofrida”. Mas tal conclusão dependeria de uma análise mais profunda do tema, com amplo exercício do contraditório. (PRESGRAVE, 2021)

O estudo deste tema é importante, pois é de alta relevância hoje, pois a transfobia na violência obstétrica tem um grande impacto nas mulheres trans grávidas que sofrem de transfobia devido à falta de profissionalismo nos sistemas de parto que levou à violência obstétrica que nem sempre é compreendida pela sociedade, que pelo desconhecimento da transfobia tende a reforçar o preconceito contra aqueles que pertencem a essas minorias. Tais práticas precisam ser combatidas para evitar o sofrimento psicológico resultante da opressão dos transgêneros. (MÔNICA ,2021).

No entanto, um problema relacionado a esse tema é: Como a transfobia dificulta o acesso a saúde em pessoas trans, ferindo a dignidade humana e caracterizando violência obstétrica?

Hipóteses: Fere os direitos que são garantidos pela Constituição Federal de 1988. Embora, mesmo que não estejam registradas, nas chamadas minorias sexuais, e ainda que não haja indícios de orientação sexual ou identidade de gênero, muitas decisões importantes em termos de garantia dos direitos dessa população foram viabilizadas graças à Constituição. É óbvio dizer que as pessoas trans participam dos direitos humanos. Devida a falta de profissionalismo dos médicos, as gestantes transexuais deixam de fazer consultas médicas, pelo fato de não tratá-las com respeito e dignidade acarretando transfobia e violência obstétrica.

Hipóteses: Com base nos estudo, que apontam a dificuldades que as pessoas trans grávidas tem ao acesso a saúde, o desrespeito ao nome social, a discriminação, a falta do atendimento por profissionais da saúde, estando grávida gerando assim a violência obstétrica e violação de direitos humanos.

Antes de aprofundar no conceito de transfobia é preciso diferenciar entre gênero e identidade de gênero. A primeira “é aquela com a qual o indivíduo nasce, de acordo com a genitália, cromossomos, gônadas e hormônios apropriados, ou seja, feminino, masculino ou intersexo”, enquanto a identidade de gênero é “o sexo com o qual o indivíduo nasce”. identifica, ou seja, representa como o sujeito se reconhece: masculino, feminino ou de gênero” (PRESGRAVE, 2021)

O objetivo é analisar as dificuldades vividas pelas pessoas trans quanto ao acesso à saúde por sofrerem violências que se caracterizam como transfobia e violência obstétrica.

Analisar as manifestações de discriminações de preconceito, transfobia e a violência obstétrica no atendimento à saúde.

As pessoas trans percebem quando estão sendo vítimas de violência obstétrica pelos atendimentos ginecológicos, são tratadas com indiferenças, e com preconceitos

Trata-se de uma pesquisa descritiva e de abordagem quantitativa, em realizar coleta de dados, notícias, informações nos sites, livros e estudo de caso.

2. VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Segundo Sentidos do Nascer, 2015, no século XVIII, o parto era um ritual entre as mulheres, auxiliadas por parteiras, sendo realizados nas casas das próprias famílias. Passando com o tempo, a ser realizado por médicos, evento que se iniciou na Inglaterra.

Nota-se que a concepção tecnicista alterou o modelo de assistência ao parto, dessa forma, desencadeou e contribuiu com o histórico de violência obstétrica e vários outros maus procedimentos, visando corrigir e domar o corpo da mulher, tratando-as como incapazes de parir naturalmente.

No século XXI, a violência obstétrica passou a ser um tema mais acessível em numerosos estudos, documentários, investigação parlamentar, ações no Judiciário, bem como nos conjuntos de intervenções na saúde pública. Ressalta-se que a própria Organização Mundial da Saúde (OMS) designa a prevenção e eliminação de abusos, maus tratos e desrespeitos durante o parto em instituições de saúde, hospitais privados e público.

Fato é que a obstétrica passou a ser falada e mais estudada por volta dos anos 2000 na América Latina, resultado do aumentando da mecanização do parto. Segundo Diniz (2015), a violência obstétrica já era tema também das políticas de saúde ao final da década de 1980, tendo como exemplo o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), uma vez que o tratamento da atenção à saúde das mulheres muitas vezes era impessoal e agressivo. Nota-se que no século XXI, ainda existe más práticas em âmbito hospitalar, práticas essas amedrontadoras e revoltantes, sendo que este deveria ser um lugar de segurança. Assim, ao longo desses anos podemos notar que há falta de profissionalismo, engajamento e atualização de alguns profissionais de saúde, que não abrem mão de usar métodos e habilidades antiquados.

Já no final do século XIX surgiram movimentos a favor da humanização do parto, composto em sua grande maioria por profissionais de saúde e componentes significativo de movimentos feministas, que atualmente ainda lutam pelos direitos sociais e econômicos das mulheres, e que tiveram papel de destaque na luta contra a violência obstétrica ¹.

Segundo Domingues (et al. 2004, p. 62), o modelo de atenção ao parto que predomina ainda hoje é, essencialmente, médico e tecnológico, onde a gravidez é tratada como um evento médico isolado e o parto cercado de risco potencial.

¹ Revista CEJ, Brasília, Ano XXII, n. 75, p. 36-50, maio/ago. 2018

Ademais, de acordo com Tornquist (2004), não demorou para que o tema humanização chegasse aos ouvidos das usuárias dos sistemas de saúde, fazendo com que o tema deixasse de ser restrito aos profissionais de saúde e chegasse até a população, o que ajudou a impulsionar a causa através dos movimentos feministas que já lutavam pelos direitos, igualdade e empoderamento das mulheres, e de listas eletrônicas, tais como: Amigas do Parto, a lista da própria Rehuna, Parto Nosso.

Contrário a tais movimentos e ao afeto humano que por muitos é considerado primordial, o pavor, parece ser a principal causa da cirurgia cesariana que, por sua vez, ganhou força e popularidade. O medo da dor não deve fazer as mulheres preferirem a cirurgia. Ressaltando que a violência obstétrica também pode vir do campo cirúrgico, que, embora menos doloroso, acarreta inúmeros riscos e que caracteriza a violência obstétrica apenas pela indicação desnecessária sem o direito de informar à gestante sobre esse tipo de parto

De acordo com Albuquerque (2016), a violação do direito à segurança do paciente é um campo do saber e de prática definido como a redução ao mínimo aceitável do risco de dano desnecessário associado ao cuidado com a saúde, e que deve ser considerado na implementação de políticas públicas com vistas à diminuição das taxas de mortalidade materna no Brasil. Desse modo, está relativo que o direito à vida é que permite a paciente a não exibir riscos escusáveis que comprometam sua vivacidade.

No Brasil, assim como em outros países da América Latina, o termo "violência obstétrica" é utilizado para descrever as formas de violência que ocorrem durante a gravidez, parto, puerpério e assistência ao abortamento. Também são usados para o mesmo fenômeno, tais termos como: violência de gênero no parto, violência de gênero, aborto, crueldade no parto, desrespeito e abuso.

O termo violência obstétrica nos últimos anos, teve muitas definições, uma delas, sendo a mais recente, a lei contra a violência obstétrica, aprovada no Estado de Santa Catarina, que estabelece em seu artigo 2º - violência obstétrica como todo ato cometido por médico, equipe hospitalar, familiar ou colega, verbal ou fisicamente, que ofenda gestantes, parturientes ou mesmo puérperas.

A violência obstétrica tornou-se um tema da política de saúde no final da década de 1980 como, por exemplo, o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que reconheceu o tratamento impessoal e muitas vezes radical da atenção à saúde da mulher. No entanto, embora o tema esteja na agenda feminista e mesmo nas políticas públicas, tem sido relativamente negligenciado devido a boicotes profissionais e outras questões prementes na agenda do movimento, bem como a falta de acesso das mulheres pobres aos serviços básicos.

Mesmo assim, a violência obstétrica persiste em iniciativas como a capacitação de mulheres vítimas de violência, como no currículo promovido pelo Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde e pelo Departamento de Medicina Preventiva da USP desde 1993.

Neste século, inúmeros estudos no país documentam a prevalência de atitudes discriminatórias e desumanas na obstetrícia tanto no setor público quanto no privado. O interesse acadêmico evoluiu e a produção dos últimos anos inclui pesquisas sobre formação de profissionais e, mais recentemente, dados populacionais, como a pesquisa de Venturi. Este último trabalho, a segunda rodada da pesquisa nacional. “Mulheres Brasileiras e Gênero em Espaços Públicos e Privados”, contribuiu significativamente para a visibilidade da questão da violência obstétrica despertando surpreendente interesse da mídia. Segundo o estudo, cerca de um quarto das mulheres que deram à luz relataram algum tipo de violência no cuidado, assim como cerca de metade das que fizeram aborto.

Em 1993, com a criação da Rede Parto Humanizado (REHUNA), o termo violência obstétrica ganhou maior definição no Brasil, ao reconhecer situações violentas e constrangedoras durante a assistência à mulher.

De acordo com ANDRADE (2014), as boas práticas não são aderidas no Brasil. O atendimento ao parto é marcado pela medicalização da assistência e pelas intervenções obstétricas desnecessárias.

Nesse contexto de agressões e danos causados pela atenção obstétrica especializada, o ativismo on-line das mães, surge como estratégia e proposta de mobilização social contemporânea. É o uso do ciberespaço como espaço para a defesa dos direitos reprodutivos e o enfrentamento da violência obstétrica.

Essa mobilização esteve atrelada ao surgimento e atuação da Rede Humana para o Parto e Nascimento (REHUNA), que desde sua criação tem desempenhado um papel de destaque na condenação da violência na assistência ao parto, descrevendo-a como desumana, constrangedora e ocorrendo como intervenções desnecessárias e violentas que transformam a experiência do parto e nascimento em algo ruim e traumático.

Foi integrado o nome REHUNA por enfermeiros e médicos da área Violência Obstétrica para constituir um aspecto favorável, para reunir profissionais da saúde, mas inclui o aspecto negativo, por estar restringindo o debate da violência obstétrica aos profissionais da saúde.

A violência no parto pode ser expressa de diversas formas durante o trabalho de parto e parto, desde a parte de não explicar e pedir permissão para realizar procedimentos, até

abuso verbal, que é usado em linguagem abusiva para impedir que a mulher expresse seus sentimentos antes e após o parto.

As possíveis vítimas de violência obstétrica não tiveram acesso a informações condizentes com as melhores práticas de parto, mais humanizadas e menos intervencionistas, uma integração entre a rede e as mães (usuárias do sistema de saúde). O acesso das mulheres ao ambiente digital tem sido uma importante ferramenta para o empoderamento das mulheres, questão fundamental na promoção da saúde, e esse empoderamento está relacionado ao aumento de oportunidades para indivíduos e comunidades assumirem o controle de sua própria saúde, e saúde dos diversos elementos que afetam sua saúde é uma estratégia fundamental para que as pessoas ganhem mais controle e poder de decisão sobre esses fatores.

É importante notar que, conforme discutido em outro lugar, não há leis específicas no Brasil que tratem da violência obstétrica contra a mulher e há a necessidade de utilizar as leis existentes para direcionar os agressores na esfera civil para a responsabilização das ações.

A responsabilidade civil tem seus requisitos previstos no artigo 186 do Código Civil para a prática de ato ilícito (BRASIL,2002): “aquele que por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, violar direito e causar dano a outrem, ainda que exclusivamente moral”.

Deve-se notar que o Código Civil divide a responsabilidade civil em responsabilidade objetiva e subjetiva. A responsabilidade objetiva é definida como a responsabilidade que não assume culpa e se contenta apenas com danos e nexo de causalidade, a lei impõe reparação sem falhas a certas pessoas (GONÇALVES,2020, p. 49).

A referida responsabilidade subjetiva dos médicos e enfermeiros está fundamentada no art. 14, §4º do Código do Consumidor, que dispõe que (BRASIL,1990): “a responsabilidade pessoal dos profissionais liberais será apurada mediante a verificação de culpa”.

Ocorre que, apesar de a legislação afirmar que a responsabilidade de médicos e enfermeiros é subjetiva, cabe destacar que o entendimento atual é de que a violência obstétrica não é mais um erro médico, mas uma evidência de violência de gênero, de que o dano e o nexo de causalidade são suficientes para que ocorra a reparação do dano civil .

Ressalte-se ainda que a responsabilidade do hospital ou clínica médica é uma responsabilidade objetiva na acepção do art. 932, III do Código Civil, uma vez que o empregador é responsável pelas ações de seus empregados na execução do trabalho ou devido ao responsável pelo trabalho. Também é urgente ressaltar que é possível responsabilizar o Estado quando o serviço é prestado pela rede pública de saúde, pois a saúde é um direito de todos e deve ser garantida pelo Estado, conforme Art. 196 da Constituição Federal . Portanto,

se o Estado permite que a mulher em trabalho de parto sofra violência obstétrica, viola o artigo 196 da Carta Magna, pelo qual ela tem responsabilidade civil.

Do exposto, pode-se concluir que, na ausência de lei específica responsabilizando os autores dos atos de violência obstétrica, na esfera cível a gestante deve dirigir-se ao Instituto de Responsabilidade Civil para ver os responsáveis pelo dano.

2.1. ASPECTOS HISTÓRICOS

O nascimento é um fenômeno que atravessou todas as sociedades e todos os tempos e tem raízes profundas na sociedade, tem-se como um evento associado à dor e purificação feminina. O parto é um dos eventos mais importantes na vida da mulher e representa um momento único em sua vida e o do filho, tem um impacto poderoso na vida de toda mulher, considerando que uma gravidez com quarenta e duas semanas dura cerca de trinta e sete. Desta vez a mulher está esperando por outro ser humano e está trabalhando com as mudanças biológicas, psicológicas, culturais, sociais e econômicas que ocorreram em seu corpo.

A violência em obstetria inclui demora no atendimento, recusa em procurar serviços de saúde, cuidado negligente, recusa em administrar analgésicos, abuso físico, verbal ou psicológico, abuso de privacidade e liberdade de expressão, realização de atos coercitivos ou não atos consensuais, a colocação de mulheres e seus bebês em estabelecimentos de saúde, entre outros. Inclui a não utilização de procedimentos recomendados, bem como a utilização de procedimentos desnecessários, não recomendados e desnecessários que podem causar danos, implicar intervenções e iatrogenias com consequências evitáveis para a saúde da mulher e do bebê, como a distocia no parto, hemorragia neonatal e hipóxia, além de insatisfação feminina e depressão pós-parto.

O impacto da violência obstétrica na utilização da atenção à saúde é preocupante, pois a qualidade da assistência afeta a experiência do parto das mulheres, a experiência do nascer das crianças e a cultura social do parto, podendo afetar a credibilidade dos serviços de atenção ao parto. O excesso de óbitos infantis evitáveis e o lento declínio da mortalidade materna no Brasil têm se destacado em parte como resultado do excesso de intervenções não indicadas no trabalho de parto e com a persistência de óbitos evitáveis na assistência à saúde.

A violência no parto é, portanto, um tema relevante para a política pública de saúde da mulher e da criança no Brasil e para a formação de trabalhadores e gestores de saúde diante da necessidade de mudança das práticas de enfermagem e do sistema de saúde. No contexto brasileiro, há uma grande influência cultural na percepção da sociedade sobre o parto

relacionado ao uso excessivo de procedimentos, falta de privacidade e controle profissional e institucional sobre o processo de parto, considerados fatores que influenciam o excesso de cesariana no Brasil. Assim, do ponto de vista das mulheres, a cesariana tornou-se uma alternativa à violência ou abuso durante o parto.

Com o objetivo de contribuir para a mudança da cultura da sociedade, com a valorização do parto normal e a redução de intervenções desnecessárias, foi fundado em 2015 Sentidos do Nascer, uma iniciativa para mobilizar e disseminar práticas baseadas em evidências em obstetrícia e parto. Uma exposição inovadora sobre educação em saúde que, por meio de instalações interativas voltadas para o envolvimento de temas, combina diferentes linguagens (arte digital com técnicas teatrais) e ferramentas (vídeos e fotografias, cenários, painéis) para envolver o visitante e instigar e provocar reflexões, além de fornecer informações atualizadas com base em evidências científicas.

Durante seu desenvolvimento foram avaliados os efeitos da exposição sobre o conhecimento e a percepção dos visitantes sobre o parto normal e outros aspectos relacionados à obstetrícia, os riscos da cesariana e os procedimentos cientificamente recomendados e desencorajados. entre outras coisas, dimensionar sua abrangência em relação à mudança cultural, mobilização social e empoderamento da mulher durante o parto e nascimento.

Apesar dos grandes debates nas últimas décadas, a problematização da violência obstétrica representa uma experiência atual com a violência ao parto desde a antiguidade. Em 1992, a Organização das Nações Unidas (ONU) declarou que toda violência contra a mulher é uma forma de discriminação que impede seriamente as mulheres de gozarem dos seus direitos e liberdades em igualdade com os homens (CARVALHO,2019).

Dada a importância de manter o termo para se ter construções tangíveis de políticas públicas e definir os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, é necessário que haja uma educação voltada para a compreensão do parto, nomeadamente desde o nível escolar onde os indivíduos compreendem historicamente os seus contextos, subjetivo, simbólico e de gênero para além da abordagem biomédica, o que ajudaria a garantir a escolha da mulher no parto, pois o acesso à informação potencializa a autonomia e o papel da mulher influenciada positivamente por esse processo.

Toda gravidez é composta por várias fases como cursos e preparação pré-natal juntamente com histórias da gestante, que podem resultar em uma gravidez anterior ou a termo bem como a experiência de entregas anteriores que possam ter impacto na entrega.

Além disso, o parto ou processo fisiológico que na maioria dos casos exige que a mulher seja internada em um hospital para que a gestante fique mais afastada de

sua família, visto que na maioria das gestações não é permitida a presença de familiares durante o parto, em fato, quando a mulher que dá à luz é internada para o parto, ela perde sua identidade, pois ali é tratada como um número, com consequências negativas para sua vida.

Apesar de algumas mulheres entenderem que o hospital é considerado o melhor e mais seguro lugar para ter um filho, muitas delas sofrem, sentem-se abandonadas ou até temem a morte do filho ou a sua morte até a angústia que sentem, quando veem que suas expectativas estão sendo frustradas naquele momento.

Uma das maiores mudanças ocorridas no final do século passado foi o aumento exagerado de incidências de cesarianas sem indicação médica: as gestantes têm acesso a informações e serviços de saúde, o que lhes permite escolher que tipo de parto que querem, nada podendo ser imposto. De acordo com Fiorrati (2019) “a agressão ocorre com maior frequência no momento do nascimento e envolve a realização de técnicas inadequadas, privação da mulher de alimentação e água, ações sem consentimento da parturiente, ou seja, atos que ferem a autonomia da mulher”.

No que se refere à violência obstétrica, segundo os obstetras, esses profissionais relatam vários atos agressivos comumente praticados pelos médicos durante e após o trabalho de parto, como a omissão da dilatação correta para indicar uma cesariana de emergência em favor do médico. Relatos de violência verbal contra a parturiente e condenações repletas de julgamentos e humilhações são muito comuns, essa experiência dolorosa gera traumas e muitas consequências emocionais, psicológicas e físicas para as mulheres, (SILVA, 2014)

2.1.1 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA FÍSICA

O abuso físico ocorre quando a integridade física da mulher não é respeitada ou não são oferecidas alternativas a saúde, de modo que o dano à mulher acaba sendo maior do que o benefício desejado. Uma forma comum de violência é o uso rotineiro de ocitocina nas internações precoces para acelerar o trabalho de parto, o que pode levar ao aumento da dor e representar sérios riscos para as mulheres em trabalho de parto e seus bebês.

Outra forma de abuso físico é a episiotomia, uma incisão cirúrgica na vagina para alargar o canal no "momento da expulsão" do parto, procedimento que pode causar uma série de complicações, incluindo infecção, problemas de cicatrização e aumento da dor no tempo após o nascimento, principalmente durante as relações sexuais, que afetam a vida sexual da vítima de violência obstétrica.

Esse procedimento não é apenas uma violência contra o corpo da mulher, mas também pode constituir uma agressão emocional e moral, pois ao término da sutura da episiotomia, geralmente é colocado um fio adicional na incisão para "estretar" sequencialmente a abertura vaginal, para proporcionar maior satisfação sexual ao parceiro masculino. Em alguns casos, esse procedimento, conhecido como "ponto do marido", era realizado sem o consentimento da parturiente.

Ainda em relação à violência física, destaca-se o doloroso e repetido exame vaginal realizado sem atender aos critérios na mesma mulher em trabalho de parto por vários profissionais e até mesmo acusados de finalidade educativa. Ressalta-se que a individualidade da parturiente não é levada em consideração. Há desconforto durante os procedimentos, falta de respeito à fisiologia e divulgação desnecessária da privacidade da mulher (LEAL; SILVANA; GRANADO, 2012).

A chamada "Manobra de Kristeller" que consiste em aplicar pressão física no útero da mulher para tentar expelir o bebê e que pode causar sérios danos à mulher (costas quebradas e sangramento) e à criança é, inclusive, uma prática oficialmente contraindicada pelo Ministério da Saúde desde 2017. No entanto, sua prática não cessou completamente.

Embora essa intervenção não seja recomendada pela OMS, principalmente quando se trata de um procedimento para acelerar o trabalho de parto, ela representa uma prática crescente no Brasil, sendo os principais motivos desse aumento: falta de informação sobre redução de duração e longo prazo riscos

2.1.2 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA VERBAL

A violência verbal é um comportamento agressivo caracterizado pelo uso de linguagem abusiva com a intenção de constranger, humilhar, manipular com ameaças, gritar, xingar, humilhar. Assim como a violência física, esse tipo de agressão tem um impacto significativo na vítima, causando danos psicológicos brutais e irreparáveis.

A falta de atenção aos maus-tratos por parte dos profissionais de saúde teve um sério impacto na saúde da mulher e da criança, como ficou evidente nas falas, com consequências trágicas. Esses relatos apontavam para a ligação entre esse tipo de violência e óbitos no período neonatal precoce: "[...] a médica nunca esteve presente nas minhas consultas, sempre foi responsabilidade do estagiário, ela só ia e assinava a prescrição [...] meu filho morreu [...]" (GUIMARÃES; JONAS; AMARAL, 2017, p. 12).

As vítimas frequentemente citam violência verbal e psicológica, como comentários constrangedores, degradantes, racistas, sexistas ou que violem sua raça, idade, educação, religião, orientação sexual, condição socioeconômica, estado civil ou até ridicularizem suas escolhas de nascimento, como a posição para dar à luz ou tipo de parto. Assim como em outros estudos, a violência verbal se destaca nas oito regiões de saúde como a segunda forma de violência mais identificada assumindo a forma de maus-tratos, ameaças, opressão, gritos, humilhação e desrespeito: “[...] quando entrei na sala de cirurgia, o bebê estava[...] então fiz cocô [...] eles gritaram comigo que eu tinha que ir ao banheiro para tomar banho” (GUIMARÃES; JONAS; AMARAL, 2017, p. 13).

Por ser um assunto antigo, às vezes a paciente não consegue enxergar o que realmente é a violência obstétrica. O parto é um momento único na vida de toda mulher, por isso precisa ser um ambiente acolhedor para que ela se sinta segura. A paciente é a protagonista do parto, ela deve ser acolhida nesta situação.

2.1.3 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA PSICOLÓGICA

Sabe-se que o parto acarreta grandes mudanças físicas, hormonais, psicológicas e, por outro lado, as mulheres enfrentam mudanças em seus papéis sociais e relações interpessoais. Portanto, a psicologia identifica esse evento como turbulento justamente pelas importantes transformações e pelo impacto que tem no ciclo de seus relacionamentos. Isso mostra que, além dos processos de saúde física, atores-chave no ciclo gravídico da mulher também estão envolvidos em sua saúde mental. Conseqüentemente, existe a possibilidade de ocorrência de tristeza ou mesmo de episódios psicóticos, e o puerpério pode ser visto como uma fase que aumenta a probabilidade de transtornos mentais e, quando ocorre, leva ao rompimento de uma vida saudável. (MUNIZ; BARBOSA, 2012).

Na pesquisa de Rocha e Grisi (2017) feita com 7 puérperas da cidade de Vitória - Bahia, por meio de uma entrevista gravada seguida de um roteiro estruturado, também foi constatado que a violência obstétrica é um tipo de violência psicológica que causa trauma à mulher e eventualmente desenvolve depressão pós-parto. Outras conseqüências comprovadas afetaram a sexualidade da vítima após o procedimento de episiotomia, afetando sua vida sexual e autoestima, afetando sua imagem corporal e causando desconforto físico como dor.

Esses sentimentos emergem como conseqüência da violência obstétrica, sendo o constrangimento na primeira emoção em que as mulheres enfrentam, seguida da violência psicológica por agressão verbal. Além disso, a ansiedade é amplificada e sentimentos de

inferioridade, ansiedade e insegurança se desenvolvem devido as humilhações na prática dos profissionais de saúde, que "criam ou aumentam sentimentos de incapacidade, inadequação e impotência nas mulheres e em seus corpos (SILVA; SILVA; ARAÚJO, 2017, p. 32).

Mudanças mentais em mulheres podem frequentemente ocorrer como resultado de trauma, incluindo choque que ocorre imediatamente após o ataque e dura várias horas ou dias. Mas, independentemente do tipo de violência e do dano físico sofrido, as consequências muitas vezes vão além do dano imediato.

O aspecto traumático da violência pode colocar em sério risco a saúde mental das mulheres, principalmente porque afeta sua autonomia e gera sentimentos persistentes de incapacidade e perda de autoestima (CFP, 2013, p. 71).

O equilíbrio desigual de poder, principalmente quando o discurso das mulheres não é reconhecido, é ignorado na assistência ao pré-natal e ao parto. Dessa forma, na maioria das vezes, o poder decisório se concentra nos profissionais, na figura do médico que decide o que fazer ou não fazer em um momento que afeta totalmente a mulher, afirmando a situação de subordinação materializada no controle e vigilância do corpo feminino (MUNIZ; BARBOSA, 2012, p. 7).

A relação entre os maus-tratos vivenciados pelos pacientes e as práticas discriminatórias dos profissionais de saúde pode ser encontrada na literatura. Eventualmente, a mulher é marcada pela inferioridade e, no contexto institucional, seu corpo e sexualidade tornam-se objetos controlados pela prática médica.

3. O TRANSEXUAL E O GÊNERO DIVERGENTE

O trânsito entre os gêneros e a vivência de gênero além do binarismo demonstram que o indivíduo não é predestinado a cumprir os desígnios de suas estruturas corpóreas. A partir da ideia de que o corpo é socialmente construído, o indivíduo transexual concretiza seu gênero desejado através das roupas, dos gestos, dos olhares e das intervenções corporais tecnobiocientíficas. Esses sinais exteriores, em performance, estabilizam e dão visibilidade ao corpo (BENTO, 2010).

O direito ora explicitado, assim como o direito ao nome, estão consagrados como direitos fundamentais na Carta Magna, que diferenciam o indivíduo em sua vida em sociedade, protegendo seu nome, sua nacionalidade, sua filiação, a época de seu nascimento e sexo. Em termos simples, é o direito de uma pessoa ser ela mesma. Nesse sentido, de acordo com Paulo Otero: “É o traço distintivo da pessoa que a individualiza e permite a construção de sua personalidade. É o seu jeito de ser, como se comporta na comunidade, com suas qualidades e deficiências, com suas qualidades e aspirações, com sua bagagem cultural”. (TJRS, Apelação Cível nº70022504849, Rel. RUIPORTANOVA, julgamento 06/04/2009, página 17.)

As intervenções cirúrgicas e o tratamento hormonal, também contribuem para a determinação de um gênero, possível a partir de um amplo espectro de possibilidades de generificação, ou seja, de performatizar discursiva, social e corporalmente um gênero. Segundo Butler (2003), o gênero não é uma essência do “eu”. Para ela, o gênero é performativo, e sua performatividade não é um ato singular, mas uma repetição de uma norma ou conjunto de normas pressupostas de gênero que atingem seus efeitos através de sua naturalização no corpo. Com isso, a autora sugere que essa visão de gênero mostra que, o que é considerado uma essência interna de gênero é na verdade uma construção efetivada na repetição de atos, postulados através da estilização do gênero no corpo.

Embora o prefixo “trans”, presente nos termos “transexualismo”, “transexualidade” e “transgênero” possa sugerir uma transição, um ponto inconclusivo, transitório, na subjetividade de gênero, o indivíduo transexual pode não se encontrar nessa situação. Ele não abandona um gênero para assumir outro, mas sim abre mão de representações estéticas e comportamentais atribuídas a um gênero pelas aparências de outro. Em outras palavras, a pessoa não pertence a um gênero e deseja trocar por outro; sua transformação (estética, hormonal cirúrgica e comportamental) deve ser compreendida como uma mudança estética de

gênero, uma nova aparência para fazer frente a sua experiência interna, e, portanto, tornar possível a construção de sua subjetividade e identidade psicossocial.

Os diversos arranjos possíveis na construção de gênero dependem, portanto, de um repertório estético e biotecnológico. A elaboração do gênero na transexualidade, deve-se ressaltar, perpassa um dispositivo que a controla e ao mesmo tempo a torna possível. A partir desse dispositivo, de caráter médico-legal e que historicamente instituiu a primazia do discurso e tecnologia biomédicos na definição diagnóstica e tratamento da transexualidade, os indivíduos podem se reconhecer enquanto transexuais e demandar cuidados específicos que estabeleçam sua legitimidade sócio-jurídica. A incorporação da transexualidade no discurso médico-científico e a criação de novas categorias sexuais pela ciência foram desdobramentos da anterior “medicalização” com conseqüente patologização da sexualidade. A partir de Conrad (2007), compreende-se a medicalização como um fenômeno complexo que envolve a definição em termos médicos de um comportamento considerado desviante e as considerações científicas que o legitimam, os tratamentos propostos e os interesses sociais, políticos e econômicos em questão.

A transexualidade, enquanto categoria diagnóstica tem sido definida e legitimada pelo saber médico através de manuais diagnósticos médico-psiquiátricos e de diretrizes de tratamento da transexualidade. A apropriação do fenômeno da transexualidade pela medicina, “através da proposição de tratamentos, deu origem a um problema médico-legal, já que esse tipo de intervenção médica não era permitido em todos os países” (ARÁN; MURTA; LIONÇO, 2009, p. 1143).

A demanda dos sujeitos transexuais deve, em conseqüência de sua entrada nos manuais, ser considerada a partir de protocolos oficiais de atendimento. Apesar da regulação da autonomia que estes protocolos oferecem aos sujeitos transexuais, nota-se que desde o reconhecimento da transexualidade enquanto objeto de intervenção da medicina essa categoria torna viável seu tratamento através dos serviços públicos de saúde. Hausman (2006), em suas considerações sobre os sujeitos transexuais, acredita que o discurso transexual ainda é influenciado pelo discurso médico, mas, vai além, ao alegar uma identidade de gênero com base nas diferenças anatômicas e ao mesmo tempo diferente da identidade designada no registro de nascimento. Essas declarações seriam o mecanismo que asseguraria a concordância dos profissionais que praticam as alterações corporais.

Incluída em 1980 pela primeira vez no DSM, em sua terceira revisão, a transexualidade vai percorrer uma trajetória marcada por constantes alterações a cada revisão do manual, sendo no entanto mantido seu caráter patológico. Os principais, mais conhecidos e

utilizados manuais de referências são: o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), elaborado pela Associação Americana de Psiquiatria (APA), a Classificação Internacional de Doenças (CID), publicado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), e o *Standards of Care* (SOC), produzido pela *World Professional Association for Transgender Health* (WPATH). Sobre a categoria da transexualidade nesses manuais, Bento e Pelúcio (2012, p.573) afirmam que:

[...] nos três documentos de referência (DSM-IV, CID-10 e SOC), as pessoas transexuais são construídas como portadoras de um conjunto de indicadores comuns que as posicionam como transtornadas, independentemente das variáveis históricas, culturais, sociais e econômicas. Mas há algumas diferenças entre esses documentos. Para o SOC, “o transexual de verdade” tem como única alternativa, para resolver seus “transtornos” ou “disforias”, as cirurgias de transgenitalização. Já no DSM-IV a questão da cirurgia é apenas tangenciada, sua preocupação principal está em apontar as manifestações do “transtorno” na infância, na adolescência e na fase adulta. Neste documento, não há diferenciação entre sexo, sexualidade e gênero. São os deslocamentos do gênero em relação ao sexo biológico os definidores do transtorno, pois o gênero normal só existe quando referenciado a um sexo genital que o estabiliza. O CID-10, por sua vez, não é um manual de orientação ou de indicadores diagnósticos, é, antes, uma convenção médica que estabelece as características das doenças e seus respectivos códigos utilizados e aceitos internacionalmente por médicos/as e outros/as operadores/as da saúde.

Assim como o DSM, a versão original e subsequentes versões do SOC eram baseadas principalmente no consenso profissional e fundamentada na experiência clínica ao invés de resultados de pesquisa formal. Através do desenvolvimento padronizado de uma terminologia, acreditava-se que poderia haver uma melhor coleta de dados e uma comunicação mais clara entre os médicos e cientistas no futuro. Assim como o DSM e CID, o SOC foi regularmente revisado para refletir as mudanças ao longo do tempo. Seguindo o exemplo do DSM e CID, as primeiras versões do SOC, com base no consenso profissional e na prática clínica, adotaram a mesma abordagem patologizante e a terminologia encontrada no DSM e CID. Além disso, o SOC tendia a submeter-se aos critérios do DSM para o diagnóstico enquanto se concentrava na definição de suas diretrizes de tratamento.

A elaboração diagnóstica realizada pelos três manuais pode se interrelacionar. Para a revisão do CID-10, a OMS, através de sua *Global Clinical Practice Network*², convidou os

² A Rede Global de Prática Clínica – RGPC (*Global Clinical Practice Network* – GCPN) é uma rede internacional e multilíngue de profissionais de saúde mental e atenção primária, estabelecida pelo departamento de Saúde Mental e Abuso de Substâncias da Organização Mundial de Saúde.

profissionais membros da WPATH a compartilhar seu conhecimento e experiência clínica para o processo de desenvolvimento do CID-11, participando através da internet do campo de estudos das diretrizes diagnósticas propostas. Além de sua relação com o CID, a WPATH também publica um documento oficial de análise do DSM mais atual com elogios, críticas e sugestões às mudanças discutidas na revisão deste manual, sendo o último divulgado em 2010 sobre o então não finalizado DSM-5.

A aplicação desses três manuais será diversificada devido ao contexto particular de cada localidade. Percebe-se que o CID e o DSM são atualmente os mais utilizados pelos profissionais da medicina para estabelecerem o diagnóstico e tratamento de pacientes transexuais no Brasil, enquanto alguns países ou regiões aplicam normas locais de atenção. Além da diversidade na referência diagnóstica e de tratamento da transexualidade, os diferentes centros que atendem os indivíduos transexuais também diferem em suas práticas (CUYPERE; GIJS, 2014).

De acordo com ARÁN, MURTA e LIONÇO (2009), os serviços realizados no processo transexualizador no Brasil apresentam formato diferenciado de atendimento, com práticas cirúrgicas e terapêuticas distintas. Apesar da diferença conceitual e de tratamento, existe um consenso entre os manuais na definição da possibilidade de tratamento do indivíduo transexual através da cirurgia, além do apoio psicológico e da hormonização. A cirurgia de redesignação sexual tornou-se elemento definidor fundamental da transexualidade pela medicina, embora não seja consenso para critério da experiência transexual no campo do ativismo político dos movimentos LGBTTT.

Deve-se lembrar que as cirurgias foram inicialmente realizadas sob a demanda dos próprios indivíduos transexuais, que negociavam e pressionavam os médicos a realizarem as intervenções. No entanto, muitos sujeitos transexuais, na atualidade, contestam a cirurgia como elemento central em sua demanda por cuidado.

Considerando que existem diferentes possibilidades de experiência da transexualidade em diferentes pessoas, “podemos afirmar que há também necessidades distintas quanto às características das intervenções somáticas que seriam satisfatórias para cada indivíduo” (ARÁN MURTA; LIONÇO, 2009, p. 1144).

Segundo ALMEIDA (2012, p.517), “é possível falar de pessoas que, em diferentes contextos sociais e culturais conflituam com o gênero e, em alguma medida (que não precisa ser cirúrgica / química), decidem modificá-lo”.

Do exposto, fica evidente a necessidade de aplicação de princípios e normas legais para mitigar os sentimentos nocivos à saúde mental de pessoas trans, também como forma de

dar suporte adicional aos direitos humanos existentes no ordenamento jurídico brasileiro para erradicar preconceitos relacionados a transexualidade, e isso é irônico, e é algo vedado. Na Constituição da República de 1988 em seu artigo 5º, caput:

“Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza , garantindo-se aos brasileiros e estrangeiros residentes no país a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, igualdade, à segurança e à propriedade.

3.1. DA MULHER TRANSEXUAL

O acesso ao processo transexualizador é hoje realizado em maior número pelas mulheres transexuais, já que essa política de saúde tem como referência principal a possibilidade de realização da cirurgia de transgenitalização, inviabilizando que segmentos populacionais com demandas semelhantes possam ser beneficiados por ela (MURTA, 2011).

A transexualidade não decorre do apelo ao direito de dispor do próprio corpo, mas como variante do direito à liberdade sexual, no âmbito jurídico do direito ao livre desenvolvimento da própria personalidade.

No artigo 13.º do Código Civil contém disposições que tornam lícita a realização da cirurgia, uma vez que defende a disposição do próprio corpo quando implicar dano permanente à integridade física ou for contrária aos bons costumes. . Em outras palavras, sabe-se que as pessoas trans são portadoras de uma doença genética incurável, e impedir a cirurgia de redesignação sexual seria infringir a regra contida neste artigo, pois colocaria em risco a integridade física da pessoa em questão.

A perspectiva de vida da travesti ou mulher transexual é de apenas 35 (trinta e cinco) anos. Elas possuem condições de vida precárias, pois a marginalização começa muito cedo, ainda em âmbito familiar. O abandono da família, a falta de amparo e as violências sofridas na escola contribuem para que sejam pessoas com poucos estudos, e, sem mercado de trabalho, acabam por ingressar no mundo da prostituição, das drogas, criminalidade e um completo estado de miséria (NOGUEIRA; AQUINO; CABRAL, 2017).

Na cultura brasileira, um determinado modelo de corpo, o corpo distintivo, é considerado um capital e constitui-se em elemento crucial na construção de uma identidade nacional. A cobrança às mulheres para atingir essa idealidade corporal, a partir do conjunto de discursos da sociedade, que atravessam o seu corpo e sua identidade, representa a chamada miséria subjetiva. Assim, essa condição ocorre pela forma como a mulher enxerga a si mesma,

uma autoimagem profundamente miserável e que não depende de seu eventual poder objetivo, que seria alcançado pela realização profissional, maior escolaridade e independência econômica (GOLDEMBERG, 2012).

O sentimento de vergonha do próprio corpo, o medo da solidão, a incapacidade de olhar-se no espelho, a sensação de invisibilidade ou de não ser socialmente útil são sintomas da miséria subjetiva vivida por muitas mulheres brasileiras, segundo Mirian Goldenberg (2012).

Resguardando as devidas singularidades de cada caso, o estado de miséria subjetiva também é vivenciado pelas pessoas Trans. O padrão heteronormativo, exigido socialmente, que incide sobre o corpo e a identidade da pessoa que não se justifica ao sexo determinado no nascimento, produz a marginalização, a discriminação e até mesmo a violência. Decorrente disso, essas pessoas são marginalizadas, excluídas, ignoradas, e, por esta razão, acometidas por problemas de saúde física e psíquica.

3.2. IDENTIDADE DE GÊNERO

Analisar as construções das identidades sexual e de gênero de um indivíduo é, sobretudo, um estudo sobre o comportamento humano; é entender como as variantes biológicas, educacionais, ambientais, políticas, econômicas e culturais influenciam na constituição da identidade pessoal, em sua aparência, seus modos, desejos, afetividade, expectativas internas e pessoais, bem como, as sociais e jurídicas.

Os direitos da personalidade são posições jurídicas fundamentais do ser humano, que dispõe pelo simples fato de nascer e viver; são aspectos imediatos da existência integrada do homem; são condições essenciais para o seu ser e devir; revelar o conteúdo necessário da personalidade; são emanções da própria personalidade humana; são o direito de exigir dos outros o respeito pela própria personalidade; seu objeto não é algo externo ao sujeito, mas os modos físicos e morais de existência da pessoa ou as faculdades físicas, morais e jurídicas da personalidade ou fenômenos parciais da personalidade humana (JORGE MIRANDA, Manual de Direito Constitucional-Tema IV- Direitos Fundamentais, 3ª edição, Coimbra Editora, p. 58/59).

No Brasil, o termo identidade de gênero foi incorporado no vocabulário militante durante as discussões sobre transexualidade no movimento LGBT, entre o final da década de 1990 e o início dos anos 2000 (CARVALHO; CARRARA, 2013). O debate se dá sobre as bases da construção da identidade de gênero, se o gênero é produto de fatores socioculturais ou se se circunscreve ao fator biológico, e, até mesmo, pela combinação de ambos.

John Willian Money, especialista em intersexualidade, foi o primeiro a usar o termo gênero associado à identidade masculina e feminina das pessoas ainda na década de 1950. Para o psicólogo, a identidade de gênero está ligada apenas a fatores socioculturais, totalmente dissociado de fatores biológicos. Buscou provar empiricamente sua teoria, contudo ficou mundialmente conhecido pela desastrosa experiência com os irmãos gêmeos Reimer (TELLES, 2017).

De outro lado, o médico Robert Jesse Stoller, na década de 1960, compreendeu a identidade de gênero como algo proveniente da conjugação de fatores culturais e biológicos. O psicanalista admite o elemento cultural na formação da identidade de gênero, contudo defende que há uma essencialidade masculina ou feminina indissociável da construção identitária do sujeito. Sobre a identidade de gênero nuclear, Stoller (1993) explica sua formação detalhadamente:

A identidade de gênero nuclear resulta, em minha opinião, do seguinte: I) Uma força biológica, genética (...); II) A designação do sexo no nascimento: a mensagem que a aparência dos genitais externos do bebê leva àqueles que podem designar o sexo – o médico que está atendendo e os pais - e os efeitos inequívocos subsequentes desta designação para convencê-los do sexo da criança; III) A influência incessante das atitudes dos pais, especialmente das mães, sobre o sexo daquele bebê, e a interpretação dessas percepções por parte do bebê - pela sua capacidade crescente de fantasiar - como acontecimentos, isto é, experiências motivadas, significativas; IV) fenômenos bio-psíquicos, efeitos pós-natais precoces causados por padrões habituais de manejo do bebê (...), esse item está ligado com o III, mas é listado à parte por ênfase e para distingui-lo dos processos mentais; V) desenvolvimento do ego corporal (...) confirmando para o bebê as convicções dos pais a respeito do sexo de seu filho (STOLLER, 1993, p. 30).

Para Saffioti (1999), a primeira pessoa a sugerir a noção de gênero como algo construído foi Simone de Beauvoir, ainda na década de 1940, quando se dedicou ao estudo da mulher, em uma fase anterior aos estudos sobre gênero de Robert Stoller. A famosa frase de Simone de Beauvoir “não se nasce mulher, mas se torna mulher”, em sua obra “O Segundo Sexo”, em verdade, tem relação com o papel desempenhado pela mulher na sociedade, pois o feminino era entendido como algo construído socialmente, e não, determinado pela biologia.

Sobre os papéis sociais do homem e da mulher na sociedade, cumpre trazer as lições de Pierre Bourdieu (2012) sobre o patriarcado e os mecanismos de dominação masculina como uma espécie de violência simbólica. Seu estudo partiu da análise etnográfica de uma sociedade específica do mediterrâneo – Berberes da Cabília.

O sociólogo explica o caráter simbólico da violência pois as vítimas não percebem que estão sendo subjugadas, já que a violência atua por meio da comunicação e conhecimento,

ou seja, é uma ação institucionalizada nos espaços da escola e no Estado. Dessa forma, os papéis sociais do homem e da mulher ganham uma aparência de algo naturalizado (BOURDIEU, 2012).

Anthony Giddens (2008) também segue o entendimento de que gênero é edificado de forma dialógica na sociedade, constituindo-se em um atributo de diferenciação de papéis sociais entre homens e mulheres, a qual se reveste em uma verdadeira estratificação social, pois acarreta desigualdade de poderes socioculturais e econômicos e, além disso, pode contribuir para o fortalecimento do sexismo, que, segundo explicação do sociólogo, é a prática da discriminação por motivo de sexo ou gênero.

A historiadora Joan Scott (2012) esclarece que o termo gênero, quando usado para referenciar uma relação social dos sexos, tornou-se impreciso, englobando outras vertentes além daquelas defendidas originalmente pelo movimento feminista. Ainda explica que, no início do movimento feminista, na década de 1970, o gênero era entendido como uma formulação social para debater as relações de poder entre homens e mulheres e os papéis de cada um na sociedade, a partir de um sistema binário, em que a biologia imperou por muito tempo o campo de definição sobre as mulheres. Em seu ponto de vista, argumenta, contudo, que os corpos, por si só, não são capazes de produzir definições seguras sobre identidade e orientação sexual. Acerca dos termos sexo e gênero, a historiadora ressalta a vertente construtivista sobre gênero, ao tempo em que alerta para a impossibilidade de dissociá-lo do fator psico-sexual.

Nessa toada, surgiram variados debates acerca do termo gênero e sobre sua significância na construção da identidade do que é ser homem e ser mulher. Berenice Bento avalia que as experiências Trans têm desconstruído as teorias construtivistas de gênero calcadas na diferença sexual dos corpos e assim leciona:

A visão que define gênero como algo que as sociedades inventam para significar as diferenças dos corpos sexualizados assenta-se em uma dicotomia entre sexo (natureza) versus gênero (cultura). Segundo essa visão, a cultura imprimiria no corpo inerte e diferenciado sexualmente pela natureza as marcas culturais. Ao contrário, podemos analisar gênero como uma sofisticada tecnologia social heteronormativa, operacionalizada pelas instituições médicas, linguísticas, domésticas, escolares e que produzem constantemente corpos-homens e corpos-mulheres (BENTO, 2012, p. 2657).

A posição teórica defendida por Berenice Bento (2012) é também compartilhada por Judith Butler (2015), que considera o gênero como ato performativo, pois acredita não existir nada apenas descritivo ou neutro. Para a filósofa, nenhuma pessoa nasce homem ou

mulher, mas, sim, seres humanos, pois homem e mulher são conceitos impostos de uma sociedade patriarcal. O gênero vai sendo construído pouco a pouco como algo permanente. Nesse sentido, o ser humano teria o direito de construir o seu gênero, independentemente do sexo.

3.2.1. ATOS DE EXCLUSÃO E VIOLÊNCIA EM RAZÃO DE GÊNERO DIVERGENTE

Comemora-se em 29 de janeiro o Dia da Visibilidade Trans, data escolhida no ano de 2004, quando um grupo de travestis e transexuais participaram de campanha intitulada “Travesti e Respeito”, promovida pelo Departamento de DST, AIDS e Hepatites do Ministério da Saúde. Carvalho e Carrara (2013) explicam que a data marcou uma virada de perspectiva sobre as pessoas travestis e transexuais, que deixaram de ser consideradas população-alvo das políticas de saúde para assumir o protagonismo desta política.

No contexto histórico sobre a invisibilidade Trans no Brasil, a ditadura militar representou um período bastante perturbador para viver uma identidade Trans. Naquele período, as travestis eram alvo de investigações, pois suas figuras representavam um potencial ofensivo à sociedade da época, tinham a liberdade cerceada por meio de prisões arbitrárias, apanhavam e sofriam violência institucional do próprio governo. A invisibilidade era de tal forma, que a transexualidade era considerada um subtipo de homossexualidade, pois não havia, naquela época, distinções conceituais sobre identidade de gênero e orientação sexual (NOGUEIRA; AQUINO; CABRAL, 2017).

A luta pela visibilidade das pessoas Trans como sujeitos políticos é relativamente recente, haja vista as primeiras organizações de ativistas travestis no Brasil somente se formaram nos anos noventa. A Associação das Travestis e Liberados do Rio de Janeiro (ASTRAL), primeira organização política de travestis da América Latina e segunda no mundo, surgiu como um movimento reativo às ações policiais contra as travestis que se prostituíam na cidade do Rio de Janeiro, e como uma forma de resistir às prisões arbitrárias que circundavam este grupo de pessoas (CARVALHO; CARRARA, 2013).

O primeiro encontro organizado pela ASTRAL, chamado ENTLAIDS, ocorreu no ano de 1993 e foi muito importante para a formação de outras organizações na década de 1990. Nessa toada, a primeira rede nacional foi formada no ano 2000, a conhecida ANTRA (Associação Nacional de Travestis e Transexuais), que, atualmente, conta com mais de cento e vinte e sete instituições afiliadas e é considerada a maior da América Latina. Já as organizações

específicas formadas por pessoas que se autodefinem transexuais somente apareceram anos mais tarde, com destaque à UBT (União Brasileira de Transexuais), criada em 2005, e o Coletivo Nacional de Transexuais (CNT), também criado naquele mesmo ano, que, em 2008, passou a chamar-se ARACÊ (Rede Social em Direitos Humanos, Feminismos e Transexualidade) (CARVALHO; CARRARA, 2013).

A realidade mostra que as pessoas Trans não têm acesso aos seus direitos mais básicos. Pesquisa contida na obra “Dossiê: a carne mais barata do mercado” revela o drama enfrentado pelas pessoas Trans que desejam retificar seus documentos civis para adequá-lo ao gênero com que se autoidentificam. Entre os entrevistados, 330 (trezentos e trinta) afirmam que estão aguardando julgamento, 133 (cento e trinta e três) responderam que conseguiram a mudança exclusiva do prenome, 124 (cento e vinte e quatro) afirmaram ter conseguido mudar o nome e gênero, 71 (setenta e um) responderam que o processo foi indeferido e, por fim, 1.253 (mil e duzentos e cinquenta e três) afirmaram que sequer ingressaram com processo (NOGUEIRA; CABRAL, 2018).

No dia a dia as pessoas Trans enfrentam a transfobia, termo definido pela UNESCO (2017) como uma ação de aversão, ansiedade, desconforto ou ódio irracionais dirigida às pessoas Trans, que as aflige em todas as fases de vida, tanto no domínio público como no domínio privado. Nas escolas, por exemplo, lugar que deveria proporcionar o suporte social e educacional de que essas pessoas tanto necessitam, é, em verdade, campo de batalhas, pois a transfobia se manifesta nessas instituições pelo *bullying* transfóbico. É essa situação de permanente violência e discriminação que coloca as pessoas Trans na condição de invisibilidade.

A obra “Dossiê: A Geografia dos Corpos das Pessoas Trans”, produzida pela Rede Nacional de Pessoas Trans-Brasil, refere a 12 (doze) casos de suicídio de pessoas Trans no Brasil em 2016, por meio da coleta de informações em redes sociais e meios de comunicação. O citado documento faz a ressalva de que esse número ainda não corresponde à realidade, já que essas pessoas são invisíveis nas estatísticas de pesquisas oficiais do governo (NOGUEIRA; AQUINO; CABRAL, 2017).

No ano seguinte, em 2017, foram contabilizados sete casos de suicídio e, em 2018, oito casos de mortes de pessoas Trans por suicídio (ZAMBRANO; HEILBORN, 2012).

Quando o quesito é criminalidade, o Brasil se destaca por ser o país que tem o maior índice de homicídios de pessoas Trans no mundo, em números absolutos, segundo dados

divulgados pela organização internacional Transgender Europe (TGEU), no ano de 2018 (REIS, 2018).

A ANTRA e o Instituto Brasileiro Trans de Educação (IBTE) também produziram o mapa de assassinatos, e foram contabilizados 163 (cento e sessenta e três) assassinatos de pessoas Trans até 31 de dezembro de 2018, em todo o território nacional, dos quais 158 (cento e cinquenta e oito) são travestis e mulheres transexuais, 04 (quatro) homens Trans e uma pessoa não-binária (NOGUEIRA; BENEVIDES, 2019).

Observou-se nessas ocorrências o cometimento de crimes com requintes de crueldade, com o uso de pauladas, apedrejamento, atropelamento, asfixia, estrangulamento, espancamento, tortura, esquartejamento, manejo de arma branca e de arma de fogo. Os dados indicam que 60,5 % das vítimas de homicídio possuem idade entre dezessete a vinte e nove anos, ou seja, as pessoas mais jovens são as mais expostas a essas violências e mortandades. Além disso, a maioria das vítimas assassinadas trabalhava como profissionais do sexo, dado que representa 60% destes crimes cometidos nas ruas (NOGUEIRA; BENEVIDES, 2019).

É nesse contexto que se percebe a extrema importância de o Estado e a sociedade reconhecerem o direito à identidade de gênero das pessoas Trans, com alterações nos documentos de identificação civil para espelhar a identidade autopercebida, como forma de promoção de uma existência digna. Com a alteração do registro civil, poderão alcançar a tão sonhada visibilidade, como sujeito de direitos e merecedores de especial atenção das políticas públicas desenvolvidas pelo Estado.

4. DA TRANSFOBIA

O trânsito entre os gêneros e a vivência de gênero além do binarismo demonstram que o indivíduo não é predestinado a cumprir os desígnios de suas estruturas corpóreas. A partir da ideia de que o corpo é socialmente construído, o indivíduo transexual concretiza seu gênero desejado através das roupas, dos gestos, dos olhares e das intervenções corporais tecnobiocientíficas. Esses sinais exteriores, em performance, estabilizam e dão visibilidade ao corpo (BENTO, 2010).

As intervenções cirúrgicas e o tratamento hormonal, também contribuem para a determinação de um gênero, possível a partir de um amplo espectro de possibilidades de generificação, ou seja, de performatizar discursiva, social e corporalmente um gênero. Segundo Butler (2013), o gênero não é uma essência do “eu”. Para ela, o gênero é performativo, e sua performatividade não é um ato singular, mas uma repetição de uma norma ou conjunto de normas pressupostas de gênero que atingem seus efeitos através de sua naturalização no corpo. Com isso, a autora sugere que essa visão de gênero mostra que, o que é considerado uma essência interna de gênero é na verdade uma construção efetivada na repetição de atos, postulados através da estilização do gênero no corpo.

Embora o prefixo “trans”, presente nos termos “transexualismo”, “transexualidade” e “transgênero” possa sugerir uma transição, um ponto inconclusivo, transitório, na subjetividade de gênero, o indivíduo transexual pode não se encontrar nessa situação. Ele não abandona um gênero para assumir outro, mas sim abre mão de representações estéticas e comportamentais atribuídas a um gênero pelas aparências de outro. Em outras palavras, a pessoa não pertence a um gênero e deseja trocar por outro; sua transformação (estética, hormonal cirúrgica e comportamental) deve ser compreendida como uma mudança estética de gênero, uma nova aparência para fazer frente a sua experiência interna, e, portanto, tornar possível a construção de sua subjetividade e identidade psicossocial.

Os diversos arranjos possíveis na construção de gênero dependem, portanto, de um repertório estético e biotecnológico. A elaboração do gênero na transexualidade, deve-se ressaltar, perpassa um dispositivo que a controla e ao mesmo tempo a torna possível. A partir desse dispositivo, de caráter médico-legal e que historicamente instituiu a primazia do discurso e tecnologia biomédicos na definição diagnóstica e tratamento da transexualidade, os

indivíduos podem se reconhecer enquanto transexuais e demandar cuidados específicos que estabeleçam sua legitimidade sócio-jurídica.

A incorporação da transexualidade no discurso médico-científico e a criação de novas categorias sexuais pela ciência foram desdobramentos da anterior “medicalização” com consequente patologização da sexualidade. A partir de Conrad (2017), compreende-se a medicalização como um fenômeno complexo que envolve a definição em termos médicos de um comportamento considerado desviante e as considerações científicas que o legitimam, os tratamentos propostos e os interesses sociais, políticos e econômicos em questão.

A transfobia difere da homofobia na medida em que é uma atitude de rejeição a um grupo mais amplo de indivíduos: inclui o preconceito contra os indivíduos transexuais e travestis, mas também para os homens com características femininas ou comportamentos em relação às mulheres masculinizadas, que se comportam ou se parecem com homens, ou em relação a sujeitos andróginos cuja aparência de gênero é ambígua. Em pesquisa realizada com estudantes universitários americanos.

Adelman (2013) e Torres (2010) encontraram uma forte associação entre RWA, homofobia e transfobia. Seus resultados também indicaram que os homens tinham atitudes mais hostis em relação aos grupos de transgêneros e níveis mais elevados de *transfobia* em comparação com as mulheres. Pontuações mais altas no fundamentalismo religioso, bem como a promoção de papéis tradicionais de gênero e a divisão do mundo social em termos femininos e masculinos, também foram relacionadas a níveis mais elevados de homofobia e transfobia.

Torres (2010) alertou sobre a necessidade de incorporar novos conceitos psicológicos para lidar com o fenômeno de atitudes hostis ou negativas em relação a grupos não heterossexuais. Este autor define o estigma sexual como uma avaliação negativa, amplamente difundida na sociedade, a respeito de qualquer comportamento, identidade, relacionamento ou comunidade não heterossexual.

Pode-se argumentar que a homofobia e o preconceito em relação aos grupos transgêneros funcionariam, em primeiro lugar, como uma estratégia cognitiva para reduzir a ambiguidade, aumentar os níveis de certeza e enfrentar a ameaça simbólica à identidade de gênero heterossexual. Em segundo lugar, a homofobia e a transfobia podem ser consideradas parte de um discurso ideológico, na medida em que apoiam a heteronormalidade sexual, tentam preservar os papéis tradicionais de gênero e defendem a prevalência de instituições sociais convencionais como o casamento, o casal ou a família (RIOS, 2010).

Em relação ao preconceito em relação aos grupos trans, constata-se que os grupos mais valorizados negativamente foram as pessoas que praticam a prostituição homossexual e as travestis, além de se observar uma correlação de média magnitude entre o preconceito em relação a esses dois grupos. Isso pode ser devido principalmente ao imaginário social da cidade de Lima, influenciado pela mídia e enquadrado em uma cultura popular que tende a associar o travesti à prostituição de rua em certas áreas.

O atual sistema legislativo reconhece a prática da transfobia inserida no crime de injúria, que coincide com o artigo 140 do CPB e é identificado como crime contra a honra subjetiva (auto-estima interior do agente), consumado com a ofensa direta ao ofendido, explicitamente ou implicitamente). A partir da adaptação à interpretação hermenêutica, que se destaca criticamente como falta de comportamento em combate e consciência social, para o autor Paulo Roberto (2016) traz a transfobia tipificada no crime de injúria que não traz a informatização da sociedade protegendo a igualdade de identidade de gênero entre as pessoas, que fazem parte da cultura ideológica, pois neste caso "os demais ramos do direito não se mostraram capazes de sancionar efetivamente a homofobia e a transfobia" quando associados a uma denominação penal fraca e sancionadora, portanto, concorda com a solução hipotética: Defendemos que a "orientação sexual" e a "identidade de gênero" devem ser incluídas em primeiro lugar na atual Lei de Racismo (Lei nº .7.716/89), já permite penas de até 3 anos, de modo que a reforma estrutural em todo o sistema só poderá ser discutida posteriormente (VECCHIATTI. 2016).

Segundo Dias (2014), a Comissão Internacional de Juristas e o Serviço Internacional de Direitos Humanos, formado por especialistas em direito internacional, desenvolveram um projeto em nome de uma coalizão de organizações de direitos humanos com o objetivo de estabelecer um conjunto de princípios jurídicos internacionalmente, sobre a aplicação do direito internacional às violações dos direitos humanos com base na orientação sexual e identidade de gênero.

O autor relata que em novembro de 2006, vinte e nove especialistas de vinte e cinco países desenvolveram os Princípios de Yogyakarta sobre a Aplicação do Direito Internacional dos Direitos Humanos à Orientação Sexual e Identidade de Gênero em uma reunião na Universidade Gadjah Mada em Yogyakarta (Indonésia). É uma espécie de interpretação das normas de direitos humanos existentes para aplicá-las em situações de discriminação por orientação sexual.

Eles devem ser aplicados efetivamente pelos Estados, pois as normas de direitos humanos existentes já foram ratificadas em vários tratados internacionais. Nada mais do que

uma reinterpretação dessas leis. Este é um amplo espectro de normas de direitos humanos que se relacionam com questões de orientação sexual e identidade de gênero. Reafirmam normas jurídicas internacionais vinculantes que devem ser observadas por todos os Estados. Cada princípio é acompanhado por recomendações detalhadas aos Estados. Outras recomendações são endereçadas às Nações Unidas, instituições nacionais de direitos humanos, mídia, organizações não governamentais e doadores.

Do viés formal, o princípio da igualdade pressupõe uma aplicação do direito de considerar a personalidade de seu destinatário perante a norma. É a primazia do direito no Estado de Direito. Sob a égide da igualdade formal, a lei é aplicada a todos os seres humanos para tratá-los igualmente diante de sua consideração abstrata como sujeitos de direito. Destaca-se que o direito à diferença deve ser garantido judicialmente de modo a resguardar os fundamentos do Estado Democrático de Direito, especialmente pelo Poder Judiciário, uma vez que este assume o papel de guardião da cidadania, especialmente para aqueles julgados pela sociedade diferente.

No contexto da sexualidade, o debate não pode ser pautado apenas pelo aspecto regulado, uma vez que o Estado não exerce mais nenhuma função de controle sobre a constituição das formas familiares. Trata-se, de fato, de uma ruptura com o paradigma masculinizado no qual a família como ideia quebrada de patriarcado se baseava classicamente.

4.1. TRANSFOBIA E A PRÁTICA DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

A gravidez pode ser considerada uma das principais etapas da vida de uma mulher, porém ao longo dos anos foram sendo observadas que determinadas doenças podem surgir no processo de gravidez. Essas doenças têm um maior destaque no que se refere ao lado emocional das mulheres, algo que muitos médicos consideram que ficam extremamente fragilizadas devido ao momento na qual as mesmas se encontram (COMETTI, 2016, p. 35).

Durante esse período as mulheres apresentam uma necessidade de acompanhamento ou mesmo uma supervisão mais aprofundada, porém ao longo dos anos muitos casos de violência dentro do processo gestacional ou parto das mulheres foram observados e destacados. A violência obstétrica é considerada uma das práticas mais agravantes realizadas por profissionais obstetras, ou com conhecimento nesse procedimento (LEVIN, 2015, p. 45).

A violência obstétrica na gestação pode ser denominada pelas seguintes ações: falta ou negação de atendimento à mulher, quando essa procura pelos serviços clínicos junto as unidades de saúde, ou dificuldades para que sejam devidamente aplicados os processos do pré-natal, assim como posturas humilhantes devido a determinadas características físicas da gestante, e uma das mais relevantes ações, realizar cesárea nas gestantes sem a devida orientação ou fundamentação clínica (FRELLO, 2016, p. 42).

Dessa forma, pode-se verificar que todas as ações promovidas contrárias a assistência ou prestação de serviços clínicos para com as gestantes podem ser consideradas uma infração ou violência contra as mesmas, uma vez que o seu estado clínico necessita de todo suporte para que tanto a mulher como a criança sejam preservadas.

De acordo com Tesser (2015, p. 31) estudos realizados sobre a violência obstétrica comprovam que em alguns estados os casos somam cerca de 35% das queixas jurídicas apresentadas contra profissionais da saúde e assistência social. Comprovando assim, que existem determinadas dificuldades estruturais no processo de atendimento das mulheres gestantes, algo que deve ser devidamente acompanhado ou melhorado por parte dos órgãos de saúde do país.

Vale destacar que grande parte das reclamações ou ações jurídicas realizadas por parte das gestantes que sofreram alguma agressão obstétrica está ligada aos profissionais de saúde, por conta disso, essa metodologia de agressão é denominada uma questão de saúde pública. Observando que no período gestacional as mulheres devem ser devidamente assistidas e acompanhadas por profissionais médicos, enfermeiros e demais componentes da área de saúde. Buscando conceder à mesma todos os tratamentos, exames e procedimentos clínicos desejados, a fim de que sua gestação seja a mais estável possível.

A agressão obstétrica, por não ter uma definição precisa, por vezes é relacionada exclusivamente com a experiência do parto. Contudo, é importante notar que ela abrange todos os outros domínios da área sexual e reprodutiva, como a anticoncepcional, o planejamento familiar, o aborto e a menopausa (BELLI, 2018, p. 55).

Existem atualmente muitos protocolos que evidenciam que a agressão obstétrica vai além dos procedimentos realizados durante o parto, a mesma consiste em situações ou ocasiões onde as mulheres grávidas foram inseridas e de alguma forma se sentiram coagidas, humilhadas ou não amparadas. Podendo elas recorrer aos seus direitos para que determinada situação seja devidamente apurada e julgada.

4.1.1. DA MULHER TRANSEXUAL COMO VÍTIMA DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

A transexualidade é um dos temas mais controversos da bioética. A temática é encoberta por autocompreensões assimétricas de mundo vinculadas a concepções religiosas, que terminam por minimizar os aspectos jurídicos fundamentais relativos ao direito à identidade sexual. A intolerância a estes indivíduos ainda é grande e em razão do preconceito, diversas modalidades de violência são praticadas contra os transexuais. Neste trabalho, será enfatizada a violência psicológica (RODRIGUES, 2013).

O apelo das pessoas transgênero para que a polícia leve a violência contra elas mais a sério tem alguns atributos familiares. Em geral, é uma violência caracterizada como crime de ódio. O ativismo transgênero destacou muitos problemas, por exemplo, subnotificação, falta de confiança e segurança no policiamento, falta de reconhecimento policial, baixas taxas de detecção, taxas de esclarecimento e determinações judiciais infrequentes de culpa.

Esse ativismo pode ser caracterizado como mais uma instância de política de identidade emergente no campo do policiamento e da justiça criminal (PEREIRA, 2015). Embora saudemos seu surgimento, alguns estudiosos têm criticado o impacto da política de identidade sobre os órgãos de policiamento e justiça criminal, sugerindo que ela promove mais divisões sociais e comunitárias.

Existe um padrão generalizado de discriminação e preconceito contra pessoas trans na sociedade. Tanto a discriminação econômica quanto a violência sofrida podem ser o resultado de um clima social mais amplo que pune severamente as pessoas por não se conformarem às normas da sociedade em relação ao gênero; como tal, ambos estariam fortemente associados um ao outro.

Embora a questão da transexualidade ocupe os espaços sociais e da mídia televisiva no Brasil, o que se observa é que o Brasil continua, paradoxalmente, a ser o país que mais mata transexuais e travestis no mundo, bem como o país onde as taxas de busca de conteúdo pornográfico com pessoas trans são mais visitadas (RODRIGUES, 2013). Essa lógica de uso e cultura da violência contra as pessoas trans (travestis e transexuais) reflete a experiência social e as representações sociais desses sujeitos marginalizados e extremamente vulneráveis e que acabam encontrando na prostituição uma saída única para o sexo. Enfrentamento de suas fragilidades.

Garantir o acesso universal a cuidados de saúde sexual e reprodutiva seguros, aceitáveis e de boa qualidade, especialmente cuidados de gravidez, pode reduzir drasticamente

as taxas globais de morbidade e mortalidade materna e perinatal; No entanto, os avanços em tecnologia, cobertura assistencial, infraestrutura, qualificação da equipe de saúde e aumento sustentado da cobertura institucional de parto têm prejudicado a possibilidade de a mulher passar pela maternidade como uma experiência natural, alegre, familiar, tornando-se um fato biológico, patologizado, institucionalizado e despersonalizado, em que a mulher perde autonomia sobre seu corpo (TESSER, 2015).

A violência obstétrica tem sido tipificada como uma forma de violência de gênero, que se refere aos comportamentos de ação ou omissão que derivam do processo de assistência à gravidez, parto, e puerpério no ambiente hospitalar que incluem: agressões físicas e verbais, humilhação, procedimentos médicos não consensuais ou coercitivos (incluindo esterilização), falta de confidencialidade, não obtenção de consentimento informado, recusa em administrar analgésicos, flagrante violação de privacidade, negação de admissão em centros de saúde e retenção de mulheres e recém-nascidos devido à sua incapacidade de pagar.

Rios (2010) destaca que a violência obstétrica é frequentemente exercida: há dificuldades reais para as mulheres denunciar; para começar, entre as pacientes não há consciência de seus direitos durante a gravidez, parto, puerpério ou assistência pós-aborto; nem este problema é difundido de forma sustentada; por fim, a violência obstétrica é tão naturalizada entre as mulheres que a vivenciam que é difícil conceituá-la como tal.

Verifica-se que a violência obstétrica pode-se mostrar de diversas formas no trabalho de parto e parto, desde a não explicação e solicitação de autorização para a realização de procedimentos, até a injúria verbal, exprimida por palavras ofensivas, visando impedir a mulher de demonstrar o que estava sentindo no momento antecedente e durante a parturição; de modo que, ao longo dos anos de discussão sobre a Política Nacional de Humanização ao Pré-Natal, Parto e Puerpério, o processo de institucionalização do parto no Brasil continua interferindo na medicalização do parto e no incremento dos índices de cesariana, reforçando a medicalização do corpo feminino e o seu impedimento de ser sujeito pleno de sua história, perpetuando a violência obstétrica (RIOS, 2010).

Todas essas questões que envolvem a desumanização do cuidado, juntas e mal trabalhadas tanto na formação médica quanto na sociedade, contribuem para o cenário violento que as mulheres grávidas encontram hoje nos hospitais e favorecem a ocorrência das situações degradantes física e psicologicamente as quais as mulheres são submetidas ao buscarem atendimento nas maternidades. Esse fator somado à falta de conhecimento de algumas mulheres sobre seus direitos, e a não informação destes pelas equipes facilitam ainda mais o uso de intervenções violentas sem questionamento ou objeção por parte das parturientes.

4.2. DA FUNDAMENTAÇÃO LEGAL PARA CARACTERIZAÇÃO DOS ATOS

A transfobia é o desgosto em relação a indivíduos que não estão em conformidade com as expectativas de gênero da sociedade.

Expressa-se por meio de preconceito, discriminação, assédio e violência contra transgêneros. As experiências de discriminação, violência, vitimização e agressão sexual motivadas pela identidade de gênero da vítima são generalizadas, embora a extensão exata não possa ser conhecida. A expressão mais chocante da transfobia é o assassinato de centenas de transgêneros em todo o mundo (SARLET, 2010).

Vieira (2012) define a transfobia em termos de “nojo emocional em relação a indivíduos que não estão de acordo com as expectativas de gênero da sociedade”, uma definição que é consistente com a definição de Sarlet (2010) de homofobia como o irracional medo, ódio e intolerância de estar perto de homens e mulheres homossexuais.

A transfobia contrasta com a homofobia não apenas por ser sobre repulsa e medos irracionais de transgêneros e transexuais, mas também por travestis, homens femininos e mulheres masculinas, ou seja, por ser sobre questões maiores de papéis de gênero e identidade de gênero e não apenas orientação sexual (SANCHES, 2011).

A transfobia ainda é uma área pouco estudada. Além disso, os indivíduos transgêneros muitas vezes não são distinguidos na literatura LGBT de gays, lésbicas e bissexuais, não distinguindo assim entre questões de identidade de gênero, papéis de gênero e orientação sexual.

De acordo com Vieira (2012) transfobia é um termo que envolve dois grupos diferentes de pessoas. Os primeiros são transgêneros e os segundos são transexuais.

Transgêneros são pessoas que vivem em uma identidade de gênero diferente das definições heteronormativas tradicionais, mas que têm pouca ou nenhuma intenção de fazer uma cirurgia genital.

4.2.1. ESTUDO DE CASO

Como observado na reportagem da Uol, pode-se observar a prática de homofobia em diversos ambientes sociais, nesse caso ocorreu uma prática transfóbica por parte da equipe de assistência médica e dos médicos que realizaram o parto da trans gestante.

Ao longo do relato apresentado na entrevista pode-se verificar que tanto a equipe de assistência como os obstetras praticaram ações transfóbicas, promovendo o atendimento de forma sem dignidade humana ou observação dos direitos morais envolvendo as pessoas trans.

Verifica-se que a violência obstétrica pode-se mostrar de diversas formas no trabalho de parto e parto, desde a não explicação e solicitação de autorização para a realização de procedimentos, até a injúria verbal, exprimida por palavras ofensivas, visando impedir a mulher de demonstrar o que estava sentindo no momento antecedente e durante a parturição, de modo que, ao longo dos anos de discussão sobre a Política Nacional de Humanização ao Pré-Natal, Parto e Puerpério, o processo de institucionalização do parto no Brasil continua interferindo na medicalização do parto e no incremento dos índices de cesariana, reforçando a medicalização do corpo feminino e o seu impedimento de ser sujeito pleno de sua história, perpetuando a violência obstétrica (SOARES, 2016).

Um acompanhamento e acolhimento realizado de forma eficiente pode ser determinante para o sucesso do procedimento de parto, assim como da gestação das mulheres. Uma vez que um acompanhamento rotineiro pode ser determinante para que as mulheres não venham apresentar doenças ou complicações sem a devida contraposição dos médicos e sem que sejam tomados os devidos cuidados, tanto pela parte dos médicos como das mulheres (COMETTI, 2016).

Verifica-se que ocorreu descaso por parte das enfermeiras, médicos e envolvidos no processo de assistência a gestantes. Podendo nesse caso o casal apresentar queixa relacionada aos processos realizados pela equipe de hospital, assim como uma forma de destacar que os profissionais de saúde precisam ser melhor treinados ou preparados para o atendimento a todos os cidadãos independentemente de seu gênero ou orientação sexual.

4.2.2. LEI Nº 8.080/90: (LEI ORGÂNICA DA SAÚDE)

Em se tratando da saúde do trabalhador podemos, de acordo com a Lei nº 8.080/90, conceituar como sendo um conjunto de atividades desempenhadas juntamente pela empresa e empregados, tendo a vigilância, proteção da vida do trabalhador, sua reintegração nas atividades, uma vez que o mesmo pode sofrer alguma lesão e precise se ausentar do trabalho. Ou seja, a saúde do trabalhador está diretamente associada a um conjunto de procedimentos que devem ser parte integrante das empresas aonde esses fornecem suas atividades (MARCHI; PEREIRA; BURDET, 2018).

A implantação do SUS teve início em 1990, mesmo ano da posse de Fernando Collor de Mello, seguindo uma agenda neoliberal e não trabalhando na reforma da saúde. Não obstante, em 1990 foi aprovada a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90), que regulamenta a titularidade e organização do SUS. O programa de reforma sanitária foi restabelecido em 1992, depois do impeachment do presidente Collor (PAIM et al., 2011).

A Lei nº 8.080/90 define o papel institucional de cada esfera de governo em termos de gestão da saúde, estruturas de financiamento e regras de transferência de recursos entre as diferentes esferas de governo por meio dos fundos de saúde (CARVALHO; BARBOSA, 2010)

De acordo com a Lei nº 8.080/90, a saúde é um direito humano fundamental e é responsabilidade do Estado garantir o acesso universal à ação e promoção da saúde, proteção e reabilitação, desenvolvendo e implementando serviços voltados à criação de condições (BRASIL, 1990)

A mesma lei revela em seu art. 4. caput, que o SUS será composto por “conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas, federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público” (BRASIL, 1990).

Dentro dos Princípios e Diretrizes do SUS, o art. 7º da Lei nº 8080 relata que:

As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde - SUS são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios: I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; II - integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie (BRASIL, 1990).

Portanto, os serviços de saúde devem estar organizados para oferecer todas as ações necessárias à atenção integral, e a integralidade deve ser entendida como o direito do cidadão de atender a todas as suas necessidades. Dessa forma, a prática da integralidade não pode ser entendida meramente como um preceito constitucional do SUS, mas como um conjunto de valores necessários para lutar por uma sociedade mais justa e unida pautada por uma perspectiva integrada sobre as necessidades dos pacientes. Sujeitos em tratamento (ALVES, 2009).

4.2.3. LEI Nº 12.401/19

Como uma forma de minimizar os casos de transfobia o poder legislativo, destacada ao longo da Lei nº 12.401/19 ressalta algumas das penalidades aplicadas para que os indivíduos que executem essa ação e os processos jurídicos que podem ser aplicados quando devidamente comprovadas as ações transfóbicas.

De acordo com Dutra (2019), a lei contra transfobia e suas características são uma base importante para que os trans consigam estabilizar ou obter um melhor rendimento dos processos relacionados aos atos violentos cometidos contra os mesmos. Ressaltando principalmente a penalidade que pode ser executada quando o caso de violência apresentar alguns aspectos importantes.

Para Prado (2014), a violência sofrida por travestis e transexuais de modo mais notável, é algo vivenciado cotidianamente na vida dessas pessoas, sendo que o óbito também faz parte dessa realidade. Os(as) mesmos(as) autores(as) ressaltam ainda que a transfobia sofrida pelas travestis e pessoas transexuais, produzem sofrimento físico e sexual, bem como adoecimento psicológico.

Vale destacar que os direitos humanos são responsáveis pela observação ou inclusão dos trans como pessoas a serem assistidas pelos órgãos legislativos e de segurança, a fim de obter uma sociedade inclusiva e com possibilidade de estabilidade social para todos.

4.2.4. PL N° 7.582/14

Em 20 de maio de 2014, surgiu o Projeto de Lei 7582/2014, que foi elaborado pela deputada federal Maria do Rosário Nunes – PT/RS. O PL possui 12 artigos, traz o conceito dos crimes de ódio e intolerância e cria mecanismos para coibi-los, nos termos do inciso III do art. 1º e o caput do art. 5º da Constituição Federal, e dá outras providências.

A intenção dos legisladores é coibir qualquer tipo de discriminação ou preconceito por motivos diversos. O ponto específico de combate deste artigo, no entanto, diz respeito à discriminação ou preconceito com base na orientação sexual, identidade de gênero e expressão. Este é o conceito introduzido nos incisos únicos V, VI, VII do art. PL 7582/14 art. 1, *in verbis*:

V. Orientação Sexual: a atração emocional, afetiva ou sexual por indivíduos de gênero diferente, do mesmo gênero ou de mais de um gênero;

VI. Identidade de Gênero: a percepção de si próprio que cada pessoa tem em relação ao seu gênero, que pode, ou não, corresponder ao sexo atribuído no nascimento, incluindo-se aí o sentimento pessoal do corpo;

VII. Expressão de Gênero: o modo de se vestir, falar e os maneirismos de cada pessoa que podem ou não corresponder aos estereótipos sociais relacionados ao sexo atribuído no nascimento;

Dependendo da gravidade do ato, seria considerado crime de ódio ou intolerância nos termos do art. 3º e 4º. De acordo com o projeto, crimes de ódio incluem violações da vida, integridade física ou saúde de outras pessoas devido ao preconceito ou discriminação. O crime de intolerância caracteriza-se como crime de menor gravidade quando:

I – violência psicológica contra a pessoa, sendo esta entendida como condutas que causem dano emocional e diminuição da auto-estima ou que prejudiquem perturbem o pleno desenvolvimento ou que vise degradar ou controlar as ações, comportamentos, crenças e autonomia, mediante ameaça, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, vigilância constante, perseguição contumaz, insulto, chantagem, ridicularização, exploração e limitação do direito de ir e vir ou qualquer outro meio que lhe cause prejuízo à saúde psicológica e à autodeterminação;

II – impedimento de acesso de pessoa, devidamente habilitada, a cargo ou emprego público, ou sua promoção funcional sem justificativa nos parâmetros legalmente estabelecidos, constituindo discriminação;

III – negar ou obstar emprego em empresa privada de pessoa, devidamente habilitada, ou demitir, ou impedir ascensão funcional ou dispensar ao empregado tratamento diferenciado no ambiente de trabalho sem justificativa nos parâmetros legalmente estabelecidos, constituindo discriminação;

IV – recusa ou impedimento de acesso a qualquer meio de transporte público; V – recusa, negação, cobrança indevida, ou impedimento de inscrição, ingresso ou permanência de aluno em estabelecimento de ensino público ou privado;

VI – proibição ou restrição a expressão e a manifestação de expressões culturais, raciais ou étnicas, afetividade, identidade de gênero, expressão de gênero, orientação sexual, uso pessoal de símbolos religiosos, em espaços públicos ou privados de uso coletivo, quando estas expressões e manifestações sejam permitidas às demais pessoas, ressalvadas as regras estabelecidas privadamente nos locais de culto religioso;

VII – impedimento ou limitação do acesso, cobrança indevida ou recusa;

- a) hospedagem em hotel, pensão, estalagem, ou estabelecimento similar;
 - b) atendimento em estabelecimento comercial de qualquer natureza, negando-se a servir, atender ou receber cliente;
 - c) atendimento em estabelecimentos esportivos, casas de diversões, clubessociais abertos ao público e similares;
 - d) entrada em espaços públicos ou privados de uso coletivo; e
 - e) serviços públicos ou privados.
- VIII – impedimento do direito de ir vir no território nacional;
- IX – impedimento de alguém fazer o que a lei não proíbe ou aquilo que se permite que outras pessoas façam.

Ademais, com a aprovação do PL 8572/14 também será considerado crime:

Praticar, induzir ou incitar a discriminação ou preconceito, por meio de discurso de ódio ou pela fabricação, comercialização, veiculação e distribuição de símbolos, emblemas, ornamentos, distintivos ou propaganda, por qualquer meio, inclusive pelos meios de comunicação e pela internet, em razão de classe e origem social, condição de migrante, refugiado ou deslocado interno, orientação sexual, identidade e expressão de gênero, idade, religião, situação de rua e deficiência.

A análise de artigo por artigo do projeto de lei não tem outro objetivo senão expor o ardil dos legisladores para violar o processo democrático sob o argumento de proteger a humanidade de qualquer forma de discriminação e preconceito. Aliás, garantia já prevista na Constituição Brasileira no inciso IV do art. 3º e caput do art. 5º, que revela sobre o “preconceito discriminatório, quer dizer, da utilização de juízo de valor desarrazoado, sem fundamento, com objetivo de unicamente prejudicar ou depreciar a outrem no que diz respeito à origem, raça, sexo, cor ou idade”. (SILVA, 2007, p.50)

Amparados pela Constituição Federal, todos têm os mesmos direitos e lhes é garantida proteção contra discriminação e preconceito de qualquer natureza, independentemente de suas escolhas e preferências em qualquer aspecto da vida.

Na verdade, o projeto visa silenciar aqueles que expressam opiniões contrárias a uma determinada orientação sexual ou identidade e expressão de gênero. Porque se o fizessem seriam considerados intolerantes e preconceituosos e, de fato, foram tributados dessa forma. Assim que o projeto for aprovado, eles serão penalizados. O que a lei realmente propõe é uma ditadura de opinião.

Segundo informações da revista eletrônica Exame.com, a agência de inteligência e pesquisa de mercado, Hello Research, fez uma pesquisa sobre casamento entre pessoas do mesmo sexo, em que foram escutadas cerca de mil pessoas de classes sociais diferentes, em 70 cidades do país. Segundo a pesquisa, 49% dos brasileiros são totalmente contra, 21% dizem que não importa e 30% concordam (BARBOSA, 2015).

Além disso, uma enquete no site da Câmara dos Deputados teve como objetivo saber se os brasileiros concordam com a definição de família como o núcleo formado pela união de homens e mulheres, prevista no projeto de elaboração do Estatuto da Família. Afirmam que a maioria dos brasileiros não concorda com uniões entre pessoas do mesmo sexo. Segundo dados de 18 de abril de 2015, 51,94% votaram sim, 47,76% votaram não e 0,30% não opinaram (BARBOSA, 2015).

Desse modo, embora a maioria dos brasileiros não defenderem os interesses da comunidade LGBT+ e não compartilhem com as suas convicções, além de tolerar suas práticas serão obrigados a realizar discurso favorável, ou, no mínimo, ficar calado.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo desta monografia foi analisar como a transfobia e a violência obstétrica vem ocorrendo frequentemente, tendo violações de direitos humanos e fundamentais devido à discriminação de identidade de gênero.

Podemos ver que a transfobia ocorre consistentemente entre pessoas transexuais onde elas não se sentem à vontade para marcar uma consulta médica e está sendo muito comum as pessoas transexuais não procurarem um médico por falta de profissionais capacitados para tratá-las com respeito e dignidade. A transfobia na violência obstétrica gerou um grande impacto em gestantes trans, que sofreram transfobia que acarretou em violência obstétrica, por falta de profissionalismo nos sistemas de saúde. Reconhece que as mulheres não estão sozinhas no ciclo gravídico-puerperal, pois homens transgêneros também podem engravidar e vivenciar situações de parto e puerpério, podendo também ser alvo de violência obstétrica.

A Consituição Federal ao consagrar o direito da dignidade da pessoa humana proporcionando-lhe a igualdade de direitos, o direito fundamental deriva do princípio da dignidade humana. Este princípio ganhou força após as atrocidades cometidas contra certos indivíduos durante a Segunda Guerra Mundial. Logo após o fim da guerra, o mundo ocidental fez esforços para colocar o sujeito humano no centro da proteção jurídica nacional e internacional.

A universalização indiscriminada dos direitos humanos apresenta cada indivíduo como sujeito de direitos e proteções, e as pessoas trans são apresentadas como sujeitos dessas garantias, devendo o Estado promover as condições para a efetiva proteção desse grupo.

Em um país signatário de tantos tratados internacionais baseado numa Constituição que preza pelos princípios da dignidade da pessoa humana, e os homens trans são desrespeitados tendo seus direitos violados por profissionais da saúde, além de cometerem violência obstétrica se envolvem em situações de transfobia.

A partir disso conclui-se que o livre desenvolvimento da personalidade, liberdade, igualdade, vida, honra e a reputação dos sujeitos de direitos humanos e fundamentais foram violados e que um Estado Constitucional democrático deve agir positivamente neste caso a fim de evitar danos. Portanto, o papel do Estado é promover políticas públicas voltadas à justiça social, criando direitos, reconhecendo e respeitando a diversidade para garantir proteções e garantias básicas às pessoas trans.

Em relação à violência obstétrica, fica claro que ela viola os direitos sexuais, pois se refere justamente a uma violação do corpo, dignidade e autonomia da mulher em fases importantes de sua vida reprodutiva. Trata-se de violência de gênero, pois são principalmente as mulheres que passam pelo ciclo gravídico-puerperal e, portanto, o corpo feminino é subjugado e objeto de intervenções e práticas realizadas sem o consentimento da mulher grávida.

REFERÊNCIAS

ADELMAN, Miriam. *Travestis e Transexuais e os Outros: Identidade e Experiências de Vida*. Niterói: UFF, 2013.

ANDRADE, Fortuna.Briena Padilha. Anais do III Simpósio Gênero e Políticas Públicas, ISSN 2177-8248. GT3 - Violência contra a Mulher e Políticas Públicas. - Coord. Sandra Lourenço A. Fortuna.Briena Padilha Andrade, Cristiane de Melo Aggio. Universidade Estadual de Londrina, 27 a 29 de maio de 2014.

ALMEIDA, G. Homens trans: novas matizes na aquarela das masculinidades? **Estudos Feministas**. 20.2, 2012. P. 513-523.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders**. 5. ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013.

ARÁN, M; MURTA, D; LIONÇO, T. Transexualidade e saúde pública no Brasil. **Ciência & saúde coletiva**, v. 14, n. 4, p. 1141-1149, 2009.

BELLI, Laura. La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos. *Revista Red Latinoamericana y Del Caribe de Bioética*,[S.l.], ano 4, v. 1, n.7, jan.-jun. 2018.

BENTO, B. **As tecnologias que fazem os gêneros**. VIII CONGRESSO IBEROAMERICANODE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E GÊNERO, 2010, Curitiba, PR. Disponível em: http://files.dirppg.ct.utfpr.edu.br/ppgte/eventos/cictg/conteudo_cd/E8_As_Tecnologias_que_Fazem_os_G%C3%AAneros.pdf. Acesso em: 18 abril 2022.

_____. Sexualidade e experiências trans: do hospital à alcova. **Ciência &Saúde Coletiva**. v. 17, n. 10, 2012.

BENTO, B; PELÚCIO, L. Despatologização do gênero: a politização das identidades abjetas. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 20, n. 2, p. 569-581, 2012.

BONETTI, Irene Jacomini; FUGGI, Susie Yumiko. A violência obstétrica em suas diferentes formas - Da violação aos direitos reprodutivos à violência contra a mulher., 22 de janeiro de 2021. Disponível em: <https://www.migalhas.com.br/depeso/339310/a-violencia-obstetrica-em-suas-diferentes-formas>. Acesso 14 de mar. 2022.

BOURDIEU, P. **A dominação masculina**. 11. ed. tradução: Maria Helena kuhner. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2012.

BUTLER, J. **Problemas de gênero**. Feminismo e subversão da identidade. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2013.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 3 Mai. 2020.

CARVALHO, Antônio Ivo de; BARBOSA, Pedro Ribeiro. **Políticas de saúde: fundamentos e diretrizes do SUS** / Antônio Ivo de Carvalho, Pedro Ribeiro Barbosa. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília]: CAPES: UAB, 2010. 82p.

CARVALHO, M.; CARRARA, S. Em direção a um futuro trans? Contribuição para a história do movimento de travestis e transexuais no Brasil. **Sexualidad, Salud y Sociedad – Revista Latinoamericana**. Rio de Janeiro, n. 14, p. 319-351. Ago. 2013.

COMETTI, Luana Silvia Fávero. Período gestacional: perfil das gestantes e a importância da atividade física. 63 f. Monografia (Conclusão de Curso de Licenciatura em Educação Física). Universidade Estadual Paulista – Faculdade de Ciências, Bauru, 2016.

CONRAD, P. **The medicalization of society: on the transformation of human conditions intotreatable disorders**. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 2017.

CUYPERE, G; GIJS, L. **Care for Adults with Gender Dysphoria**. In: KREUKELS, B.PC.; STEENSMA, T. D.; DE VRIES, A.L.C. **Gender Dysphoria and Disorders of Sex Development**. New York: Springer, 2014. p. 231-254.

DIAS, Sabrina Lobato; PACHECO, Adriana Oliveira. **Marcas do parto: As consequências psicológicas da violência obstétrica**. Arquivos Científicos. 2020. Disponível em: <https://arqcientificosimmes.emnuvens.com.br>. Acesso em 04 fev 2022.

DINIZ, Simone Grilo. **Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção**. Simone Grilo Diniz; Heloisa de Oliveira Salgado; Halana Faria de Aguiar Andrezzo; Paula Galdino Cardin de Carvalho; Priscila Cavalcanti Albuquerque Carvalho; Cláudia de Azevedo Aguiar; Denise Yoshie Niy. Departamento de Saúde Materno-Infantil. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Disponível em: **Error! Hyperlink reference not valid.**

DUTRA, Denecir de Almeida. Violência contra LGBT em Pinhais – PR. Kur'yt'yba. Curitiba, v. 04, n. 01, p.53-68, 2019.

FRELLO, Carraro. Conforto no processo de parto sob a perspectiva das puérperas. Rev Enferm uerj [periódico na Internet]. 2016.

GIDDENS, A. **Sociologia**. José Manuel Sobral (Coord.). 6. ed. Tradução: Alexandra Figueiredo. Lisboa: Fundação Calouste GulbenKian, 2008.

GOLDENBERG, M. Mulheres e envelhecimento na cultura brasileira. **Caderno Espaço Feminino**. Uberlândia (MG). v. 25, n. 2 - Jul./Dez. 2012.

GUIMARÃES, Liana Barcelar. Enfermeira Obstetra, mestre em Ciências Ambientais e Saúde pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás. Atua na Secretaria de Estado da Saúde do Tocantins como Enfermeira concursada. Revista Estudo Feminista, Florianópolis, 15, janeiro, 2018.

HAUSMAN, B. Body, technology, and gender in transsexual autobiographies. In: STRYKER, S; WHITTLE, S. (Ed.). **The transgender studies reader**. New York, NY: Taylor and Francis, 2006. p. 335-361.

LEVIN, E. A clínica psicomotora: o corpo na linguagem. 4.ed. Petrópolis: Vozes; 2015.

MARCHI, Adriela; PEREIRA, Diulnéia Granja; BURTET, Michele. Mensurando a Maturidade da Cultura de Segurança no Trabalho: uma revisão das ferramentas existentes. Revista de Ciencias Empresariales y Sociales v. 1, n. 1, 2018

MATHEY, Marina. Quem cuida dos homens grávidos? Artigo. Publicação 17/11/2021. Disponível em <https://www.uol.com.br/ecoa/colunas/marina-mathey/2021/11/17/quem-cuidados-homens-gravidos.htm?cmpid=copiaecola&cmpid=copiaecola> 1 Acesso em: 0.04.2022

MURTA, D. **Os desafios da despatologização da transexualidade**: reflexões sobre a assistência a transexuais no Brasil. 2011. 107 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, Rio de Janeiro, 2011.

NOGUEIRA, S.N.B.; AQUINO, T.A.; CABRAL, E.A. **Dossiê**: A Geografia dos Corpos das Pessoas Trans. Rede Nacional de Pessoas Trans-Brasil: BRASIL, 2017.

NOGUEIRA, S.N.B.; BENEVIDES, B.G. **Dossiê: assassinatos e violência contra travestis e transexuais no Brasil em 2018**. Brasil, 2019. p. 19.

NUCCI, Guilherme de Souza. **Código Penal Comentado**. 14. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2014.

PAIM, Jairnilson; TRAVASSOS, Claudia; ALMEIDA, Celia; BAHIA, Ligia; MACINKO, James. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios – Séries. IN: **THELANCET: Saúde no Brasil – maio 2011**. p.11-31. Disponível em:

<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/revista_the_lancet.pdf> Acesso em 20 de setembro de 2012.

PEREIRA, PPG. Violência e sofrimento social no itinerário de travestis de Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2015;31(4):767-76.

PRADO, Marco Aurélio. Professoras transexuais e travestis no contexto escolar: entre estabelecidos e outsiders. *Educação & Realidade*. Porto Alegre, v. 39, n. 01, 201-220, jan./mar. 2014.

PRESGRAVE, Anna Beatriz Ferreira Rebello. **Pais que dão à Luz: como o direito Brasileiro regulamenta o registro dos filhos de transgêneros?** Artigo. Publicação: 24/02/2021. Disponível em <https://ibdfam.org.br/artigos/autor/Ana%20Beatriz%20Ferreira%20Rebello%20Presgrave,%20Cec%C3%ADlia%20Rodrigues%20Frutuoso%20Hildebrand%20e%20Renata%20Cortez%20Vieira%20Peixoto>, 5 de maio de 2022.

REIS, T. (Org). **Manual de Comunicação LGBTI+**. 2. ed. Curitiba: Aliança Nacional LGBTI/GayLatino, 2018.

MARTINS, Fabiana Lopes; SILVA, Bruno de Oliveira; CARVALHO, Fabio Luis de Oliveira; COSTA, Dalmo de Moura. Violência Obstétrica. **Revista Saúde em Foco** – Edição nº 11 – Ano: 2019.: Uma expressão nova para um problema histórico. Disponível em: revistaonline@unifia.edu.br p. 413

RODRIGUES, MC. Travestis e segurança pública: as performances de gênero como experiências com o sistema e a política de segurança no Rio Grande do Sul. *Textos Contextos* (Porto Alegre). 2013;12(1):47-54.

RIOS, M. I. F. Discriminação: Desdém da Pessoa Humana em Branco e Preto. São Paulo: LTr, 2010.

ROCON, Pablo **Cardozo, Acesso à saúde pela população trans no Brasil: Nas entrelinhas da Revisão Integrativa**. Artigo. Publicação 18/01/202. Disponível em <https://www.scielo.br/j/tes/a/NGpjbDZLqR78J8Hw4SRsHwL/?lang=pt>. Acesso em: 20.04.2022

SAFFIOTI, H.I.B. Primórdios do conceito de gênero. **Cadernos Pagu**, n.12, p. 157-163, 1999.

SANCHES, Patrícia Corrêa. Mudança de nome e da identidade de gênero. In: DIAS, Maria Berenice (Coord.). Diversidade sexual e direito homoafetivo. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2011

SCOTT, J.W. Os Usos e Abusos do Gênero. **Projeto História**. São Paulo, n. 45, p. 327-351, Dez. 2012.

SARLET, Ingo Wolfgang. A eficácia dos Direitos Fundamentais. 10. Ed. rev. ampl. atual. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2010.

SILVA, Denise Maria Perissini. **Racismo**. Curitiba: Juruá Editora, 2017.

SOARES, AF. Parto humanizado e a violência obstétrica: o cuidado do técnico de enfermagem. 18 f, Curso Técnico em Enfermagem- Escola GHC, Instituto federal de educação, ciência e tecnologia do rio grande do sul – câmpus porto alegre, 2016.

STOLLER, R.J. **Masculinidade e feminilidade**: apresentações do gênero. Trad. Maria Adriana Veríssimo Veronese. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

TELLES, S. Psicanálise em debate: O caso de David Reimer e a questão da identidade de gênero. **Psychiatry On-line Brazil**. vol. 22, nov. 2017. Disponível em: <http://www.polbr.med.br/ano04/psi0604.php>. Acesso em: 18 abril 2022.

TESSER CD, KNOBEL R, ANDREZZO HFA, DINIZ SD. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade, 2015.

TORRES, A. R. R. Homossexualidade e Preconceito: o que pensam os futuros gestores de pessoas. Curitiba: Juruá, 2010.

UNESCO. **Jogo Aberto**: Respostas do setor de educação à violência com base na orientação sexual e na identidade/ expressão de gênero – Relatório Conciso. 2017. Trad. Carolina Daia. Disponível em: <http://unesdoc.unesco.org/images/0024/002446/244652por.pdf>. Acesso em: 18 abril 2022.

VASCONCELOS, Caê. Medicina transfóbica: as dificuldades do atendimento ginecológico para pessoas trans com vagina. Artigo. Publicação 13/10/2020. Disponível em <https://ponte.org/medicina-transfobica-as-dificuldades-do-atendimento>. Acesso em: 02.05.2022

VIEIRA, Tereza Rodrigues (Coord.). *Minorias sexuais: direitos e preconceitos*. Brasília: Consulex, 2012.

WORLD PROFESSIONAL ASSOCIATION FOR TRANSGENDER HEALTH. **Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender non conforming people**. 7. ed. [S.l.]: WPATH, 2012.

ZAMBRANO, E.; HEILBORN, M.L. **Identidade de Gênero**. In. LIMA, A.C.S. (Coord. Geral). **Antropologia e Direito: temas antropológicos para estudos jurídicos**. Brasília/Rio de Janeiro /Blumenau: Associação Brasileira de Antropologia/Laced/Nova Letra, 2012.

ZANARDO, Gabriela Lemos de Pinho; URIBE, Magaly Calderón; NADAL, Ana Hertzog Ramos De; HABIGZANG, Luísa Fernanda. **VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA NO BRASIL: UMA REVISÃO NARRATIVA**. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre/RS. 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-0310/2017v2915504>. Acesso em 22 fev, 2022.