



**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE (UNESC)
PRÓ-REITORIA ACADÊMICA (PROACAD)
DIRETORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA (PPGSCoI)
[MESTRADO PROFISSIONAL]**

RITA DE CÁSSIA GUIMARÃES DOS SANTOS DAGOSTIM

**CARTOGRAFIAS DO OLHAR ATENTO: ORIENTAÇÕES SOBRE O APOIO E
CUIDADO DA CRIANÇA E ADOLESCENTE TRANSGÊNERO**

**CRICIÚMA
2021**

RITA DE CÁSSIA GUIMARÃES DOS SANTOS DAGOSTIM

**CARTOGRAFIAS DO OLHAR ATENTO: ORIENTAÇÕES SOBRE O APOIO E
CUIDADO DA CRIANÇA E ADOLESCENTE TRANSGÊNERO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Mestrado Profissional), da Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Lisiane Tuon

**CRICIÚMA
2021**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

D127c Dagostim, Rita de Cássia Guimarães dos Santos.

Cartografias do olhar atento : orientações sobre o apoio e cuidado da criança e adolescente transgênero / Rita de Cássia Guimarães dos Santos Dagostim. - 2021.

122 p. : il.

Dissertação (Mestrado) - Universidade do Extremo Sul Catarinense, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Criciúma, 2021.

Orientação: Lisiane Tuon.

1. Disforia de gênero. 2. Pessoas transgênero. 3. Crianças e adolescentes. 4. Atenção Primária à Saúde. 5. Diversidade de gênero. Título.

CDD 23. ed. 616.8583

Bibliotecária Eliziane de Lucca Alosilla - CRB 14/1101
Biblioteca Central Prof. Eurico Back - UNESC

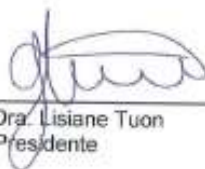
RITA DE CÁSSIA GUIMARÃES DOS SANTOS DAGOSTIM

“CARTOGRAFIAS DO OLHAR ATENTO: ORIENTAÇÕES SOBRE O APOIO E CUIDADO DA CRIANÇA E ADOLESCENTE TRANSGÊNERO”.

Esta dissertação foi julgada e aprovada para obtenção do Grau de Mestre em Saúde Coletiva no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Mestrado Profissional) da Universidade do Extremo Sul Catarinense.

Criciúma, 03 de março de 2021.

BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Lisiane Tuon
Presidente



Profa. Dra. Cristiane Damiani Tomasi (Membro/PPGSCol/UNESC)



Prof. Dr. Ismael Francisco de Souza (Membro externo/PPGD/UNESC)

Este trabalho é dedicado ao meu irmão (in memoriam). Roberto, “és parte ainda do que me faz forte. Pra ser honesta, só um pouquinho infeliz. Mas tudo bem” (Renato Russo).

AGRADECIMENTOS

Agradeço infinitamente, e em primeiro lugar, a minha esposa, Denize. Por me fazer as melhores comidinhas, os melhores mimos, o melhor tipo de barganha para me convencer a “colocar para fora” tudo isso que tinha aqui dentro de conhecimento acumulado. Acima de tudo, sou grata por acreditar e me fazer acreditar, por me enxergar com olhos tão amorosos e compassivos. Gratidão por tanto! Se for pra tudo dar errado, quero que seja com você, querida. Te amo “mil milhões”.

Agradeço ao meu filho Caio e a minha filha Maria Rita, pela paciência, pelo suporte afetivo na ausência, pela fuga e refúgio. Caio, sem teus cafés maravilhosos, sem a tua torcida, sem as fotos de gatinho compartilhadas e tua “amadurescência” essa dissertação não teria saído. Maria Rita, sem a tua vida terrena eu estaria em pedaços. Amo-vos “do tamanho do universo e muito mais”, pequenas porcarias da minha vida toda.

Ao meu pai e minha mãe, que me deram a vida, que foram o arco de Khalil Gibran a impulsionar a flecha, por me permitirem ser teimosa e “esquisita”, características que me moldaram hoje persistente e aficionada pelo conhecimento. Hoje, meu nome que foi uma grande promessa personifica a causa impossível. Cheguei aqui porque vocês me ensinaram a valorizar os estudos e as pessoas, todas. Eu escolheria vocês em todas as vezes para essa vivência terrena, meus passarinhos.

A minha família extensa maravilhosa, que me deu cunhadas e cunhados, sogro e sogra, sobrinha, afilhada e afilhado, que me tira do umbigo do furacão com frutas deliciosas, fotos no “uatizapi”, “bom dias” com brilhaço, vídeos engraçados e algumas piadas “meia boca”. Vocês são um presente. Minha prima Taciana Laux, “será que você vai saber o quanto penso em você com o meu coração?”.

As pessoas amigas de muito perto, do lado de dentro, impossível citar todas, mas não poderia deixar de nominar: Maria Eduarda Pacheco, Priscila Schacht Cardoso, Tatiane Macarini, Luis Claiton Medeiros, Manuela Beloli. A academia agora não tem apenas sapatão. Tem Mestre Sapatão! Respeita minha história e me aguenta, trupe amada. Gratidão pela frequência afetiva que nos uniu nessa jornada terrena. Amo-vos ao infinito e além.

A Jennifer Alamini, minha comadre, minha irmã. Aprendi contigo o que mil anos em bancos escolares nunca poderão me ensinar. Aprendi a SER. Amo-te.

As minhas mentoras, Shirley e Juliane, que me levaram a re-conhecer meu propósito e conectar-me com ele. Que me ensinaram tanto sobre mim mesma! Essa trilha não seria possível sem vocês. Do mundo da papelaria para a vida.

Agradeço a minha orientadora Lisiane Tuon que, antes de tudo, abraçou a implementação do Programa DIDH – Diversidades, Inclusão e Direitos Humanos/UNESC quando Coordenadora do CERII/UNESC. Por todo o incentivo, por topar o desafio, por “empurrar barranco acima” quando eu empaquei. Pelo afeto, pelo exemplo de vida.

A Magnífica Reitora Luciane Ceretta e às pessoas docentes do PPGSCol, sem exceção. Sou grata pela paciência e carinho nos momentos, nos tantos momentos, em que fui subversiva: “e quem um dia irá dizer que não existe razão nas coisas feitas pelo coração?” Gratidão, ainda, pela coragem em tempos tão sombrios, pela garra na seara da saúde coletiva, na ciência, na multiplicação de tanto conhecimento e vida.

À amiga e colega Lu Ceretta, gratidão pelos olhos de farol e por acreditar em mim quando eu menos acreditei.

Sou grata à equipe do AMTIGOS – Ambulatório Transdisciplinar de Identidade de Gênero e Orientação Sexual (AMTIGOS/IPq/ HCFMUSP) pelo necessário trabalho realizado enquanto não mudamos o paradigma dessa cultura que insiste em controlar os corpos. Em especial ao Dr. Alexandre Sadeeh, pela responsabilidade no exercício da profissão e pela generosidade em compartilhar comigo um pouco da sua experiência e conhecimento.

Por fim, não menos importante, agradeço a Aurora e sua infância colorida. É um privilégio teres permitido que eu fizesse parte. Quando meu dia fica cinza, lembro das tuas risadas, Aurora, e um arco-íris renasce em mim. Nada sobre nós, sem nós, querida.

*É preciso ter esperança, mas ter esperança do verbo esperar;
porque tem gente que tem esperança do verbo esperar.
E esperança do verbo esperar não é esperança, é espera.
Esperança é se levantar, esperar é ir atrás, esperar é construir,
esperança é não desistir!
Esperança é levar adiante,
esperança é juntar-se com outros para fazer de outro modo*

Paulo Freire

RESUMO

A saúde, como direito humano, inclui todas as dimensões das pessoas, a sexualidade faz parte do ciclo vital humano do nascimento até a morte física. A concepção da sexualidade humana engloba os conceitos de sexo biológico, gênero, orientação afetivo-sexual, expressão de gênero e identidade de gênero. Todos esses construtos e suas nuances estão inseridos no que chamamos de Diversidade Sexual. O grupo imediatamente relacionado ao termo Diversidade Sexual é o de pessoas lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais, transgêneros, intersexuais e demais identidades: LGBTI+. Há na sigla LGBTI+ a mistura da noção de orientação afetivo-sexual (desejo/afeto – lésbicas, gays, bissexuais) com a noção de identidade de gênero (como identifica/sente – transgêneros, cisgêneros e demais identidades), o que torna difícil a sensibilização para a discussão da temática que é cercada por muitos tabus. O presente trabalho põe o foco na transgeneridade e pessoas transgênero, discute acerca da Disforia de Gênero em crianças e adolescentes. O Conselho Federal de Medicina através da Resolução – CFM nº 2.265/2019 dispõe de atualização para o processo transexualizador e inclui normativa para atendimento de crianças e adolescentes transgênero, mas os fluxos e protocolos do CFM dispostos para crianças e adolescentes ainda não foram incorporados no âmbito do SUS – Sistema Único de Saúde. A Atenção Básica em Saúde, porém, tem o papel fundamental para o atendimento de maneira integral dessa demanda de pessoas LGBTI+ através do reconhecimento de território, vínculo, articulação da rede e promoção da saúde e demonstrar, de maneira concreta, os princípios do SUS: universalidade, integralidade e equanimidade. Apesar disso, pesquisas apontam a dificuldade que pessoas LGBT+, seus pares e famílias, tem de acessar e permanecer no SUS devido ao estigma, preconceito, falta de conhecimento de suas necessidades e dos determinantes sociais que incidem nesses corpos. Os motivos muitas vezes estão relacionados a falta de conhecimento acerca da temática e a falta de transversalidade das questões relacionadas à diversidade nas práxis. Para além de apontar a existência de crianças e adolescentes transgênero, nosso trabalho objetivou elaborar material informativo e orientativo sobre o apoio e cuidado a criança e adolescente transgênero direcionado às equipes da Atenção Básica em Saúde do município de Criciúma. Através da sustentação teórica baseada na literatura, mostramos a importância da sensibilização das pessoas trabalhadoras da Atenção Básica em Saúde para a temática da Diversidade Sexual nos processos de Educação Permanente em Saúde e como esse movimento pode impactar no reconhecimento e na visibilidade das pessoas LGBTI+.

Palavras-chave: Disforia de Gênero, Pessoas Transgênero, Criança, Adolescente, Atenção Básica à Saúde

ABSTRACT

Health, as a human right, includes all dimensions of people, sexuality is part of the human life cycle from birth to physical death. The conception of human sexuality encompasses the concepts of biological sex, gender, affective-sexual orientation, gender expression and gender identity. All of these constructs and their nuances are inserted in what we call Sexual Diversity. The group immediately related to the term Sexual Diversity is that of lesbian, gay, bisexual, transvestite, transsexual, transgender, intersex and other identities: LGBTI +. There is in the acronym LGBTI + the mixture of the notion of affective-sexual orientation (desire / affection - lesbians, gays, bisexuals) with the notion of gender identity (how it identifies / feels - transgender, cisgender and other identities), which makes it difficult to raising awareness of the issue that is surrounded by many taboos. The present work focuses on transgender and transgender people, discusses Gender Dysphoria in children and adolescents. The Federal Council of Medicine through Resolution - CFM nº 2.265 / 2019 has an update for the transsexualizing process and includes rules for the care of transgender children and adolescents. The CFM flows and protocols available for children and adolescents have not yet been incorporated within the scope of SUS - Unified Health System. Primary Health Care, however, has a fundamental role in meeting this demand of LGBTI + people in an integral way through the recognition of territory, bond, network articulation and health promotion and demonstrate, in a concrete way, the principles of SUS: universality, integrality and equanimity. Despite this, research points to the difficulty that LGBT + people, their peers and families, have to access and remain in SUS due to stigma, prejudice, lack of knowledge of their needs and the social determinants that affect these bodies. The reasons are often related to the lack of knowledge about the theme and the lack of cross-cutting issues related to diversity in praxis. In addition to pointing out the existence of transgender children and adolescents, our work aimed to develop informative and guiding material on support and care for transgender children and adolescents directed to the Primary Health Care teams in the municipality of Criciúma. Through theoretical support based on the literature, we show the importance of raising the awareness of people working in Primary Health Care to the theme of Sexual Diversity in Permanent Health Education processes and how this movement can impact the recognition and visibility of LGBTI + people.

Palavras-chave: Gender Dysphoria, Transgender Persons, Child, Adolescent, Primary Health Care

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Infográfico sobre aspectos da Diversidade Sexual.....	18
Figura 2 – Situações-chave para construção da PNSILGBTI.....	27
Figura 3 – Eixos da Política Nacional de Saúde de LGBT.....	28
Figura 4 – Genograma da Família	38
Figura 5 – Ecomapa da Aurora	42
Figura 6 – Mapa Conceitual	45
Figura 7 – Dados sociodem. sobre características das pessoas entrevistadas	47
Figura 8 – Dados sociodem. sobre características das pessoas entrevistadas (2)....	48
Figura 9 – Sobre transexualidade e disforia de gênero.....	49
Figura 10 – Sobre Crianças e Adolescentes com Disforia de Gênero.....	50
Figura 11 – Intervenções cirúrgicas em pessoas transgênero adultas.....	59
Figura 12 – Transexualidade no DSM.....	60
Figura 13 – Fatos pioneiros relacionados à história da transgeneridade.....	63

LISTA DE APÊNDICES

Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	106
Apêndice B – Instrumento de Coleta.....	109

LISTA DE ANEXOS

Anexo A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa.....	119
Anexo B – Carta de Aceite.....	122

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica à Saúde
AMTIGOS	Ambulatório Transdisciplinar de Identidade de Gênero e Orientação Sexual (AMTIGOS/IPq/ HCFMUSP)
APA	American Psychiatric Association
APS	Atenção Primária à Saúde
CF	Constituição Federal de 1988
CFM	Conselho federal de Medicina
CIS	Cisgênero (sexo congruente com o gênero)
DG	Disforia de Gênero
DSM	Manual Estatístico de Transtornos Mentais
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FTM	Transição de Female to Male (feminino – masculino)
LGBTI+	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis/Transexuais/Transgêneros, Intersexuais e demais Identidades.
MTF	Transição de Male to Female (masculino – feminino)
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não Governamental
PMC	Prefeitura Municipal de Criciúma
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNSILGBTI	Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgênero
PrTr	Processo Transexualizador
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SBP	Sociedade Brasileira de Pediatria
SUS	Sistema Único de Saúde
TRANS	Transexual (sexo incongruente com o gênero)
UNESC	Universidade do Extremo Sul Catarinense

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	16
1.1	DIVERSIDADE SEXUAL: ALGUNS CONCEITOS	17
1.2	O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	22
1.2.1	ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE	23
1.2.2	POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DE LGBT	25
1.2.2.1	PROCESSO TRANSEXUALIZADOR NO SUS.....	29
1.3	SITUAÇÃO PROBLEMA.....	30
1.4	FINALIDADE DO PRODUTO	30
2	JUSTIFICATIVA (OU: COMO CHEGUEI AQUI?).....	32
3	CARTOGRAFIA DAS VIDAS QUE IMPORTAM.....	37
4	OBJETIVOS	44
4.1	OBJETIVO GERAL	44
4.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	44
5	MAPA CONCEITUAL.....	45
6	SUSTENTAÇÃO TEÓRICA.....	46
6.1	Ciclo vital: infância e adolescência	54
6.1.1	A infância e a adolescência transgênero	56
6.1.2	Abordagens Afirmativas.....	65
6.1.3	Movimento pela Despatologização	67
6.1.4	O papel da Atenção Básica	68
7	MÉTODOS.....	72
7.1	TIPO DE PRODUTO.....	72
7.2	CENÁRIO DE CONSTRUÇÃO DO PRODUTO.....	72
7.3	PÚBLICO ALVO	72
7.4	PROCEDIMENTOS PARA CONSTRUÇÃO DO PRODUTO	73
7.4.1	Etapa 1: Levantamento das necessidades	73
7.4.2	Etapa 2: Recursos necessários para elaboração do produto	74
7.4.3	Etapa 3: Elaboração da proposta de produto	74
7.5	ASPECTOS ÉTICOS	75
8	RESULTADOS	75
8.1	APRESENTAÇÃO DO PRODUTO	77
9	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	91

REFERÊNCIAS.....	94
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	106
APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA	109
ANEXOS	118
ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	119
ANEXO B – CARTA DE ACEITE	122

1 INTRODUÇÃO

O conceito de diversidade sexual tem sido utilizado de maneira crescente, ganhando espaços nas políticas públicas de resgate dos direitos fundamentais e de combate à discriminação e ao preconceito. Em todas as esferas governamentais (nacional, estadual, distrital e municipal) existem planos de ação, portarias e protocolos que objetivam garantir o acesso aos direitos de pessoas LGBTI+ nos campos da saúde, lazer, trabalho, segurança, educação, entre outros.

Considerada como direito humano, a saúde é direito social na garantido pela Constituição Federal (art. 6º) e, pela Organização Mundial de Saúde (OMS), é definida como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de doença e enfermidades” (WHO, 1946).

Autores como Batisttela (2007) e Filho (2011), trazem para o debate o conceito da OMS que relaciona saúde ao completo bem-estar. Consideram utópica a metodologia de quantificar a saúde por um aspecto tão subjetivo, tão individual e de difícil mensuração.

A saúde é um constructo que possui as marcas de seu tempo. Reflete a conjuntura econômica, social e cultural de uma época e lugar. Reconhecer sua historicidade significa compreender que sua definição e o estabelecimento de práticas dependem do grau de conhecimento disponível em cada sociedade (BATISTELLA, 2007, p.82).

Filho (2011), ainda, baseia sua discussão nas várias dimensões do conceito de saúde: “saúde como fenômeno, saúde como metáfora, saúde como medida, saúde como valor, saúde como práxis” (p.27). Propõe, ainda, a ideia de que saúde deve ser discutida na pluralidade, “várias saúdes” (FILHO, 2011, p.145).

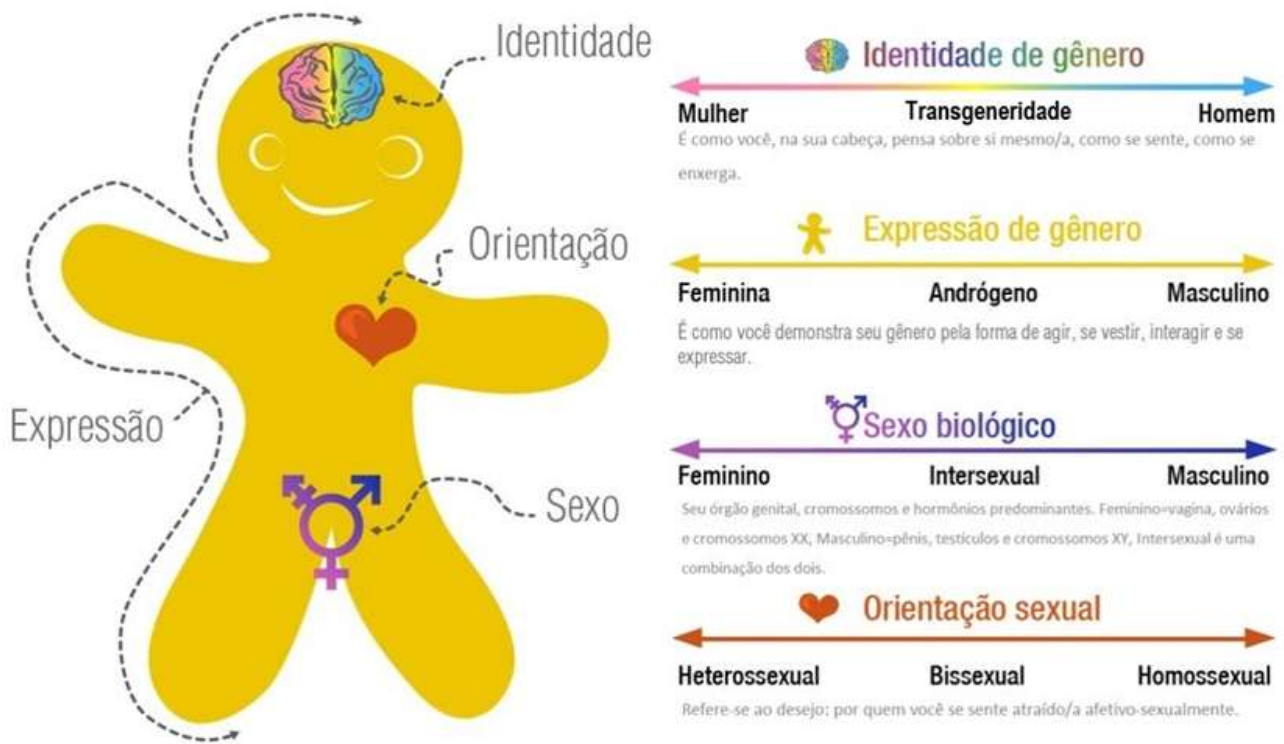
Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986, p.1)

A saúde sexual e reprodutiva – abarcadas no termo “sexualidade” – estão presentes no ciclo vital de cada ser humano e são direitos relacionados à saúde, reconhecidos para fins afetivos e relacionais, para muito além de exclusivamente para fins reprodutivos. Os construtos envolvidos no conceito de sexualidade são: sexo biológico, gênero, orientação afetivo-sexual, expressão de gênero e identidade de gênero (CIASCA, 2021).

Para Barros e Miranda (2019), é importante estudar a sexualidade de forma integralizada porque ela é influenciada pelos contextos culturais, econômicos, políticos e religiosos. A linearidade de biologia/comportamento/desejo que se baseia apenas na diferença genital baliza sujeitos e controla seus corpos, deixando a margem quem foge à “norma”. A noção de diversidade sexual trabalha com os conceitos de sexo, gênero, identidade de gênero, expressão de gênero e orientação sexual sem a necessidade de conexão entre biologia, comportamento, expressão, afeto/desejo.

1.1 DIVERSIDADE SEXUAL: ALGUNS CONCEITOS

É válido salientar, no entanto, que na sigla LGBTI+ misturam-se os conceitos de orientação afetivo-sexual (relacionado ao desejo/afeto – lésbica, gay, bissexual e demais nuances) e identidade de gênero (relacionado a experiência de como se identifica/sente – trans, cis e demais identidades), há, ainda, as pessoas intersexuais. Para melhor visualizar, apresentamos a Figura 1:



Traduzido de um infográfico do [itspronouncedmetrosexual.com](https://www.itspronouncedmetrosexual.com)

Figura 1 – Infográfico sobre aspectos da Diversidade Sexual¹

O sexo biológico se refere às características físicas de acordo com o que é convencional na biologia para definição do genital: sexo feminino (vulva), sexo masculino (pênis), intersexo (genitália que não se enquadra no binarismo masculino ou feminino).

Geralmente a palavra sexo é utilizada para se referir ao sexo biológico, embora possa também ser utilizada para práticas sexuais. Na espécie humana, utilizam-se como parâmetros os cromossomos, a composição hormonal, a genitália e os caracteres secundários para a definição de pessoa como sendo do sexo masculino (XY; testosterona; pênis e testículos; distribuição de pelos e gordura típicos) ou feminino (XX; vagina, útero e ovários; estrógeno e progesterona; presença de mamas, distribuição de pelos e gordura típicos) ou intersexo (estudos biológicos atípicos relacionados a diferenças no sexo). (CIASCA, 2021, p. 13)

¹ Traduzido pelo NIGS - Núcleo de Identidades de Gênero e Subjetividades da UFSC (Universidade Federal de Santa Catarina) do infográfico do Site Its Pronouced Metrosexual disponível em <https://www.itspronouncedmetrosexual.com/2018/10/the-genderbread-person-v4/>

O gênero é construído histórica e socialmente através dos signos masculino/masculinidade/homem ou feminino/feminilidade/mulher. São os papéis sociais atribuídos acerca do que se espera do comportamento.

Gênero é uma estrutura social que organiza relações: a divisão do trabalho, a distribuição da riqueza e da propriedade, o sistema político, a educação, a saúde, entre outras. A própria linguagem, a forma como se pensa e vivencia o mundo e si mesmo estão profundamente marcadas por distinções entre o gênero masculino e feminino, que também orientam o modo como as pessoas agem e interagem, que expectativas criam, como percebem a relação entre si e o outro (CIASCA, 2021, p 14).

A expressão de gênero refere a maneira como a pessoa se apresenta, através da vestimenta, do comportamento, que podem condizer – ou não – ao padrão reconhecido na sociedade: feminino ou masculino. Também há a expressão andrógina e diversas outras matizes de expressões não binárias e neutras.

A orientação afetivo-sexual refere-se ao desejo/afeto/atração por outras pessoas. Pode ser heterossexual: direcionado por um gênero diferente do seu; homossexual: direcionado para o mesmo gênero (lésbica ou gay); bissexual: direcionado para mais de um gênero. Muitas outras nuances no espectro de possibilidades de direcionamento de afeto são possíveis, exemplo: pansexual (atração independente do gênero); assexual (pouca ou nenhuma atração por pessoas).

A identidade de gênero refere-se a compreensão da pessoa acerca de si mesma acerca das definições sociais de gênero, pode ser binária ou não binária. Os Princípios de Yogiakarta – os quais o Brasil é signatário – são um conjunto de normas internacionais que tratam dos direitos humanos aplicados à orientação sexual e identidade de gênero. Em seus conceitos, descreve:

Compreendemos identidade de gênero a profundamente sentida experiência interna e individual do gênero de cada pessoa, que pode ou não corresponder ao sexo atribuído no nascimento, incluindo o senso pessoal do corpo (que pode envolver, por livre escolha, modificação da aparência ou função corporal por meios médicos, cirúrgicos ou outros) e outras expressões de gênero, inclusive vestimenta, modo de falar e maneirismos (Princípios de Yogiakarta, 2006, p.7).

A identidade de gênero é relacionada à identificação – ou não – com o

gênero reconhecido no nascimento. Desta forma, pessoas CISgênero (cis) tem a identificação coincidente com o gênero; pessoas TRANSGênero (trans) não tem a identificação coincidente com o gênero reconhecido no nascimento. A terminologia “trans” tenta abarcar as identidades transgêneros, mas o movimento social reivindica a especificação na representação de todas as identidades “trans”: transexual/transexualidade, travesti/travestilidade, transgênero/transgeneridade. Atualmente algumas correntes do movimento social optam por utilizar o neologismo “transvestigênera”², que incorporaria identidades “trans”, “travestis” e “gêneros não binários” representados pela flexão de gênero neutro através do “e” (“gênera/binária”).

A pessoa transgênero pode querer realizar a transição física do gênero atribuído ao nascer para o gênero com o qual se identifica. Para que isso aconteça por meio do SUS, uma classificação diagnóstica lhe é dada para que acesse ao Processo Transexualizador no sistema público de saúde.

Acerca das classificações diagnósticas, Zucker (2017) e APA (1994) ressaltam a importância de existir dados epidemiológicos da disforia de gênero (nomenclatura mais atual) para o planejamento em saúde e a identificação de fatores associados. Apresenta, ainda, a evolução de nomenclatura do tópico “Disforia de Gênero” nas diferentes versões do Manual Estatístico de Transtornos Mentais (DSM):

- DSM III, III-R: Transtorno de Identidade de Gênero;
- DSM IV: Transtorno de Identidade de Gênero – tipo Transexual;
- DSM 5: Disforia de Gênero

A prevalência do Transtorno de Identidade de Gênero apresentado no DSM IV, é de 1:100.000 em adultas nascidas sob o sexo feminino e de 1:30.000 adultos nascidos sob o sexo masculino (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1994). No DSM V a prevalência é de 14:1000 em adultos nascidos sob o sexo masculino e de 3:1000 em adultas nascidas sob o sexo feminino (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Quando a perspectiva da diversidade alcança as expressões de gênero na infância, é necessário ter cautela para não reduzir essas existências à conceitos

² Erika Hilton (Vereadora em São Paulo) e Indianara Siqueira (fundadora da CasaNem – Rio de Janeiro), ambas ativistas do movimento LGBTI+, cunharam o termo em 2019.

limitados de “normalidade” ou “anormalidade”. Em revisão de literatura realizada acerca da diversidade sexual na infância utilizando os descritores “diversidade”, “gênero”, “sexualidade” e “infância”, apenas 37 publicações foram encontradas acerca da temática (Baratto, 2017), o que evidencia a grande lacuna na discussão desse conteúdo e denota a importância de se falar sobre esse assunto.

Apesar dos protocolos do processo transexualizador pelo Sistema Único de Saúde (SUS) datarem do ano de 1997 (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 1997), crianças e adolescentes não são citadas nem nas suas atualizações, datadas do ano de 2013 (BRASIL, 2013).

O diagnóstico de “transexualidade” não se aplica na infância e adolescência. Para esta faixa etária é utilizado o termo “disforia de gênero” (SBP – Sociedade Brasileira de Pediatria, 2017), que caracteriza angústia acerca da incongruência entre o gênero reconhecido no nascimento e o gênero experimentado/sentido. Utiliza-se os termos transgênero e transgeneridade.

A pessoa LGBTI+, especialmente as pessoas trans, tem demandas, necessidades específicas as quais não são reconhecidas como necessidades de saúde, deixando-os a margem de direitos fundamentais. O aumento da prevalência, como supracitado, pode indicar diretamente o aumento da visibilidade da população de pessoas transexuais o que justifica a existência de linhas de cuidados específicas.

As pessoas trans sofrem marginalizações múltiplas, a começar pela própria família que as expulsam de casa quando a identidade de gênero se torna evidente. Muitas abandonam a escola, não frequentam hospitais, não fazem carteira de identidade. Evitam se socorrer dos órgãos públicos pelo medo de serem tratados com desrespeito à sua identidade e a expressão de gênero. São vítimas do preconceito, do desprezo e de abusos de toda ordem. Seus direitos são sistematicamente negados e violados, sob a indiferença geral (DIAS, 2016, p. 229).

Vieira (2019) reitera o conceito de crianças e adolescentes como pessoas em desenvolvimento e cita o poder familiar como um mecanismo para efetivar seus direitos e garantias fundamentais. Apesar disso, salienta que a função da guarda familiar muitas vezes se confunde com as expectativas parentais, o que deixa crianças

e adolescentes transgêneros vulneráveis à ótica binária e heteronormativa³ da sociedade, reproduzida pelas famílias.

1.2 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Em seu Artigo 196, a Constituição Federal de 1988, pontua: *“A saúde é direito de todos e dever do Estado garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”* (CF, 1998) e aqui nasce o sistema público de saúde (PAIM, 2009).

Com as Leis 8080 e 8142 promulgadas em 1990, Leis Orgânicas da Saúde, é regulado o Sistema Único de Saúde (SUS), uma das maiores conquistas populares democráticas junto à CF. Antes do SUS, a saúde era restrita apenas às pessoas ligadas à Previdência Social, contribuintes de carteira assinada, e o conceito de saúde estava relacionado à “não doença”. Com a nova forma de fazer saúde no país, o acesso torna-se universal e saúde passa ser considerada “qualidade de vida” (BRASIL, 2000).

Nesse modelo, a participação social e a descentralização da gestão são marcas dessa conquista social. Os conselhos sociais nas três esferas governamentais passam a ser obrigatórios, o que aproxima a população das decisões mais necessárias conforme suas demandas. Isso faz do SUS um sistema em permanente transformação e aperfeiçoamento, uma vez que a sociedade é dinâmica (PAIM, 2009).

Três são os princípios que dão base ao SUS: universalidade, integralidade e equidade. A universalidade diz respeito ao acesso universal, ou seja, todas as pessoas podem acessar *“uma ação ou serviço de saúde de que necessitem sem qualquer barreira de acessibilidade, seja legal, econômica, física ou cultural”* (PAIM, 2009, p. 57). A integralidade pressupõe que as pessoas serão atendidas em suas necessidades como um todo, em todas as suas dimensões. Existem programas que visam dar conta de várias especificidades de grupos, mesmo que isso represente um

³ Pressupõe que a heterossexualidade e cisgeneridade são consideradas como norma para a orientação sexual e identidade de gênero. Todas as existências que fogem a essa “norma” são consideradas anormais.

grande desafio, os movimentos sociais são interlocutores valiosos no planejamento e monitoramento dessas ações. Não menos importante, o conceito de equidade está ligado complementarmente à igualdade, que visa tratar as diferenças de maneira igual, conforme as prioridades.

Sobre conceito social da igualdade, Piovesan (2005) refere:

Destacam-se, assim, três vertentes no que tange à concepção da igualdade: a. igualdade formal, reduzida à fórmula “todos são iguais perante a lei” (que no seu tempo foi crucial para a abolição de privilégios); b. igualdade material, correspondente ao ideal de justiça social e distributiva (igualdade orientada pelo critério socioeconômico); e c. igualdade material, correspondente ao ideal de justiça como reconhecimento de identidades (igualdade orientada pelos critérios gênero, orientação sexual, idade, raça, etnia e demais critérios) (p. 47).

As diretrizes organizativas do SUS são: descentralização, regionalização, hierarquização da rede e participação social. Através da participação social em conselhos de saúde e conferências de saúde (nos três níveis de governo) é que são definidas prioridades de atenção à saúde de todas as pessoas (PAIM, 2009).

Para Paim (2009), o SUS é considerado um “*patrimônio nacional*” (p.116) e isso não significa que não existam dificuldades e desafios a serem superados como a universalização precária e o contingenciamento de recursos que ameaçam a todo momento a qualidade dos serviços prestados de atenção à saúde.

1.2.1 Atenção Básica à Saúde

Considerada “porta de entrada” para o acesso ao SUS e orientadora das redes de atenção à saúde, a Atenção Básica à Saúde tem sua concepção ancorada na Atenção Primária à Saúde (APS), de 1978, na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em Alma-Ata. Partindo de um alvo mais seletivo voltado para ações de alto impacto, a APS buscou ampliar sua abrangência a medida que os perfis demográficos e epidemiológicos se alteravam no mundo todo (ALMEIDA et al, 2018).

No Brasil, a partir da implementação do SUS na década de 80, a APS passa a ser chamada de Atenção Básica (BRASIL, 2009) e é vista como “política de estado” (ALMEIDA et al, 2018, p.2). A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) data de 2006 através da Portaria nº 648/GM que organiza a AB para o Programa de Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (ACS). A portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 que aprova a PNAB e revisa suas diretrizes, em seu Art. 2º refere:

Art. 2º A Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (BRASIL, 2017).

A PNAB vem sendo revisada e atualizada desde então conforme a necessidade (BRASIL, 2006). Em quadro comparativo com as versões da PNAB de 2011 e 2017, Melo et al (2018) retrata que somente em sua última revisão houve reconhecimento das causas de “diferenciações excludentes” citadas na PNAB de 2011. Explicitamente há “*a proibição na AB de qualquer exclusão baseada em idade, gênero, raça/cor, etnia, crença, nacionalidade, orientação sexual, identidade de gênero, estado de saúde, condição socioeconômica, escolaridade, limitação física, intelectual, funcional e outras*” (p. 43).

Paim (2009) refere que a luta pelo direito a saúde passa necessariamente pela redução das desigualdades o que leva a reconhecer os determinantes sociais de saúde que atravessam a saúde das pessoas como um todo, seja por necessidades individuais ou coletivas. Questões como as relações de gênero, por exemplo, atravessam todas as dimensões de vida social das pessoas e esses papéis pré-determinados são suficientes para hierarquizar os corpos e gerar desigualdades sociais que interferem diretamente na saúde das pessoas (BARATA, 2009).

A Política Nacional de Promoção a Saúde orienta as equipes de saúde para dirimir problemas relacionados aos determinantes sociais (habitação, saneamento básico e educação precárias, distribuição de renda, etc). Desta forma, o envolvimento com esses fatores está muito além das atribuições da APS, o que não impede a

problematização desses determinantes sociais, integrando prevenção e promoção a saúde (VENDRUSCOLO et al, 2019).

1.2.2 Política Nacional de Saúde Integral de LGBT

Desde 2004, quando foi apresentado o Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra LGBT – Brasil sem Homofobia – já havia sinalização da necessidade de uma política voltada para a população LGBTI+. O referido programa, alocado na então Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República, visava a luta contra o preconceito, discriminação, intolerância, exclusão e violências que impediam pessoas LGBTI+ a acessarem seus direitos fundamentais (GREEN et al, 2018). Bento, 2017, destaca o ineditismo na iniciativa do lançamento do Programa: *“pela primeira vez no Brasil, há o reconhecimento, por parte do Estado, de que a homofobia deve ser combatida por meio de políticas públicas”* (p. 225).

À época, a agenda LGBTI+ junto às políticas públicas já destacava os direitos à educação e à saúde, com vistas à integralidade e equidade. Importante ressaltar que a agenda LGBTI+ para os direitos é encabeçada por pessoas do movimento social GLBT⁴ organizado muito antes da sigla, quando ainda se chamava movimento homossexual (GREEN et al, 2018).

As políticas sociais modernas são uma invenção do século XX. Apesar de terem surgido ao fim do século XIX, os primeiros sistemas previdenciários eram restritos a alguns segmentos populacionais e só se consolidaram nos países desenvolvidos com mais amplitude após a Segunda Guerra Mundial (1939 – 1945), quando se formaram sistemas de políticas sociais fundados na concepção de garantia de direitos sociais e de promoção de equidade. A partir do surgimento nos países desenvolvidos, sistemas de proteção social se expandiram para os países em desenvolvimento, entre os quais, o Brasil (MENICUCCI & GOMES, 2018, p.13)..

Até que chegássemos ao processo transexualizador de fato, passamos pelo reconhecimento do termo “transexual”, cunhado em 1966 por Harry Benjamin, endocrinologista alemão, que incluía essas pessoas em “padrões de cuidado” no sentido patológico (BORBA, 2016). À época, o explicitamente “normal” (e assim

⁴ A sigla era GLBT até a sua mudança para LGBT, em 2008, na I Conferência Nacional GLBT.

nominado) era o gênero de acordo com o sexo atribuído no nascimento e, desta forma, ofereciam cuidados para corrigir, “curar” o que é considerado anormal (BENTO, 2017a).

Popadiuk, Oliveira e Signorelli (2016) realizaram estudo em que avaliam os avanços e desafios do Processo Transexualizador no SUS através da análise de documentos oficiais do Ministério da Saúde. Elencaram, ainda, “situações-chave”, apresentadas na Figura 2, que contribuíram para a implementação da Política Nacional de Saúde Integral de LGBT, fundamental para o PrTr (p.1514).

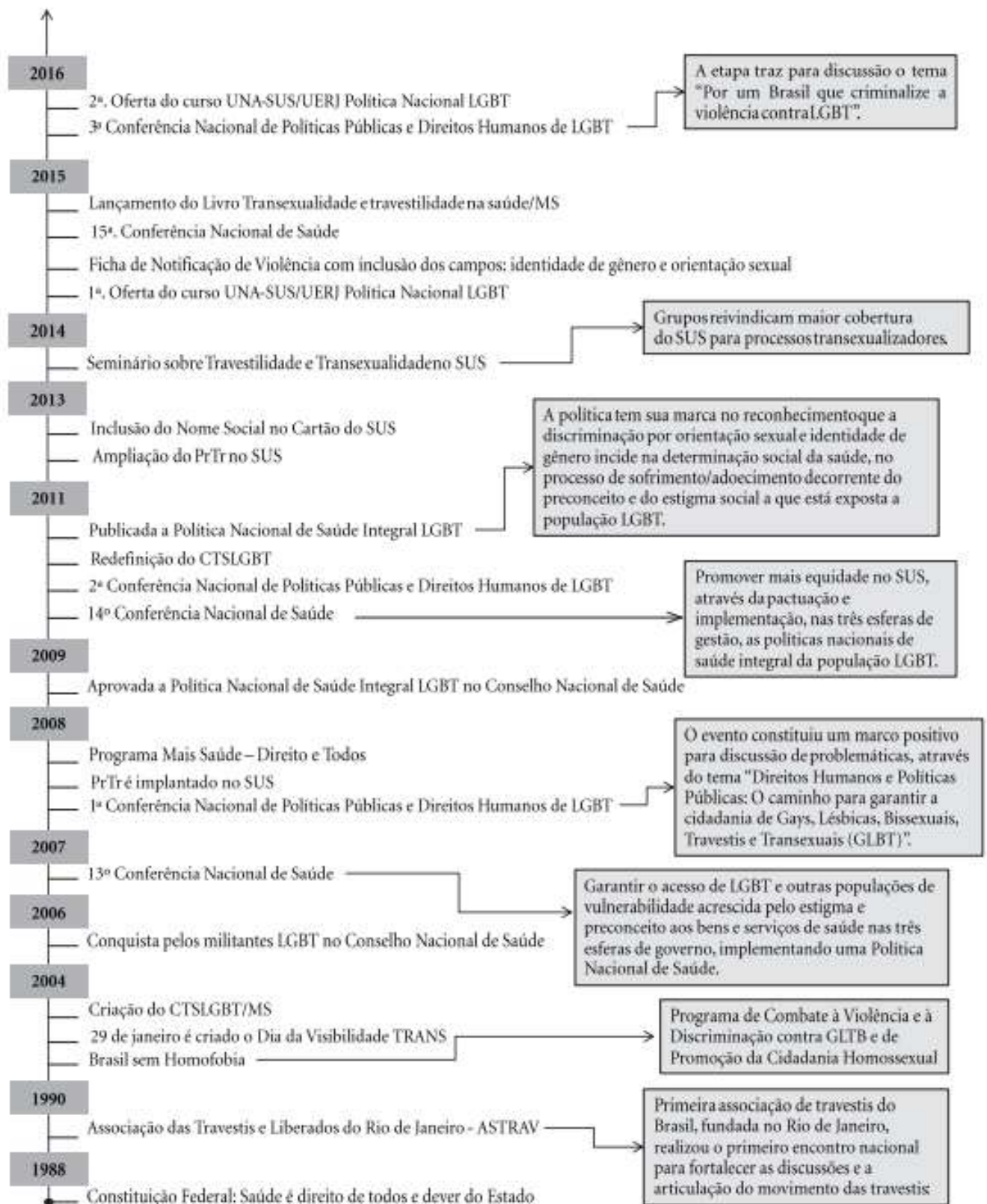


Figura 1. Algumas situações-chave que contribuíram para a construção da PNSILGBT de 1988 a 2016.

Figura 2 – Situações-chave para construção da PNSILGBTI (Popadiuk, Oliveira e Signorelli, 2016, p. 1514).

Considerada marco histórico para as políticas públicas de saúde, a Política Nacional de Saúde Integral de LGBT, lançada em 2011 pelo Ministério da Saúde através da Portaria nº 2.836, busca cumprir em todas as instâncias do SUS seu compromisso ético-político com os postulados de equidade previstos na Constituição Federal e Carta dos Usuários do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2011).

A Política LGBT tem como marca o reconhecimento dos efeitos da discriminação e da exclusão no processo de saúde-doença da população LGBT. Suas diretrizes e seus objetivos estão, portanto, voltados para mudanças na determinação social da saúde, com vistas à redução das desigualdades relacionadas à saúde destes grupos sociais. Esta Política reafirma o compromisso do SUS com a universalidade, a integralidade e com a efetiva participação da comunidade. Por isso, ela contempla ações voltadas para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, além do incentivo à produção de conhecimentos e o fortalecimento da representação do segmento nas instâncias de participação popular (BRASIL, 2011).

São eixos da Política LGBT:

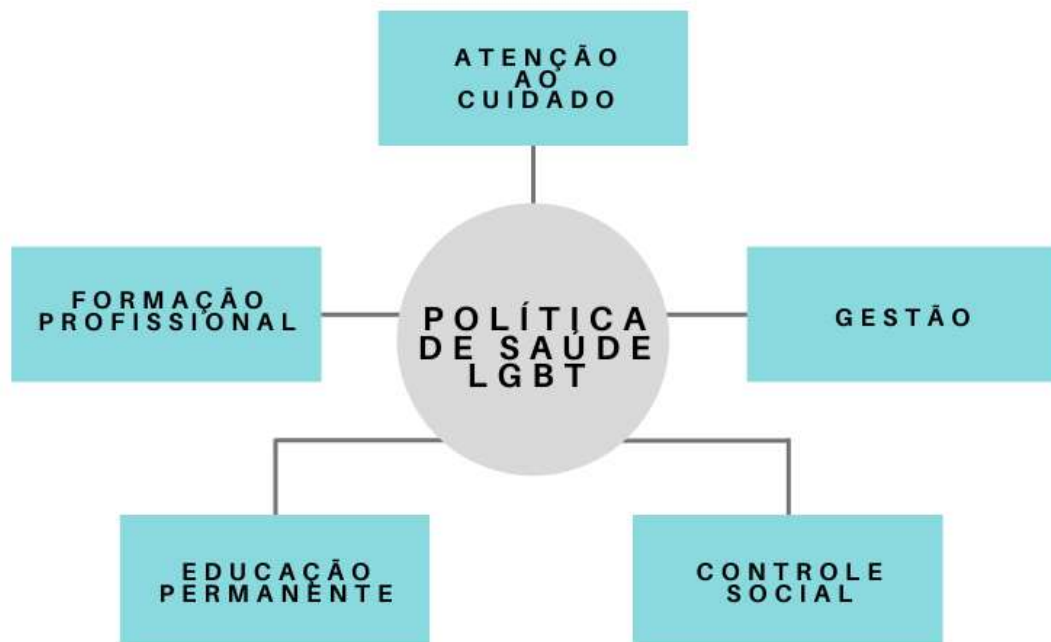


Figura 3 – Eixos da Política Nacional de Saúde de LGBT

Dentre os 24 objetivos específicos, diretrizes e fundamentações legais para a efetivação da Política, está o desafio de superar o preconceito e a discriminação que exige mudança de paradigma nos valores, visando o respeito ao que é diferente.

1.2.2.1 Processo Transexualizador no SUS

A garantia de acesso ao sistema público de saúde das pessoas trans às formas de cuidado que envolvam transição corporal e social estão garantidas no Processo Transexualizador (PrTr) do SUS. Datadas de 1997, as cirurgias de redesignação genital foram autorizadas pelo Conselho Federal de Medicina através da Resolução CFM nº 1.482 (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2002). A medida que técnicas avançaram e protocolos terapêuticos foram instituídos, o Ministério da Saúde integrou a transgenitalização para mulheres trans pelo Sistema Único de Saúde pela portaria nº1707/2008 (ROCON, 2017; BRASIL 2008). A Resolução nº1955/2010, em seu art. 2º, autoriza em caráter experimental, a realização de cirurgia do tipo neofaloplastia (FTM).

Após intensa mobilização social dos Movimentos de LGBTI+, em 2013 o Ministério da Saúde redefine e amplia o Processo Transexualizador no SUS pela portaria nº 2803. Em seu Artigo 6º, aponta a RAS como responsável pela integralidade do cuidado as pessoas transexuais e travestis no âmbito do SUS (BRASIL, 2013).

A modalidades para realização das ações no PrTr estão descritas no Artigo 5º, a saber:

I - Modalidade Ambulatorial: consiste nas ações de âmbito ambulatorial, quais sejam acompanhamento clínico, acompanhamento pré e pós-operatório e hormonioterapia, destinadas a promover atenção especializada no Processo Transexualizador definidas nesta Portaria e realizadas em estabelecimento de saúde cadastrado no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) que possua condições técnicas, instalações físicas e recursos humanos adequados conforme descrito no anexo I a esta Portaria; e II - Modalidade Hospitalar: consiste nas ações de âmbito hospitalar, quais sejam realização de cirurgias e acompanhamento pré e pós-operatório, destinadas a promover atenção especializada no Processo Transexualizador definidas nesta Portaria e realizadas em estabelecimento de saúde cadastrado no SCNES que possua condições técnicas, instalações físicas e recursos humanos adequados conforme descrito no anexo I a esta Portaria (BRASIL, 2013, p. 25).

Albuquerque (2019) refere que pouco se observa de interesse por parte da gestão e de profissionais da saúde voltado para a Política de Atenção Integral a Saúde de pessoas LGBTI+, o que inclui o PrTr. A AB, por ser o primeiro contato das pessoas com o SUS – observando seus preceitos de integralidade e cuidado – é campo fértil para ações que tragam a discussão da temática para a educação permanente na saúde.

Uma vez que o PrTr traz a maioria como requisito para inserção no processo de cuidado, como ficam crianças e jovens transgêneros? Esse é o foco do presente trabalho, oferecer material orientativo acerca do apoio e cuidado e cuidado de crianças e adolescentes transgênero.

1.3 SITUAÇÃO PROBLEMA

Quais informações são necessárias para a sensibilização das equipes da atenção básica à saúde para a temática da diversidade sexual relacionada a Crianças e Adolescentes Transgênero?

1.4 FINALIDADE DO PRODUTO

A cartilha “Orientações sobre o Apoio e Cuidado da Criança e Adolescente Transgênero” é voltada para profissionais de saúde da Atenção Básica. Ela contém informações primárias acerca da temática da diversidade sexual que, hoje, ainda, está no cerne das dúvidas das pessoas que atuam na porta de entrada do SUS. Além disso, possui reflexões importantes acerca da existência de crianças e adolescentes transgênero.

Nosso objetivo com a elaboração e confecção do produto é oferecer material informativo técnico, sensível e de fácil leitura que sirva de aporte para processos de educação permanente em saúde das equipes da atenção básica. Acreditamos que através da sensibilização dos/as profissionais aprimoraremos o olhar atento a este público tão específico.

Segundo Glossário Temático: Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, os processos de educação na saúde subdividem-se em dois eixos: eixo de educação continuada e eixo de educação permanente. A educação permanente consiste em

Ações educativas embasadas na problematização do processo de trabalho em saúde e que tenham como objetivo a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, tomando como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, a reorganização da gestão setorial e a ampliação dos laços da formação com o exercício do controle social em saúde (BRASIL, 2013a, p.20)

O material, portanto, deverá ser utilizado no processo de educação permanente das pessoas que trabalham na atenção básica, de maneira a orientar o debate, fomentar a discussão e promover a sensibilização.

2 JUSTIFICATIVA (OU: COMO CHEGUEI AQUI?)

O pastor Miguel Brun me contou que há alguns anos esteve com os índios do Chaco paraguaio. Ele formava parte de uma missão evangelizadora. Os missionários visitaram um cacique que tinha fama de ser muito sábio. O cacique, um gordo quieto e calado, escutou sem pestanejar a propaganda religiosa que leram para ele na língua dos índios. Quando a leitura terminou, os missionários ficaram esperando. O cacique levou um tempo. Depois, opinou:

— Você coça. E coça bastante, e coça muito bem.

E sentenciou:

— Mas onde você coça não coça”.

(Eduardo Galeano - O Livro dos Abraços, 1991, p. 18)

A semente desse trabalho foi plantada no ano de 2003.

Em 2002, no cargo de coordenadora do Programa Municipal de DST/HIV/Aids do município de Criciúma, iniciamos um mapeamento das pessoas que não acessavam o serviço e percebemos que as pessoas trans que trabalhavam como profissionais do sexo eram invisíveis para a linha de cuidado que estabelecemos.

O trabalho com as pessoas trans foi tão bonito que dali nasceu a ONG Deusas da Noite – Associação das Travestis de Criciúma⁵, onde fui convidada como co-fundadora. Na Deusas da Noite atuei como voluntária até 2007, quando passei a me dedicar integralmente aos atendimentos e execução de projetos. Minhas atividades compreendiam: atendimento psicoterápico breve e aconselhamento a pessoas adultas, jovens e famílias com pessoas LGBTI+; elaboração e execução de projetos ligados a Direitos Humanos de pessoas LGBTI+ e profissionais do sexo; articulação do Movimento Estadual LGBTT de Santa Catarina (que fundamos); elaboração de materiais educativos e informativos e palestras acerca da temática.

Nos sete anos em que fiquei trabalhando na ONG não falávamos de “crianças trans” como categoria. Mas os relatos dos atendimentos dessas pessoas adultas e jovens (que um dia foram crianças) me marcaram para sempre. Sem exceção, todas pessoas trans que atendi falavam do estranhamento na infância, de como sentiam que havia algo de diferente, de como viam-se pertencentes ao sexo oposto sem saber nominar esse sentimento.

⁵ No início dos anos 2000 a terminologia “transexual” era muito ligada à pessoa que se submetia necessariamente à cirurgia de redesignação genital. Quem não estava nessa situação, chamava-se “travesti”. Hoje é sabido que essa diferenciação é política, de afirmação de existência.

Relataram ter rezado para acordarem diferentes do que eram, ter feito pedidos a estrelas cadentes, papai Noel e fada do dente, soprado dente-de-leão e velas de aniversário desejando tornarem-se do sexo oposto ao designado no nascimento. As trans usavam camisetas compridas fingindo ser vestidos, toalha no cabelo imaginando ter cabelo comprido. Os trans achavam que ainda não tinha tido tempo de crescer o pênis, já que eram muito novinhos, e que ele cresceria assim que entrassem na puberdade, assim como crescem as mamas nas meninas.

Tomavam “chazinho” misturando todas as folhinhas: já que as avós davam chá para melhorar qualquer enfermidade, quem sabe uma mistura não causasse uma transformação? Mas nenhuma força divina, extraordinária ou ser mágico inanimado realizou o desejo. O chá não curou a enfermidade, afinal, ninguém ali sentia-se doente.

E assim cresceram, “adoleceram como gays e lésbicas”, já que não era sabido que identidade de gênero nada tem a ver com orientação sexual. Mas precisavam encaixar essas pessoas em alguma categoria, visto que não eram “normais como todo mundo”. E na categorização vem a hierarquização e toda a ordem de violência e vulnerabilidade já conhecida pela “minorias social”.

Quem conseguiu, permaneceu na escola e em casa o tempo que pôde. Quem não, recebeu acolhimento da rua, de quem já havia feito a caminhada anteriormente e conhecia a trilha da sobrevivência de ser pessoa trans. A maioria das mulheres trans que eu atendia, com exceção de uma, era profissional do sexo. Mesmo as que faziam bicos como costureiras, por exemplo, eram profissionais do sexo como ocupação principal. Todas haviam passado por modificações corporais por conta própria: hormonioterapia e colocação de silicone industrial para moldar formas femininas através de “bombadeiras”⁶. Algumas colocaram próteses de silicone nos seios em clínicas particulares que atendiam pessoas trans. Era quase como o curso “natural” das coisas na “vida trans”.

Quando iniciamos o acolhimento das pessoas trans no Programa Municipal de DST/HIV/Aids em Criciúma, parecia ser o único espaço em toda a rede de saúde que poderia atender a esse público. Uma vez que a epidemia da Aids de 1980 foi

⁶ Assim são chamadas as travestis que moldam o corpo de suas clientes através de injeções com silicone industrial. Sugerimos o documentário de 2007 chamado “Bombadeiras”, disponível no canal do Youtube.

vinculada às pessoas gays, o “setor da Aids” era o lugar que cabia às pessoas LGBTI+ no sistema de saúde, mesmo que fossem soronegativas. A partir das ações do Programa, especificamente as voltadas para as pessoas trans, efetivamos de fato a utilização do nome social, a distribuição de preservativos e gel lubrificante, consultas com urologista, proctologista, ginecologista, assistência social, atendimento psicológico. Ao mesmo tempo, sensibilizamos a rede e descentralizamos o cuidado. Sinto tranquilidade ao pensar nessa caminhada, contribuí com o que pude para minimizar o abismo entre a “letra da lei” e os “fazerem”.

Iniciei nova jornada profissional em 2016, quando integrei o Programa Diversidades, Inclusão e Direitos Humanos na UNESCO. Aqui conheci Aurora⁷, sua família e sua história. A mãe da Aurora me procurou indicada por pessoas próximas como referência para assuntos relacionados a diversidade sexual. Foi uma longa conversa, muitos atendimentos. O que pareceu inicialmente como um plano terapêutico singular resultou numa linda amizade que só aumenta. Hoje Aurora e sua família me chamam de “fada madrinha”. Lembra das criaturas mágicas que citei anteriormente? Penso que pessoas podem assumir essa função quando veem o ser humano de forma integral, inclusive (e principalmente) crianças.

Caminhei bastante até chegar ao Mestrado em 2018. Foi um desafio. Além da temática da diversidade sexual (tão execrada no momento político atual que vivemos) a que me propus pesquisar e discutir, não achei que a academia era lugar para mim, eu não me encaixava apesar de ter quase duas décadas de experiência com as minorias sociais e Psicologia Social. Não enxergava espaço para mostrar o tanto de lágrimas que eu havia ajudado a enxugar (e as tantas outras que derramei junto), elas não cabiam na formalidade dos trabalhos, elas não apareciam nas produções que eu encontrava. Onde estavam, afinal, essas pessoas que eu conhecia? Milhares de vezes pensei em desistir, “o que eu estou fazendo aqui?”: pensamento que me ocorria em “looping”.

No PPGSCol (Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva) conheci formalmente a Saúde Coletiva, o SUS, suas diretrizes, protocolos, programas. Como não se apaixonar? Lembrei da minha trajetória profissional até aqui, não havia espaço demarcado para as dúvidas que eu trazia nas mãos. Nunca houve, não seria diferente

⁷ Nome fictício para preservar a identidade da criança.

agora. Como as pessoas vão se importar com algo que elas não sabem sequer que existe? Finalmente enxerguei que precisava demarcar esse espaço e, então, pude mostrar pelos lugares onde passei que o que eu levantava não era uma bandeira. Não, eu não estava fazendo militância. Eu estava mostrando para as pessoas sanitaristas que partilhavam a trilha comigo quem também estava na universalidade, na integralidade e na equidade do SUS (e que nem se fazia ideia da existência e resistência dessas vidas!). Eu precisava da força da academia, a academia precisava do que eu tinha para falar. Mostrei, ainda, que não dava mais para esperar apenas empatia, é uma questão de direitos, de legislação.

A pandemia da COVID 19 atravessou em cheio, também, essa pesquisa. Pensada inicialmente com aplicação de instrumento com profissionais na rede de atenção básica à saúde do município de Criciúma acerca da Disforia de Gênero em Crianças e Adolescentes, a prioridade das equipes era a urgência na elaboração de protocolos para atendimento dessa nova demanda. Período pandêmico à parte, remodelamos a pesquisa para o desenvolvimento de um produto, uma cartilha com informações acerca de crianças e adolescentes transgêneros.

Hoje não temos atendimento para esse público específico pelo SUS, pois não existe protocolo ou programa específico para a demanda. A resolução do CFM que trata da temática prevê acompanhamento em ambulatórios ligados a hospitais escola e hoje existem apenas três no Brasil: dois em São Paulo e um no Rio Grande do Sul. Isso provoca uma fila de espera de meses e até anos para um acolhimento, sem falar na acessibilidade e na logística de deslocamento.

Para casos de Disforia de Gênero na Infância, a saúde assume papel prioritário na busca por respostas que atendam integralmente essa demanda. A presença de profissionais à frente desse trabalho que saibam promover saúde para pessoas transgêneros desde a tenra idade é imprescindível. E é nosso papel adentrar esse campo porque hoje existe internet banda larga e fibra ótica: as pessoas adolescentes chegam quase que com mais informação que as pessoas profissionais que as atendem. E sabemos que nem toda informação é de qualidade, assim como nem toda prescrição é generalizada ou serve para qualquer pessoa. O projeto terapêutico singular é conduzido com muita responsabilidade técnica e afetiva. A AB tem todas as condições de não “perder” essas pessoas.

A cartilha objetiva inserir a temática nos debates acerca da linha de cuidado

para crianças e adolescentes, mostrar a existência dessas pessoas e a importância do olhar atento da atenção básica de saúde. O que não é nominado não é reconhecido: “Orientações sobre apoio e cuidado da criança e adolescente transgênero” vem para sensibilizar as equipes de maneira leve, divertida e científica.

Hoje percebo que minhas vocações profissionais sempre foram encontradas depois de um período de afunilamento. Iniciei trabalhando com HIV/Aids, em 1996, na assistência direta a pessoas soropositivas e doentes de Aids: terminei trabalhando com prevenção, para que as pessoas não mais chegassem ao ponto de adoecerem daquele jeito.

Com a diversidade sexual, identifico o mesmo caminho. Iniciei em 2003, atendendo pessoas trans adultas com seus corpos perpassados por todas as transversalidades possíveis de colocar uma pessoa em vulnerabilidade social extrema (gênero, classe, geração, raça/cor, etc.): terminei trabalhando com o debate acerca da existência de crianças e adolescentes transgêneros e tudo que pode ser feito para o atendimento universal, equânime e integral a essas pequenas pessoas.

3 CARTOGRAFIA DAS VIDAS QUE IMPORTAM

Diego não conhecia o mar. O pai, Santiago Kovakloff, levou-o para que descobrisse o mar. Viajaram para o Sul. Ele, o mar, estava do outro lado das dunas altas, esperando. Quando o menino e o pai enfim alcançaram aquelas alturas de areia, depois de muito caminhar, o mar estava na frente de seus olhos. E foi tanta a imensidão do mar, e tanto seu fulgor, que o menino ficou mudo de beleza. E quando finalmente conseguiu falar, tremendo, gaguejando, pediu ao pai:

- Pai, me ensina a olhar!

(Eduardo Galeano - O Livro dos Abraços, 1991, p. 12)

Aqui peço licença poética para chamar de cartografia o compartilhar a história do nascimento da Aurora. Para Kastrup, “*encontramos aí a primeira pista para a prática do método da cartografia: cartografar é acompanhar o processo, e não representar um objeto*” (2020, p.57). Na cartografia não aplicamos um método e sim experimentamos um caminho.

Uma criança nasceu no ano da graça de 2013. Reconhecida como menino no nascimento, registraram-na com o sexo masculino e chamaram-na de Otto⁸. A família nuclear é formada pelo pai, pela mãe e pelo irmão mais velho, à época, com 4 anos de idade. Moravam em um bairro residencial do município de Criciúma e eram ativos em sua comunidade e espaços de convivência social.

Recorremos a recursos de representação visual simbólica, o genograma e o ecomapa. Os instrumentos são amplamente utilizados pela enfermagem e pela psicologia quando é preciso retratar informações acerca da estrutura, dinâmica e desenvolvimento de uma família (LOPES E TOLEDO, 2020).

⁸ Nome fictício para preservar a identidade da criança.

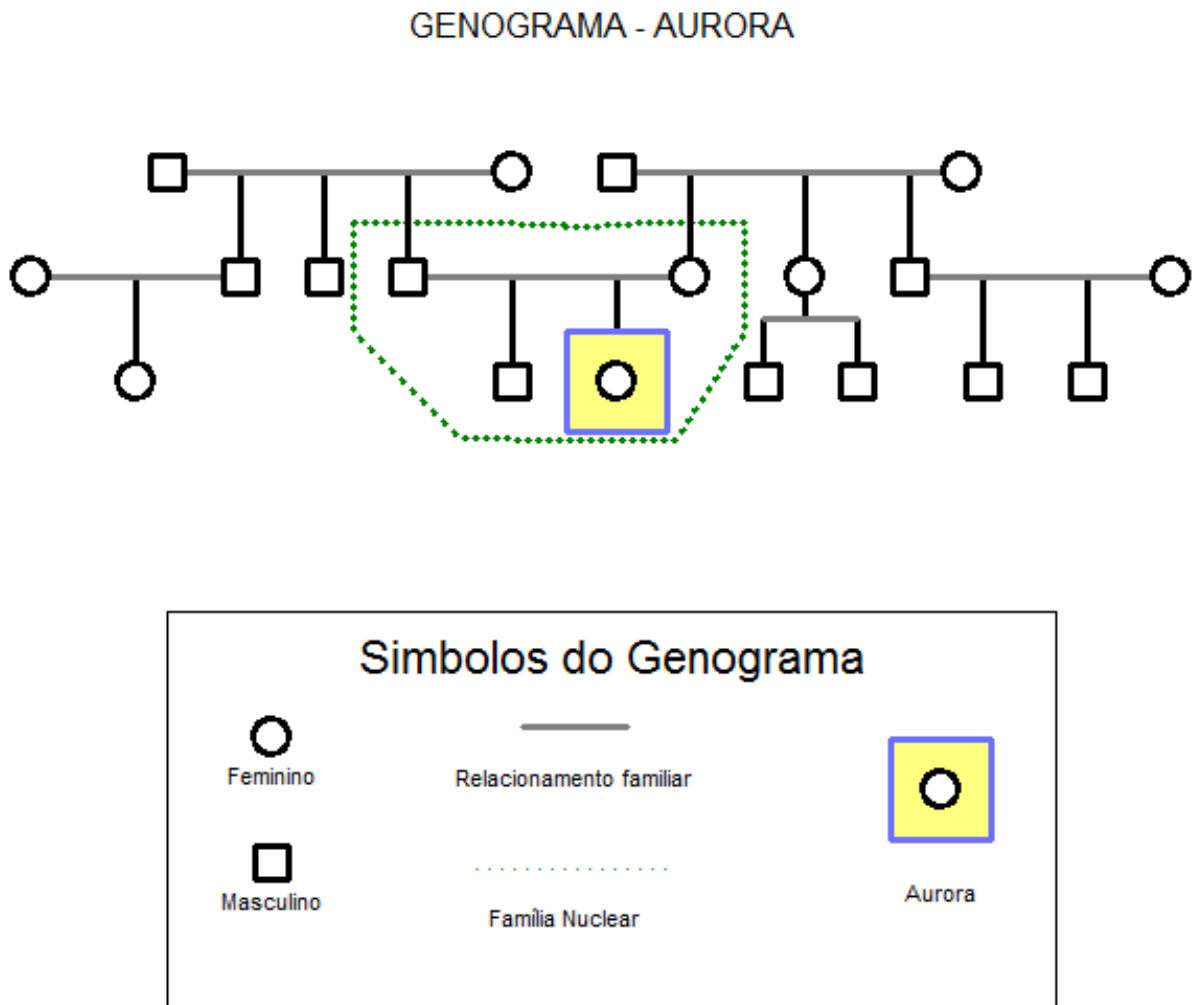


Figura 4 – Genograma da Família (elaborado pela pesquisadora)

Segundo relato de sua mãe, Otto tratava-se com pronomes femininos desde os dois anos de idade. Chamavam-no de “príncipe lindo” e ele prontamente corrigia: “princesa”. As pessoas próximas – até ele completar três anos – achavam que era confusão da cabeça de Otto, que ficava com a mãe em tempo diurno integralmente. Aos três anos e seis meses Otto começou a aborrecer-se muito com as vestimentas ditas tipicamente “de meninos”. Sua mãe, então, começou a adquirir peças com cores consideradas “de menina” – rosa – para que o pai usasse. Dessa forma, Otto veria que meninos usam rosa e tudo bem, não é preciso ser menina para isso. Otto era categórico: “mas eu sou uma menina”. Nesse momento, a família passou a acreditar que Otto era um menino gay.

Em abril de 2017 estreava a telenovela Rede Globo de Televisão chamada “A Força do Querer”⁹. Entre outros enredos, narrava a trama envolvendo a personagem “Ivana” que, no decorrer dos 172 capítulos, fez a transição de gênero do feminino para o masculino. São abordados temas polêmicos como identidade de gênero, preconceito, violência transfóbica, conflitos familiares de famílias com pessoas LGBTI+, redesignação sexual, nome social, utilização de banheiros. A autora Glória Perez contou com a consultoria de algumas pessoas trans para construção da personagem e para o desenvolvimento do enredo.

Indicada por uma pessoa em comum, a mãe da Aurora procurou-me para atendimento. Descreveu o que estava acontecendo com “seu filho”, as impressões que tinha e mencionou a referida novela descrita acima. Relatou que estavam assistindo a um capítulo quando a personagem Ivana apareceu e ela pontuou: “Reconhece alguém nessa personagem” (sic). Ao que o marido respondeu: “Sim, nosso filho” (sic). Conversamos muito sobre conteúdo teórico, sobre conduta, sobre o que se tinha notícia até o momento acerca da temática da Transgeneridade infantil.

Passei a acompanhar a família desde então. Através de atendimentos de aconselhamento e muito acolhimento fomos acompanhando o processo de “gestação da Aurora”. Em casa iniciava o processo de transição social: a escolha do nome, a aquisição de brinquedos voltados para meninas, peças do vestuário como pijamas começaram a ser compradas pois sua utilização – a priori – é feita em casa.

A criança frequentava a escola do bairro desde os dois anos de idade. Fizemos, então, a mediação com a equipe escolar para a transição social de gênero através de apelido neutro escolhido pela própria Aurora. Foram muitas conversas até introduzirmos a utilização de enfeites de cabelo, meias coloridas, roupas com gênero neutro.

No decorrer desse processo a escola comunica que a mãe foi anonimamente denunciada no Conselho Tutelar. Motivo da denúncia: “a mãe veste o filho como menina, causando constrangimento à criança”. Acionamos a Secretaria de Educação do Município e comparecemos a Sede do Conselho Tutelar. Uma teia cadenciada de equívocos cerca a família nesse momento: o Conselho Tutelar acata a denúncia sem sequer conhecer a família, comparece à escola para “constatar” o fato

⁹ <https://memoriaglobo.globo.com/entretenimento/novelas/a-forca-do-querer/ficha-tecnica/>

e reúne todas/os conselheiras tutelares para a reunião com dificuldade de abrir para o diálogo. Fica evidente através das falas que há conflito sobre valores morais e ciência. A falta de conhecimento acerca da temática da diversidade sexual causa atitudes pré-concebidas e, conseqüentemente, preconceituosas sobre essa família. Mesmo com muita dificuldade, muito sofrimento, primamos pelo diálogo. A denúncia foi arquivada.

Optamos, nesse momento, por acompanhar a Transgeneridade de Aurora como uma experiência de si e não como diagnóstico. Ao mesmo tempo, Aurora torna-se mais incisiva e autônoma quanto a sua expressão de gênero. Em uma de nossas tantas conversas referi à mãe: “Deixa a Aurora nascer”. E assim foi.

Naquele dia íamos visitar a minha mãe. Antes, saímos para comprar roupas infantis. Permiti à Aurora que escolhesse o que quisesse. A vendedora quis nos conduzir ao setor com roupas de meninos, mas referi que conseguiríamos nos encontrar por ali e que chamaríamos se precisássemos de ajuda. Aurora escolheu um vestido e sapatilhas. Seus olhos brilhavam. Pagamos as compras e, ao chegar no carro, perguntei se ela queria vestir as roupas novas, ela prontamente aceitou. Chegamos na minha mãe e eu fiz sinal para que ela não dissesse nada. Aurora correu para o espelho e se olhava, e girava, e ria. Minha mãe chorou. Ali nascia a Aurora (Relato da mãe da Aurora, 2018).

Em 2019, ingresso ao primeiro Ano do Ensino Fundamental, a família decidiu trocar Aurora de escola, iniciar um novo capítulo. Fizemos a introdução na nova escola, solicitando, conforme desejo da família, que a situação permanecesse em sigilo. A família foi acolhida e atendida e ocorreu apenas uma situação que precisou de intervenção com uma professora da escola anterior que insistia em chamar Aurora pelo seu nome de registro. Após orientação e advertências pela recidiva do acontecimento, a situação não tornou a ocorrer.

Acerca da comunidade, a família – embora estabelecida no bairro há anos – pensa/deseja mudar-se. Há aquele sentimento de “começar do zero”, o que é perfeitamente compreensível para quem tem que justificar a existência o tempo todo. O papel de “amortecer” situações de enfrentamento fica muito a cargo do pai e da mãe da Aurora. No início de 2020 uma situação ocorrida no bairro com um vizinho que insistiu em chamar Aurora pelo nome de registro chegou “as vias de fato” quando a mãe interviu: o vizinho agrediu a mãe da Aurora fisicamente. Outro vizinho não permite

que as crianças brinquem com Aurora por “não ser coisa de Deus”.

A família é acompanhada juridicamente por uma advogada que atua quanto a necessidade de adotar legalmente o nome social da Aurora e do processo envolvendo o ocorrido com o vizinho. Para alteração de prenome é necessária autorização judicial e é fundamental para que a família consiga acessar aos serviços essenciais como os de saúde, por exemplo.

O plano de saúde da família não permite a utilização do nome social na carteirinha, o que faz com que a mãe – antes mesmo de realizar a triagem da criança – adentre ao serviço e “explique a situação”, solicitando que utilizem o nome social da filha. Já foi questionada inclusive de fraude, por levar uma menina para atendimento com a carteirinha do plano com nome de menino. Já ouviu que não iam utilizar o nome social sem justificativa plausível para o fato.

A demora judicial quanto ao pedido de alteração de prenome e do registro civil pode causar diversos problemas às crianças e aos adolescentes transexuais, que, além de ter a sua identidade de gênero negada, podem sofrer violência institucional pela ausência de documentos que os identifique corretamente em razão da ausência do prenome no registro (COSTA, 2019, p. 115).

Utilizamos o Ecomapa como ferramenta para melhor visualização da rede que cerca a existência da Aurora:

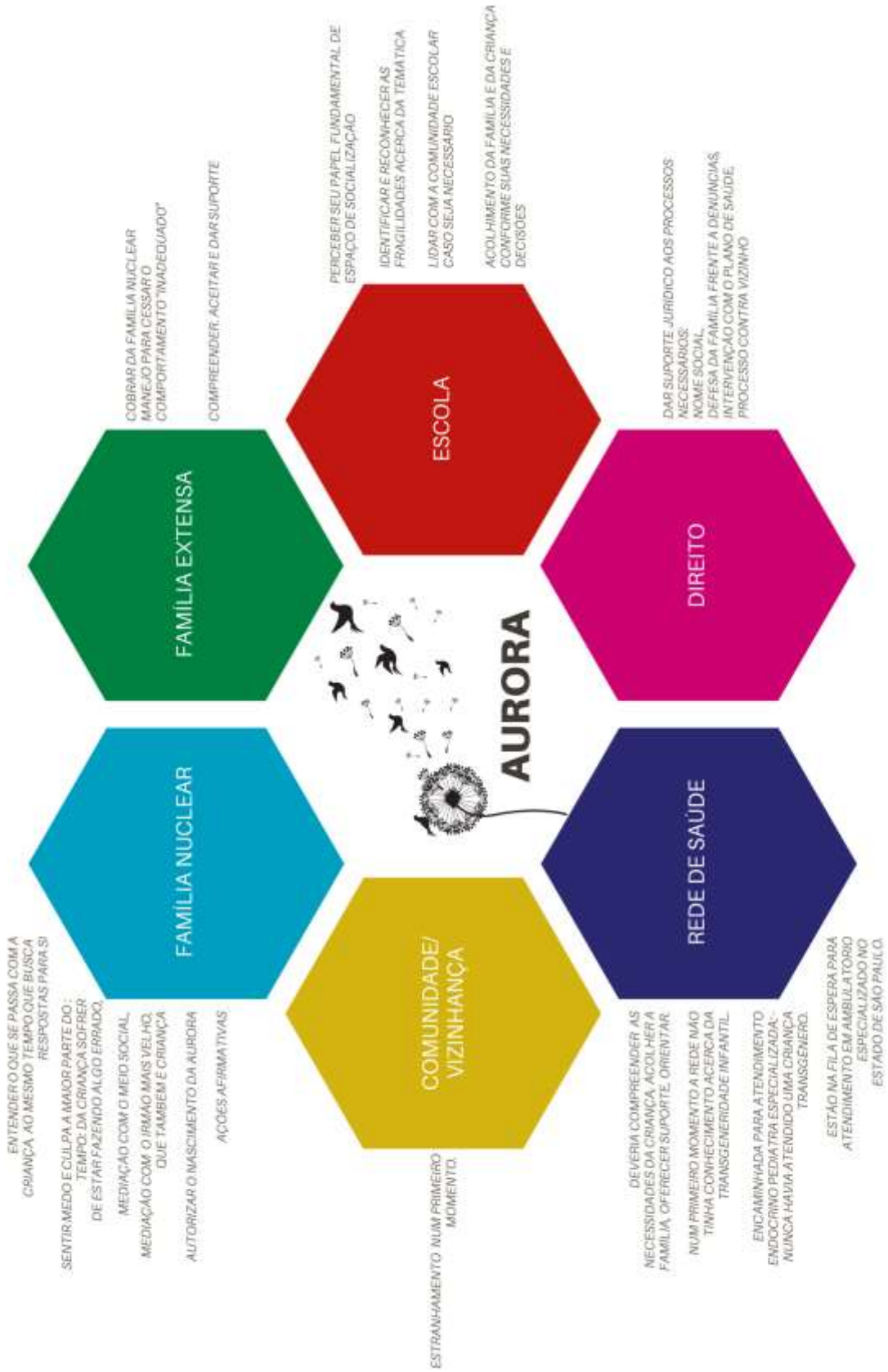


Figura 5 – Ecomapa da Aurora (elaborado pela pesquisadora)

A ação afirmativa por parte da família nuclear e da família extensa de Aurora permite que o processo seja acompanhado de maneira integral, respeitando a autonomia da criança e assegurando o suporte necessário para um possível diagnóstico que não patologize.

Atualmente Aurora consultou com profissional endócrino pediatra da rede privada da região, que não havia atendido uma criança transgênero ainda. Havia consultado outros anteriormente, sem sucesso para as questões apresentadas. Foi encaminhada para o ambulatório AMTIGOS de São Paulo, como todas as crianças transgênero da região tem sido. Está na fila de espera para o primeiro atendimento.

Não há como garantir que Aurora fará afirmação de gênero na adolescência e dará sequência aos procedimentos do Protocolo Transexualizador. O irmão mais velho relata que Aurora uma vez referiu que queria ser uma borboleta quando crescesse: nada mais simbólico do que uma borboleta para representar essa linda transformação.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Elaborar material em formato de cartilha que contenha orientações acerca do apoio e cuidado a criança e adolescente transgênero, direcionado às equipes da Atenção Básica à Saúde do município de Criciúma/SC.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Apresentar cartografia de acompanhamento de um caso de Disforia de Gênero na Infância no município de Criciúma;
- Demonstrar a importância da sensibilização das equipes de Atenção Básica à Saúde para a temática da Diversidade Sexual nos processos de educação permanente em saúde;
- Ofertar ao município de Criciúma proposta de material informativo (cartilha) acerca da Disforia de Gênero Infanto-juvenil para trabalho com as equipes de Atenção Básica em Saúde.

5 MAPA CONCEITUAL



Figura 6 – Mapa Conceitual (confeccionado pela pesquisadora)

6 SUSTENTAÇÃO TEÓRICA

Este trabalho nasceu para ser uma pesquisa quantitativa. Intitulada como “DO CONHECIMENTO EMPÍRICO AO CIENTÍFICO: PERCEPÇÕES DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE E DO NÚCLEO DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE A DISFORIA DE GÊNERO NA INFÂNCIA”, objetivava conhecer a percepção de profissionais da Atenção Básica em Saúde acerca da Disforia de Gênero na Infância no município de Criciúma/SC. Através de instrumento próprio (Apêndice B) baseado em Oliveira (2013), perguntas acerca da temática foram encaminhadas para enfermeiras e enfermeiros via e-mail. Apesar de toda mobilização realizada ao longo de 3 meses, de 49 questionários enviados, apenas 07 retornaram preenchidos.

É conhecida a importância da sensibilização de profissionais de saúde das equipes de atenção básica para que o acesso de pessoas LGBTI+ seja promovido. A Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (2020) reconhece:

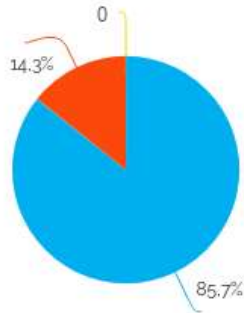
Infelizmente, a maioria dos cursos de graduação e de ensino técnico ainda não inclui em seu currículo as especificidades de cuidado de pessoas trans. Portanto, além de ampliar a formação dentro dos cursos formais, é necessário oferecer treinamento para profissionais que já se encontram em serviço. Alguns cursos on-line sobre Saúde da População LGBTI são esporadicamente disponibilizados gratuitamente e podem ser utilizados com o objetivo de colocar profissionais em contato com o assunto, mas a necessidade de formação precisa ser considerada entre os temas de Educação Continuada oferecidos a trabalhadoras(es) da saúde, dentro de momentos programados e com garantia de tempo suficiente para que os conceitos e as necessidades de saúde de pessoas trans possam ser abordados e trabalhados (SBMFC, 2020, página inicial)

Foi necessário analisar superficial e incompletamente os dados que tínhamos para buscar compreender aquilo que nos estava sendo dito: o silêncio também fala. Apresentamos, conforme as figuras 07 e 08, alguns dados sociodemográficos que caracterizam as pessoas que responderam ao instrumento elaborado para a primeira pesquisa e enviado às 49 unidades básicas de saúde do município de Criciúma.

Dados Sociodemográficos

Sexo

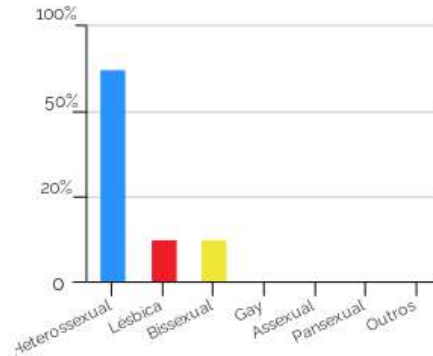
Atribuído/reconhecido no nascimento



Feminino Masculino Intersexo

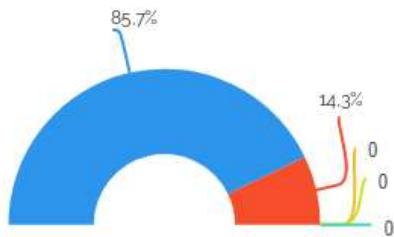
Orientação afetivo/sexual

Indica a quem a pessoa direciona seu afeto/desejo



Raça

De acordo com categorias do IBGE



Branca Parda Amarela Preta Indígena

Deficiência

Possui alguma deficiência?

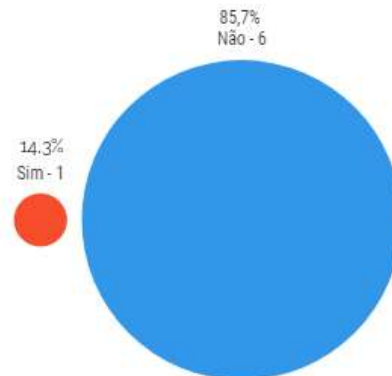


Figura 07 – Dados sociodemográficos sobre características das pessoas entrevistadas

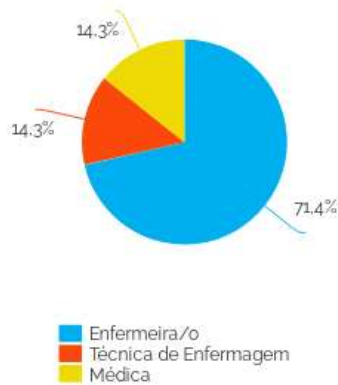
Das sete pessoas que responderam ao questionário, 85,7% pertencem ao sexo feminino e 14,3% ao sexo masculino (atribuído no nascimento). Sobre orientação afetivo/sexual, 71,4% são heterossexuais, 14,3% é lésbica e 14,3% é bissexual. São brancas 85,7% e pardas 14,3%. Sobre ter alguma deficiência, 85,7% relatam não

possuir, enquanto 14,3% indica possuir deficiência.

Dados Sociodemográficos

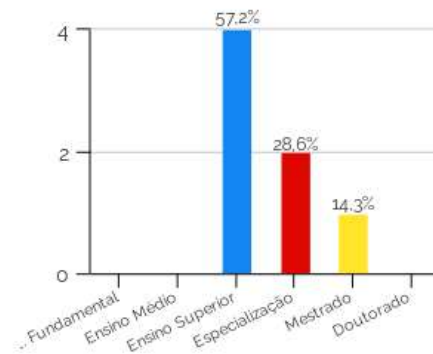
Profissão

Descreva sua profissão



Nível de Escolaridade

Marque seu nível de escolaridade



Local de Trabalho

Marque seu local de trabalho



Religião

Possui alguma religião ou crença/filosofia espiritual?

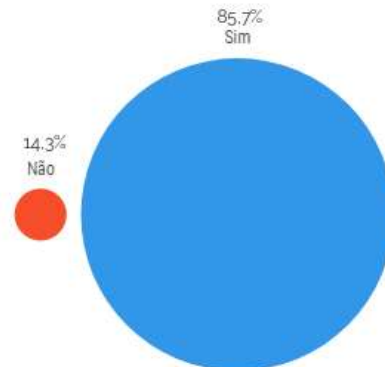


Figura 08 – Dados sociodemográficos sobre características das pessoas entrevistadas (2)

Sobre a profissão, 71,4% são enfermeiras/o, 14,3% é técnica/o de enfermagem e 14,3% é médica/o. Todas as pessoas possuem ensino superior, 28,6% especialização e 14,3%, mestrado. Como a pesquisa foi aplicada na AB, 100% responderam trabalhar na atenção básica. Acerca da religião, 85,7% respondeu que

possui alguma religião ou crença/filosofia espiritual, enquanto 14,3% relata não possuir. É um dado importante a ser investigado, uma vez que muitos conceitos e preconceitos direcionados às pessoas LGBTI+ tem seus fundamentos em bases e dogmas religiosos. Um indício disso foi mostrado nos resultados apurados, conforme mostra a figura 09:

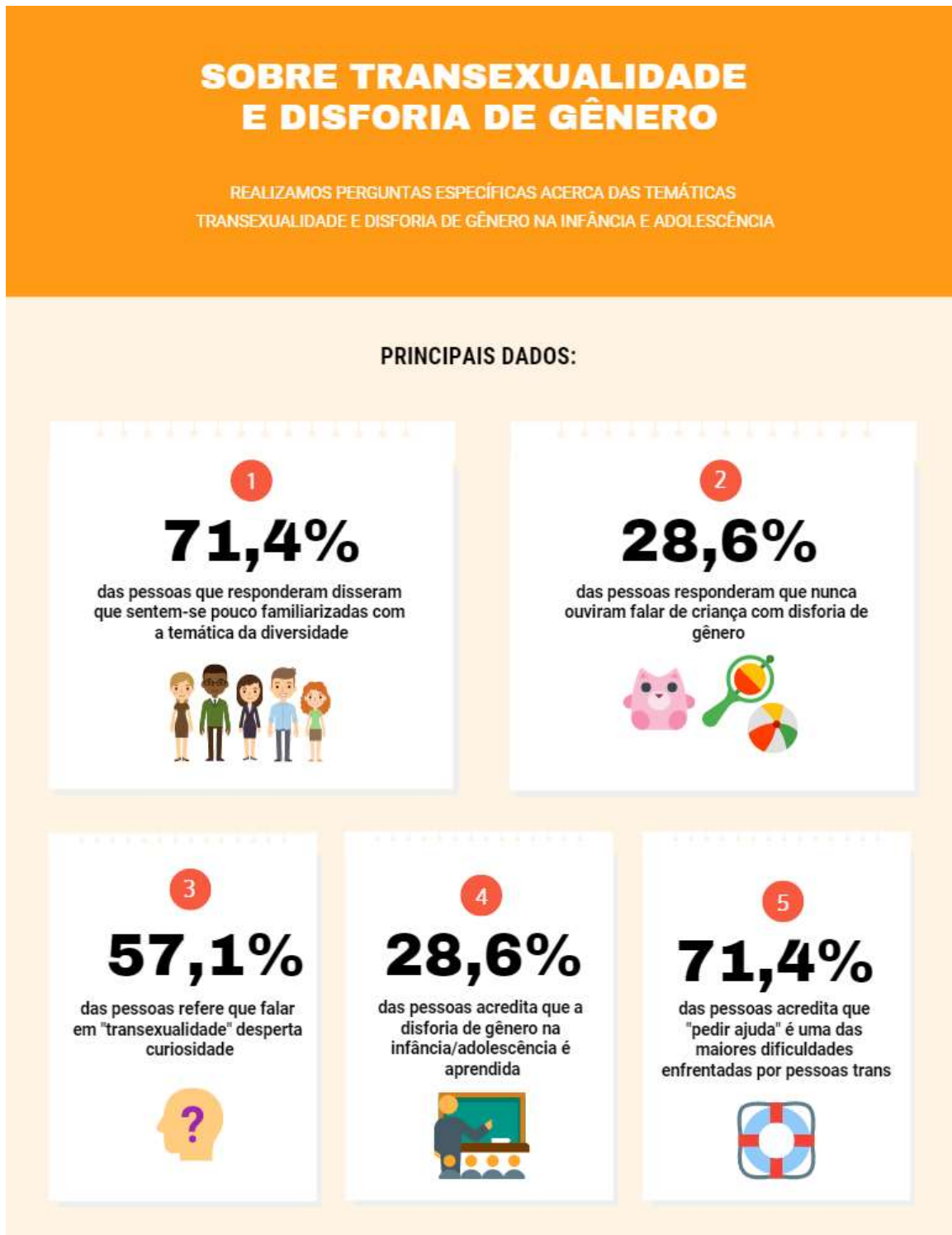


Figura 09 – Sobre transexualidade e disforia de gênero.

Período pandêmico a parte, não tínhamos como não pensar que responder ao questionário não era uma prioridade. Como o título mesmo dizia, o conhecimento empírico buscava mostrar o que já sabíamos: há dificuldade de se trabalhar com a diversidade sexual, sobretudo quando envolve crianças e adolescentes. Os resultados coletados dos 07 questionários acima citados mostraram o desconhecimento conceitual e a necessidade de encaminhamento de pessoas LGBTI+ para setores especializados, de acordo com o apresentado na figura 10:



Figura 10 – Sobre Crianças e Adolescentes com Disforia de Gênero

Foi então que transformamos este trabalho, propondo a elaboração de material informativo acerca do assunto e discorrendo acerca da temática sob a ótica

da filosofia pós-estruturalista que, através da identificação das estruturas do saber e de poder de Foucault, dialoga com movimentos feministas e de minorias sociais.

O relatório do I Seminário Nacional de Saúde LGBT realizado em 2013 apresenta a avaliação da implantação da Política Nacional de Saúde Integral de LGBT após dois anos de sua publicação e propõe estratégias de apoio a gestão do SUS.

Entre os objetivos específicos do I Seminário Nacional de Saúde LGBT pode-se destacar: produzir informações para usuários e usuárias do SUS, gestores e gestoras do SUS e profissionais de saúde sobre a Política Nacional de Saúde Integral de LGBT, visando à efetividade de ampliação de acesso, equidade, integralidade da atenção à saúde de LGBT nos serviços de saúde; propiciar espaço de troca de experiências e saberes sobre participação social, controle social, educação popular em saúde, políticas de promoção da equidade e gestão entre os(as) presentes; estimular a implantação de espaços colegiados com participação social para o acompanhamento da implementação da Política Nacional de Saúde Integral LGBT nos estados (BRASIL, 2015, p.13).

Baseado nos eixos da PNSILGBT, o relatório do I Seminário Nacional de Saúde LGBT destaca a importância da formação de profissionais da saúde através da educação permanente.

É necessário haver uma abordagem diferenciada à população LGBT, no sentido de garantir o respeito às necessidades do(da) usuário(a). Nesse sentido, avalia que primeiramente é preciso que os(as) profissionais de saúde tenham pleno entendimento do direito à saúde sexual, que diz respeito a viver e a expressar livremente a sexualidade sem violência, discriminações e imposições com respeito pleno pelo corpo do parceiro e da parceira; de escolher o parceiro ou parceira sexual; de viver plenamente a sexualidade sem medo, vergonha, culpa e falsas crenças; de viver a sexualidade independente do estado civil, idade ou condição física; de escolher se quer ou não ter relação sexual; de expressar sua orientação sexual independente de qual for a orientação; de ter relação sexual independente da reprodução; direito ao sexo seguro; direito ao serviço de saúde; direito à informação, à educação sexual e reprodutiva (BRASIL, 2015, p.84).

O direito que as pessoas têm de se expressar, de se comportar conforme seus valores individuais e de conviver socialmente imunes a ocorrência de discriminação, é direito à prática da diversidade, é o direito à diferença. Há a impressão de que existe um processo natural quando o assunto é a sexualidade por conta do binarismo de gênero, mas ela é, na realidade, construída por processos culturais e sociais (DESLANDES, 2018).

Para OMS,

A sexualidade faz parte da personalidade de cada um, é uma necessidade básica e um aspecto do ser humano que não pode ser separado de outros aspectos da vida. Sexualidade não é sinônimo de coito (relação sexual) e não se limita à ocorrência ou não de orgasmo. Sexualidade é muito mais que isso, é a energia que motiva a encontrar o amor, contato e intimidade e se expressa na forma de sentir, nos movimentos das pessoas, e como estas tocam e são tocadas. A sexualidade influencia pensamentos, sentimentos, ações e interações e, portanto, a saúde física e mental. Se saúde é um direito humano fundamental, a saúde sexual também deveria ser considerada um direito humano básico (WHO, 1975, p.7).

Apesar de se tratar de algo de foro íntimo, a sexualidade humana é atravessada por seu caráter social a cada época através de princípios religiosos, políticos, morais e, principalmente, científicos e biológicos. Foucault (1999) refere que a sexualidade no ocidente sofre intervenção social devido ao conhecimento biológico que possuímos sobre sexo.

Para Foucault (1999), a ciência controla os corpos por meio da naturalização biologicista do sexo, o que confere ao comportamento e a personalidade um modo determinado dito “correto”, passível de ser aceito pelo bem maior de toda população. Salles e Cecarelli (2010) pontua que “os discursos sobre a sexualidade aparecem em momentos sócio-históricos precisos como uma tentativa de normatizar as práticas sexuais de acordo com os padrões da época, pois o controle da via social e política só poderia ser alcançado pelo controle do corpo e da sexualidade” (p. 14).

Compêndios médicos incluíam e agrupavam comportamentos sexuais, catalogando e descrevendo-os. Quando fora da relação “corpo – papel social – prática sexual” conferida já no nascimento para homens e mulheres, esses comportamentos eram incluídos em manuais de distúrbios mentais (FOUCAULT, 1999).

A sexualidade como conhecemos hoje, “a invenção da sexualidade”, segundo Salles e Cecarelli (2010), detém quatro aspectos:

1. a descrição do sexo como qualidade constitutiva do sujeito; 2. a passagem do sexo do registro religioso para o médico, acarretando uma transferência da competência sobre estes saberes dos experts religiosos para os da medicina; 3. a diferenciação entre a sexualidade “perigosa” e a “sadia”; finalmente, 4. a biologização da diferença dos sexos como base fundadora de toda sexualidade legítima (p.19).

Embora a sexualidade faça parte do que é ser humano, fronteiras biológicas que delimitam questões sexuais – o que é certo do que é errado, o que é normal e o que é anormal – são reforçadas por instituições como família, escola, igreja, poder público, ciência, com o objetivo de determinar o que deve ou não ser controlado, permitido ou passível de intervenção (Bento, 2011). O íntimo vira social e o que foge ao considerado desenvolvimento normal da sexualidade é difícil de ser compreendido e tolerado.

A materialidade do corpo só adquire vida inteligível quando se anuncia o sexo do feto. Toda a eficácia simbólica das palavras proferidas pelo/a médico/a está em seu poder mágico de gerar expectativas que serão materializadas posteriormente em brinquedos, cores, modelos de roupas e projetos para o/a futuro/a filho/a antes mesmo de o corpo vir ao mundo. Quando a criança nasce, encontrará uma complexa rede de desejos e expectativas para seu futuro, levando-se em consideração para projetá-la o fato de ser um/a menino/menina, ou seja, ser um corpo que tem um/a pênis/vagina. Essas expectativas são estruturadas numa complexa rede de pressuposições sobre comportamentos, gostos e subjetividades que acabam por antecipar o efeito que se supunha causa (BENTO, 2011, p.550).

Ainda, grande parte do que nos impede de pensar acerca da sexualidade infantil sem recorrer a valores morais e tabus deve-se à confusão terminológica e conceitual entre sexualidade x genitalidade e orientação sexual x identidade de gênero. Como se pensar acerca dessas temáticas fosse macular a imagem angelical/pura/casta da criança.

A temática da diversidade sexual tem ganhado visibilidade nos diversos espaços da sociedade através dos meios de comunicação, os quais disponibilizam notícias e informações para as pessoas de modo geral. Com frequência, essas discussões giram em torno do senso comum, cercadas de tabus e preconceitos que fogem ao campo científico e trazem o que é de ordem privada para o público (VIEIRA, 2019). É imprescindível combater “o quadro de preconceito e ignorância que ainda reside no SUS, trabalhando diretamente com gestores, profissionais, equipes e trabalhadores de saúde” (BRASIL, 2015, p.83).

Pessoas LGBTI+ (lésbicas, gays, travestis, transexuais, transgêneros, intersexuais e demais identidades) correspondem a um grupo social frequentemente chamado e incluído na categoria “minorias” e agrupa pessoas que escapam às expectativas do padrão inscrito na “normalidade sexual” da sociedade. Em

consequência da difusão do senso comum, essas pessoas são classificadas como inadequadas e inferiores, tem suas vidas expostas e questionadas, o que abala sua imagem, identidade e autoestima (LOURO, 2007). A intolerância frente à diferença pode motivar múltiplas formas de violências, desde a física até a psicológica, com angústia e sentimentos de inadequação que levam a exclusão social. As pessoas não se inserem nas comunidades, ficam a margem de exercer a cidadania plena.

Apesar da sigla LGBTI+ dar ideia de um grupo homogêneo, estamos falando de pessoas, com suas especificidades e necessidades únicas. Esses corpos são atravessados por múltiplas transversalidades: classe, raça/etnia, deficiência, geração, dentre outras. Para Bento (2006), “nascemos esperando o carimbo da cultura” (p. 71), em outras palavras, nós aprendemos com as interações sociais como atuar:

Após o nascimento da criança, os investimentos discursivos dirigem-se para a preparação do corpo para que desempenhe com êxito os papéis de gênero: bonecas, saias e vestidos para as meninas; bolas, calças, revólveres para os meninos. Parece que nada escapa à ‘panóptica dos gêneros’. O mundo infantil se constrói sobre proibições e afirmações (BENTO, 2006, p71).

Pouco é falado de crianças e jovens com expressões de gênero diferentes ao que é convencionalizado como “normal”. Através da errônea concepção sexualizada e binária de gênero que nossa sociedade reforça, os corpos são forçados a reproduzir algo que parece ser homogêneo e comum a todas as pessoas. Como não notamos e validamos é como se crianças e jovens transgêneros não existissem (LODI, 2017).

6.1 CICLO VITAL: INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

A história da infância como categoria, tal como conhecemos hoje, é relativamente recente. Ariès (1981) propõe a narrativa da história da infância na sua ausência. Relata que na Baixa Idade Média não havia representações de crianças nos retratos, tampouco havia segregação da vida delas do mundo dos adultos. Descreve, ainda, que sequer as práticas sexuais entre adultos eram em espaço privado, reservado, dormindo todos e todas no mesmo cômodo (Ariès, 1981). A divisão por idade cronológica era levada em consideração, uma vez que crianças e adolescentes eram tratadas como adultos em miniatura. A ideia da infância como ciclo vital, com

fases específicas de desenvolvimento, da maneira que conhecemos, é recente.

Autores como Heywood (2004) e Kuhlmann (2010) reconhecem a importância do levantamento histórico do trabalho de Ariès mas ressaltam que na Idade Média havia predileção por retratar imagens sacras, o que poderia explicar a ausência iconográfica da infância. De qualquer maneira, é visível a mudança nas relações entre progenitores e sua prole ao longo dos tempos através das representações retratadas. A figura do anjo se aproximava muito da imagem ancestral das crianças.

Ferreira e Araujo (2009) referem dois acontecimentos observados a partir do século XVI que fizeram a infância ser olhada de forma diferente: 1) diminuição da mortalidade infantil (e conseqüente possibilidade de apego); 2) surgimento de padres com moral baseada na inocência. Surge, então, o internato. Ariès (1981) descreve mudanças na forma das famílias se relacionarem, diferenciando-se de maneira nuclear, instaurando o apego e cultuando a inocência da criança. Para o autor, o corpo infantil contém 3 signos naturalizados: atemporalidade, ingenuidade e dependência.

Essas características acima, para Silva e Paraíso (2017), impedem que vejamos outras possibilidades de infâncias através dos corpos que se rebelam e resistem aos mecanismos de controle: é o caso das “crianças transviadas”. Freitas (2006) oferece uma cartografia das representações sobre a infância no Brasil através de variadas narrativas de interlocutores e interlocutoras, “fornecedores” (p.14).

Essas fontes primárias reproduzem concepções de normalidade e anormalidade; educação e higienização, assistencialismo e pedagogia que não lhes são inatas; são, na realidade, o produto da assimilação funcional dos resultados produzidos no âmbito investigativo das ciências humanas e biomédicas. As mesmas fontes têm, em suas milhares de páginas, expressões literárias sobre a criança que, muitas vezes, surgem para amenizar os receituários sobre a educação infantil nos quais a pedagogia está subordinada à psicologia e esta à assistência social (FREITAS, 2006, p.14).

A visão da infância como “universal”, “a-histórica” e sem “sexualidade” é problematizada na percepção da emergência de “crianças queer” (Alves e Santos, 2018). Para as autoras, as crianças queer são transgressoras aos padrões e resistem aos mecanismos de controle através da manifestação do diferente em seus corpos e estranhamentos.

Importante pontuar aqui acerca das categorias de análise que insistimos encaixar crianças e adolescentes, “criança dissidente”, “criança transviada”, “criança viada”, “criança queer”. Todas nomenclaturas são tentativas de definição que pessoas adultas aplicam às crianças como se elas não tivessem capacidade de experienciar suas próprias vivências. A parte que nos cabe na vida de qualquer criança é a escuta, o suporte, ao afeto, o acesso e a proteção.

A fase da adolescência é compreendida como fase seguinte à infância, a transição. Talvez seja o salto no desenvolvimento mais significativo do início do ciclo vital, uma vez que o corpo muda radicalmente através da chegada da puberdade e o aparecimento de caracteres secundários. O círculo de amizades tende a fortalecer, não raro se tornam referência. Psicologicamente é uma fase em que a pessoa, ao mesmo tempo que tenta identificar-se e encaixar-se por meio de comparações, começa a demonstrar atração e desejo por outros corpos. Para Hercowitz e Santos (2021), é esperado de adolescentes que direcionem e definam a orientação sexual nessa fase.

Do século XIX em diante os aspectos científicos da infância e adolescência começam a ser dissecados por diversos saberes, resultando em muitas teorias acerca do manejo e cuidado prestados a essas pequenas pessoas.

6.1.1 A infância e a adolescência transgênero

Em 1955 o psicopediatra Jonh Money, do hospital universitário John Hopkins, introduz as primeiras publicações acerca de seu trabalho com crianças intersexo (à época, “hermafroditas”). Concentra seus trabalhos no que hoje chamamos de “identidade de gênero”, afirmando que o gênero em si estaria muito mais ligado com questões sociais do que questões naturais/biológicas (STOLLER, 1982). Para Bento (2017a), Money não hierarquizava o social e o biológico, mas apontava que os determinantes reafirmavam os papéis e diferenças sexuais.

Acompanhando estudos recentes, Sarlett, Sales e Reis (2017) reconhecem a condição de pessoa em construção das crianças e adolescentes e destacam o campo do Direito como corresponsável pela garantia de sua autonomia.

Às crianças, apesar de serem absolutamente incapazes em termos civis, em função de seu estado de desenvolvimento, não pode radicalmente ser negada a sua autonomia, em conformidade com o art. 17 do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), bem como com base na CF/88 (art. 1º, III e art. 227, em especial) e nas proposições da Declaração Universal dos Direitos da Criança de 1989. Desse modo, uma dimensão, dentre outras, da autonomia da criança consiste em expressar sua liberdade no que tange às escolhas que atenderiam suas necessidades específicas. No caso de transgênerismo seria sua necessidade de se comportar, de se vestir, de ser identificada de forma diversa do sexo biológico. Observa-se que estas já se tratam de importantes garantias que devem ser minimamente asseguradas e que, de toda sorte, já podem ser consideradas manifestações dos direitos sexuais (SARLETT, SALES, REIS, 2017, p. 414).

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais (DSM 5) apresenta capítulo específico para diagnóstico de Disforia de Gênero separado por etapa evolutiva e retira a condição dos transtornos sexuais e de identidade de gênero (APA, 2014). A disforia de gênero trata da angústia da pessoa com o gênero designado no nascimento (p. 451). Os critérios diagnósticos para avaliar Disforia de gênero em crianças (302.6) são:

A. Incongruência acentuada entre o gênero experimentado/expresso e o gênero designado de uma pessoa, com duração de pelo menos seis meses, manifestada por no mínimo seis dos seguintes (um deles deve ser o critério A1):

1. Forte desejo de pertencer a outro gênero ou insistência de que um gênero é o outro (ou algum gênero alternativo diferente do designado).
2. Em meninos (gênero designado), uma forte preferência por *cross-dressing* (travestismo) ou simulação de trajes femininos; em meninas (gênero designado), uma forte preferência por vestir roupas masculinas típicas e uma forte resistência a vestir roupas femininas típicas.
3. Forte preferência por papéis transgêneros em brincadeiras de faz de conta ou de fantasias.
4. Forte preferência por brinquedos, jogos ou atividades tipicamente usados ou preferidos pelo outro gênero.
5. Forte preferência por brincar com pares do outro gênero.
6. Em meninos (gênero designado), forte rejeição de brinquedos, jogos e atividades tipicamente masculinos e forte evitação de brincadeiras agressivas e competitivas; em meninas (gênero designado), forte rejeição de brinquedos, jogos e atividades tipicamente femininas.
7. Forte desgosto com a própria anatomia sexual.
8. Desejo intenso por características sexuais primárias e/ou secundárias compatíveis com o gênero experimentado.

B. A condição está associada a sofrimento clinicamente significativo ou a prejuízo no funcionamento social, acadêmico ou em áreas importantes da vida do indivíduo. (APA, 2014, p. 452)

Os critérios diagnósticos para avaliar Disforia de gênero em adolescentes e adultos (302.85) são:

- A. Incongruência acentuada entre o gênero experimentado/expresso e o gênero designado de uma pessoa, com duração de pelo menos seis meses, manifestada por no mínimo dois dos seguintes:
1. Incongruência acentuada entre o gênero experimentado/expresso e as características sexuais primárias e/ou secundárias (ou, em adolescentes jovens, as características sexuais secundárias previstas).
 2. Forte desejo de livrar-se das próprias características sexuais primárias e/ou secundárias em razão de incongruência acentuada com o gênero experimentado/expresso (ou, em adolescentes jovens, desejo de impedir o desenvolvimento das características sexuais secundárias previstas).
 3. Forte desejo pelas características sexuais primárias e/ou secundárias do outro gênero.
 4. Forte desejo de pertencer ao outro gênero (ou a algum gênero alternativo diferente do designado).
 5. Forte desejo de ser tratado como outro gênero (ou outro alternativo diferente do designado).
 6. Forte convicção de ter os sentimentos e reações típicos do outro gênero (ou outro alternativo diferente do designado).
- B. A condição está associada a sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo. (APA, 2014, p. 453-453)

O diagnóstico de disforia de gênero em crianças e adolescentes é difícil de ser realizado se não pela observação e convívio. Percebe-se que os critérios são baseados num estranhamento por parte da criança/adolescente que sente que “algo está errado”. Aqui importante levantar a reflexão: se algo está errado é porque existe algo que é o correto. Portanto, podemos pensar que a sexualidade e a identidade de gênero são aprendidas socialmente e tem atravessamentos culturais que vão inferir diretamente no grau de congruência ou incongruência.

O que importa aqui considerar é que — tanto na dinâmica do gênero como na dinâmica da sexualidade — as identidades são sempre construídas, elas não são dadas ou acabadas num determinado momento. Não é possível fixar um momento — seja esse o nascimento, a adolescência, ou a maturidade — que possa ser tomado como aquele em que a identidade sexual e/ou a identidade de gênero seja “assentada” ou estabelecida. As identidades estão sempre se constituindo, elas são instáveis e, portanto, passíveis de transformação (LOURO, 1997, p. 27).

Importante pontuar aqui o que a SBP (2017, p.9) recomenda como “tratamento” para crianças e adolescentes com disforia de gênero: tratamento psicoterápico; orientações sobre as mudanças na expressão de gênero; acompanhamento jurídico e de assistência social; e tratamento hormonal (acima 16 anos) / supressão puberal (fase II Tanner).

É válido neste momento, ainda, pensarmos na diferença de manejo da disforia de gênero em crianças/adolescentes e da disforia de gênero em pessoas adultas. Quando falamos da disforia em crianças/adolescentes há senso comum de que estamos falando em intervenções cirúrgicas, procedimentos físicos irreversíveis. Conforme a Figura 11, as intervenções cirúrgicas de transição em pessoas adultas são:

INTERVENÇÕES CIRÚRGICAS		
	MtF	FtM
Mama/Tórax	Mamoplastia de aumento (implantes/ <i>lipofilling</i>).	Mastectomia subcutânea, Remodelagem de tórax masculino.
Genitais	Penectomia, orquiectomia, vaginoplastia, clitoroplastia, vulvoplastia.	Histerectomia/ salpingooforectomia, reconstrução da parte fixa da uretra, metoidioplastia, neofaloplastia, vaginectomia, escrotoplastia, implantação de próteses peniana e/ou testiculares.
Não-genitais	Cirurgia facial de feminilização, lipoaspiração, <i>lipofilling</i> , cirurgia de voz com redução da cartilagem tireóide, aumento do glúteo (implantes/ <i>lipofilling</i>), reconstrução de cabelo, entre outros procedimentos estéticos.	Cirurgia de voz (rara), lipoaspiração, <i>lipofilling</i> , implantes peitorais, entre outros procedimentos estéticos.

* MtF (indivíduos com sexo biológico masculino e identidade de gênero feminina) e FtM (indivíduos com sexo biológico feminino e identidade de gênero masculina).

Figura 11 – Intervenções cirúrgicas em pessoas transgênero adultas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2017, p. 8)

O que as recomendações/protocolos/diretrizes pontuam como “tratamento”, poderia ser chamado de acompanhamento. Mesmo que no caso da inserção da parte hormonal tenha que ser especificamente com a especialidade endocrinologia, ainda assim, é uma assistência profissional. Pensemos nas possibilidades em que a supressão hormonal também é recomendada em casos que não de disforia de gênero. Crianças com deficiência severa, do espectro autista ou com puberdade precoce, por exemplo, são condições. A supressão hormonal seria recomendação de manejo, não seriam recomendações de tratamento.

Ciasca (2021) apresenta a evolução do diagnóstico da transexualidade no DSM, conforme figura 12:

Tabela 3 Transexualidade no DSM

Versão do DSM	Termo diagnóstico (e código)	Seção	Principais mudanças
DSM-III (1980)	Transexualismo (302.5x) TIGI (302.60) TIG atípico (302.85)	Transtornos psicosssexuais	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Primeiro diagnóstico descritivo, baseado em sintomas para o então “transexualismo” ▪ Inclusão do diagnóstico na infância ▪ Todas as variações de gênero não cisgêneras são consideradas patológicas
DSM-III-R (1987)	Transexualismo (302.50) TIGI (302.60) TIGAANT (302.85) TIGSOE (302.85)	Transtornos geralmente evidenciados inicialmente na infância e na adolescência	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Inclusão de TIGAANT ▪ Incluído na seção descrita ▪ Todas as variações de gênero não cisgêneras são consideradas patológicas
DSM-IV (1994)/ DSM-IV-TR (2000)	TIG adolescentes e adultos (302.85) TIGI (302.6) TIGSOE (302.6)	Transtornos sexuais e de identidade de gênero	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Incluído na nova seção descrita ▪ Adoção de um único diagnóstico aplicando-se à infância, à adolescência e aos adultos ▪ Critérios similares para meninos e meninas
DSM-5	Exclusão do diagnóstico referente à identidade trans		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Inclusão de um diagnóstico referente ao sofrimento e prejuízo significativos relacionados à identidade trans – disforia de gênero

DSM: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais; TIG: transtorno de identidade de gênero; TIGAANT: transtorno de identidade de gênero em adolescentes e adultos subtipo não transexual; TIGI: transtorno de identidade de gênero na infância; TIGSOE: transtorno de identidade de gênero sem outra especificação. Fonte: traduzido e adaptado pelos autores a partir de Beck et al., 2015³⁸.

Figura 12 – Transexualidade no DSM (CIASCA, 2021, p 24)

Segundo Drescher (2016), não há consenso entre os pesquisadores acerca da aplicabilidade de diagnóstico porque a experimentação de gênero na infância não requer ações médicas. No entanto, a disforia de gênero em crianças e adolescentes permanece na versão do DSM V, um compêndio de transtornos mentais. A OMS, na nova versão do CID 11 (Classificação Internacional de Doenças, versão 2019) retira a transexualidade do rol dos transtornos mentais e altera a nomenclatura para

“Incongruência de Gênero”. É apresentada nos Códigos Z que representam condições que possam vir a precisar de serviços de saúde, mas que não são patologias. Vê a concepção de gênero como um espectro e não como apenas binário como era na versão anterior. Isso, segundo Drescher (2016) garante o acesso aos serviços e contribui para diminuir o estigma.

A Sociedade Brasileira de Pediatria (2017) foi categórica no ano de 2016: “ainda não há posicionamento específico e objetivo do Conselho Federal de Medicina em relação ao acompanhamento de crianças e adolescentes com incongruência de gênero, além do Parecer nº 8/2013” (p.10). Em 2019, porém, o CFM lança a Resolução – CFM nº 2.265/2019 que atualiza e dispõe sobre os cuidados específicos para pessoas transgênero, reduz a idade para cirurgia de readequação genital para 18 anos, reduz início do tratamento hormonal para 16 anos e inclui norteadores para acompanhamento de crianças e adolescentes transgênero (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2020).

É fundamental que compreendamos o gênero como uma categoria analítica. Nos afastamos, então, da ideia de que, quando estamos falando de gênero, estamos falando de diferenciação biológica ou de mulheres universais ou de sexo binário. Bento (2012) destaca ser o caráter relacional o ponto chave para pensarmos nas identidades de gênero e não a diferenciação sexual.

Acerca da construção das identidades, Butler (2008) destaca:

A hipótese de um sistema binário dos gêneros encerra implicitamente a crença numa relação mimética entre gênero e sexo, na qual o gênero reflete o sexo ou é por ele restrito. Quando o status construído do gênero é teorizado como radicalmente independente do sexo, o próprio gênero se torna um artifício flutuante, com a consequência de que homem e masculino podem, com igual facilidade, significar tanto um corpo feminino como um masculino, e mulher e feminino, tanto um corpo masculino como um feminino (p.25)

Quando falamos acerca de uma infância e uma adolescência transgênero como categoria, como especificidade de uma etapa de vida de algumas pessoas, é interessante pensarmos que há uma infância e uma adolescência cisgênero que não é pontuada porque – necessariamente – compõe a norma.

Desde uma perspectiva que enfatiza o caráter constitutivo da linguagem, o termo heteronormatividade, cunhado em 1991 por Michael Warner, é então compreendido e problematizado como um padrão de sexualidade que regula o modo como as sociedades ocidentais estão organizadas. Trata-se, portanto, de um significado que exerce o poder de ratificar, na cultura, a compreensão de que a norma e o normal são as relações existentes entre pessoas de sexos diferentes (PETRY, 2011, p. 196).

A invisibilidade desta possibilidade vivencial na primeira década de vida do ser humano – a transgeneridade – acarreta num desconforto e desperta toda ordem de saberes científicos para acomodar as coisas nos seus devidos lugares. Para Bento (2011),

As experiências de trânsito entre os gêneros demonstram que não somos predestinados a cumprir os desejos de nossas estruturas corpóreas. O sistema não consegue a unidade desejada. Há corpos que escapam ao processo de produção dos gêneros inteligíveis e, ao fazê-lo, se põem em risco porque desobedeceram às normas de gênero, ao mesmo tempo revelam as possibilidades de transformação dessas mesmas normas (p. 551).

A existência de crianças e adolescentes transgêneros, e aqui falamos de pessoas, não de etapas/categorias, só foi possível de ser identificada através da narrativa das memórias de infância de pessoas trans adultas que, muitas vezes, sentem-se furtadas da vivência plena dessa fase da maneira como sempre se sentiram.

Em pesquisa realizada em 2008 acerca da idade da conscientização da identidade de gênero, a autora, Kennedy (2012), relata que “crianças transgênero tomam consciência do que realmente são muito jovens, elas simplesmente ocultam ou suprimem suas identidades de gênero” (p.22). Há uma ideia de que existem dois tipos de crianças e adolescentes transgênero: as “não aparentes” e as “aparentes” (STEWART, 2009, p. 93) e que as condições para que haja manifestação da transgeneridade vão depender de múltiplos fatores sociais, tolerância, por exemplo.

Ao pensarmos em marcos ao longo da história que tratam a transgeneridade, podemos notar na Figura 13 que a evolução das terminologias passa por questões médicas, biológicas e psicológicas/psiquiátricas, o que nos faz identificar a validação da ciência para essas existências.

Tabela 2 Alguns fatos pioneiros relacionados à história da transgeneridade

Ano	Pessoa	Fato
1864	Karl Heinrich Ulrichs	Cunhou o termo <i>Urnings</i> para se referir a almas femininas aprisionadas em corpos masculinos
1886	Richard von Krafft-Ebing	Cunhou o termo <i>Eviration</i> para designar a mudança de personalidade masculina para feminina e <i>Defemination</i> para a mudança de feminina para masculina
1891	Albert Moll	Cunhou o termo <i>Conträre Geschlechtsempfindung</i> para se referir a sentimentos do "gênero contrário" e <i>Geschlechtsumwaldungstreib</i> para se referir à vontade de modificação do sexo
1899	Magnus Hirschfeld	Cunhou os termos travestismo – usar roupas do outro sexo e transexualismo – identificação por outros sexos
1918	Alan L. Hart	Foi médico e o primeiro homem trans a realizar cirurgia de redesignação sexual
1919	Magnus Hirschfeld	Criou o <i>Institut für Sexualwissenschaft</i> (Instituto de Sexologia). Diferente dos outros médicos da época, ele não preconizava "curar a doença da mente", mas tentar dar acesso a cuidado (hormonização e cirurgias) e direitos iguais
1922-1931	Dora Richter	Primeira mulher a retirar os testículos e se submeter a penectomia
1930	Lili Elbe	Escreveu <i>Man into Woman</i> , primeira mulher dinamarquesa a ser submetida à cirurgia de redesignação sexual, faleceu em uma cirurgia de transplante de útero
1933	Nazistas	Destróem o <i>Institut für Sexualwissenschaft</i> (Instituto de Sexologia) e seus arquivos
1939	Michael Dillon	Recebeu a primeira receita de testosterona para hormonização
1948-1966	Harry Benjamin	Deu progesterona para uma criança que queria se tornar mulher. Criou o <i>Benjamin's Standards of Care for Trans Health</i> , que deu origem ao atual <i>Standards of Care</i> da <i>World Professional Association for Transgender Health</i> (WPATH), hoje na 7ª versão. Criou o termo transexual, em 1966.
1971	Roberto Farina	Primeiro cirurgião a fazer uma cirurgia de transgenitalização no Brasil, em Waldirene Nogueira. Foi processado em 1978 pelo Conselho Federal de Medicina, sob a acusação de lesões corporais graves, sendo condenado em primeira instância e absolvido posteriormente.
1977	João W. Nery	Psicólogo e escritor, foi o primeiro homem trans a ser submetido a toracoplastia masculinizadora, cirurgia proibida na época, em plena ditadura. O médico que o operou foi condenado à prisão dois anos depois. Escreveu a autobiografia <i>Viagem Solitária</i> .

Figura 13 – Fatos pioneiros relacionados à história da transgeneridade (CIASCA, 2021, p.23)

Em estudo realizado na Espanha, Murillo (2015) apresenta prevalência e proporcionalidade da transexualidade em estudos nacionais (Espanha) e internacionais e destaca a imprecisão desses dados devido a qualidade das amostras. Murillo (2015) apresenta que o estudo escocês traz a proporção de 1:12.225; o estudo holandês 1:11.900 (MTF) / 1:30.400 (FTM); estudo inglês 3:100.000; estudo espanhol 1: 9.685 (MTF) / 1:15.456 (FTM).

Zucker, 2017 corrobora com a ideia e amplia ao destacar que crianças e adolescentes que entram para essas estatísticas são apenas aquelas que chegam às clínicas para atendimento nos lugares que prestam esse tipo de acompanhamento.

A maioria dos estudos concentram-se em países como Reino Unido, Alemanha, Escócia, Bélgica, Suécia, Cingapura e Países Baixos (WPATH, 2012). Comparar esses dados a fim de chegar a uma proporção similar seria inviável devido a diferença entre um país e o outro, suas culturas e demografia.

Araque et al (2015) apresenta o trabalho na Unidade de Identidade de Gênero do Hospital Universitário Ramon y Cajal de Madri e destaca o aumento da demanda para atendimento a crianças e adolescentes três vezes maior nos últimos quatro anos. No Reino Unido, a cada cinco anos duplica o número de pessoas trans atendidas nas clínicas e em Toronto (Canadá), em 30 anos o número de crianças e adolescentes atendidos aumentou em cinco vezes (WPATH, 2012). A aceitação social, o movimento de despatologização das identidades trans poderiam explicar um possível aumento no número de pessoas atendidas, ou seja, não significa necessariamente que elas sejam em maior número atualmente.

Diversos estudos afirmam que o manejo clínico adequado para acompanhamento de crianças e adolescentes transgênero baseia-se não no tratamento, mas nos efeitos emocionais e comportamentais que o meio pode impactar na vida dessas pessoas e contribuir para a disforia. Sugerem, ainda, protocolos de cuidado baseados na observação e suas diretrizes baseadas em consenso (VRIES, 2012, 2016; BUTLER, G., 2018; DRESCHER, 2016; OLIVEIRA, 2019).

A dificuldade de estabelecer dados que possam traçar prevalência da transgeneridade infantil e adolescente não nos surpreende. A ausência de informações se torna reflexo da invisibilização desses pequenos corpos. O mesmo ocorre com as pessoas LGBTI+ no geral: não há dados numéricos quantificados sobre essa população, ela não é reconhecida para a demografia, são existências não nominadas, invisíveis.

Logo, porque traçar políticas públicas para pessoas que não existem? Bento (2018) fala acerca do necrobiopoder para descrever a técnica de governabilidade do Estado ao caracterizar a “vida vivível” e a “vida matável”. E completa: “Esse é o meu susto: o rosto, o corpo, a pele, a língua, atributos ditos humanos, não bastam para assegurar o direito à vida” (BENTO, 2018, p. 53).

6.1.2 Abordagens Afirmativas

Olson (2016) apresenta estudo que se propõe a examinar a saúde mental de crianças e pré-púberes transgênero que tem a identidade afirmada e apoiada pela família. Os achados da autora sugerem que crianças que realizam a transição social com apoio obtém melhores resultados quanto à saúde mental nas escalas relacionadas a ansiedade.

Sadeeh et al (2018) descreve a experiência de cerca de duas décadas de trabalho do Ambulatório Transdisciplinar de Identidade de Gênero e Orientação Sexual do Instituto de Psiquiatria do Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (AMTIGOS-IPq-HCFM/USP). O pioneirismo do trabalho com crianças e adolescentes transgênero deu ao grupo a possibilidade de implementar formas de trabalho e avalia-las, estabelecendo diretrizes conforme a demanda que se apresentava.

O trabalho na infância baseia-se na orientação e acompanhamento psicossocial da criança, família e entorno (escola, por exemplo). Sadeeh et al (2018) refere que não ocorre intervenções médicas até a puberdade, “nosso papel é permitir experienciar todas as facetas da identidade com que se identificam” (p.88).

As crianças podem transitar entre um gênero e outro durante a infância toda, não há um tutorial para se identificar a criança transgênero. O mais sensato a se fazer é questionar, considerar e respeitar o conteúdo do que ela relata com muita atenção; afinal, não existe ninguém mais adequado do que ela mesma para dizer quem ela é e qual é a sua identidade de gênero. Se, de fato, existir uma questão de transgeneridade, mesmo que ela transite, permanecerá ao longo dos anos de seu desenvolvimento (SADEEH et al, 2018, p. 89).

Pesquisas realizadas por Lodi (2017) revelam que as tentativas de suicídio em crianças com disforia de gênero são três vezes mais frequentes do que em crianças congruentes de gênero. Estudo realizado com jovens de todo Brasil pela Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais (Flacso-Brasil), Organização dos Estados Ibero-americanos para a Educação a Ciência e a Cultura (OEI), e do Ministério da Educação aponta que adolescentes e jovens LGBT tem cinco vezes mais chances de tentarem o suicídio devido, principalmente, a não aceitação de familiares

e seus pares (ABROMAVAY, 2015). Daí a urgência de identificar o sofrimento e compreendê-lo (SADEEH et al, 2018).

Quase ninguém percebe que o poder dos seus opressores, reais e imaginários, deriva exatamente da sua total alienação em decidir e agir por sua própria conta e risco. O poder dos “ditadores” surge e se reforça cada vez que uma pessoa, oprimida e molestada, desiste de fazer alguma coisa para se livrar da opressão. Como afirmou Foucault, o poder não se encontra em "grandes esferas" e altos escalões, mas nas práticas e nas relações mais elementares das pessoas em seu dia-a-dia. (LANZ, 2015, p. 203)

Sadeeh et al (2018) refere que na adolescência os conflitos relacionados ao nome e ao aparecimento dos caracteres secundários são o cerne das atenções. Cunhado por adolescentes, o termo “passabilidade¹⁰” influencia diretamente na socialização e no enfrentamento de situações vexatórias, discriminatórias e, inclusive, violentas. A fase da adolescência é marcada pela identificação e pelo pertencimento a grupos. A psicoterapia se propõe a fortalecer a pessoa, trabalhando conceitos como resiliência, autonomia, autoconhecimento e gestão de conflitos.

Torres et al (2015) discorrem acerca de uma clínica que promova a resiliência pois jovens transgênero tem risco aumentado para baixa autoestima, depressão, suicídio, bullying, abusos físicos e diversas outras violências. Propõem, ainda, uma “teoria da resiliência” que se baseia em fortalecimento de pontos fortes nas pessoas atendidas (TORRES et al, 2015, p. 5).

Estudo realizado na Austrália por Pullen et al (2020) objetivou conhecer as opiniões de jovens transgêneros e de seus/suas responsáveis sobre o tratamento de saúde. Pullen et al (2020) conclui destacando a importância de abordagem afirmativa na autonomia e no acesso aos serviços. A abordagem afirmativa no manejo de crianças e adolescentes transgênero também é descrita por Puszczuk e Czajeczny (2017). Recomendam cautela para intervenções mais incisivas uma vez que há ainda limitação conceitual acerca da disforia de gênero: se causada pela inconformidade de gênero atribuído ou pela norma social vigente que não está preparada para a manifestação da diversidade (PUSZCZYK e CZAJECZNY, 2017).

¹⁰ O termo “passabilidade” relaciona-se com o quanto a pessoa passa despercebida no gênero com o qual se identifica.

6.1.3 Movimento pela Despatologização

A partir da conceptualização da pessoa transgênero e dos conhecimentos decorrentes, multiplicou-se a ideia da diferença baseada na natureza biológica das pessoas. Para Butler (2009), o patológico da não conformidade de gênero está enraizado no comportamento heteronormativo/binário esperado, convencionalizado. Conseqüentemente, uma vez que a pessoa se sentia “no corpo” errado, o prognóstico e conduta necessariamente passariam por intervenções médicas. Estudos pós estruturalistas questionam a esses pressupostos e trazem à reflexão a despatologização de tais identidades.

Campanha internacional realizada em 2012 “Stop Trans Pathologization” divulgou manifesto, assinado por cerca de 100 organizações e quatro redes internacionais pela despatologização trans, que objetivava a retirada das identidades trans das categorias de transtornos no DSM e CID (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2011).

As mobilizações se organizam em torno de cinco pontos: 1) retirada do Transtorno de Identidade de Gênero (TIG) do DSM-V e do CID-11; 2) retirada da menção e sexo dos documentos oficiais; 3) abolição dos tratamentos de normalização binária para pessoas intersexo; 4) livre acesso aos tratamentos hormonais e às cirurgias (sem a tutela psiquiátrica); e 5) luta contra a transfobia, propiciando a educação e a inserção social e laboral das pessoas transexuais. (BENTO, 2012b, p. 537).

Por outro lado, há a incerteza se tal movimento garantirá a política pública de assistência a pessoa trans oferecida pelo Estado, desobrigando-o no custeio das intervenções e tratamentos (BENTO, 2012b; ARAN, 2009).

Melo et al (2017) destaca importantes resoluções da Psicologia acerca da práxis psicológica quanto aos atendimentos relacionados à temática da diversidade sexual¹¹. Destaca, sobretudo, que “a psicologia tem um compromisso social referente à redução do estigma e preconceitos com essas comunidades” (p 79).

Favero e Machado (2019) analisam o impacto que um suposto diagnóstico de Disforia de Gênero teria na infância. Referem que, na infância, a categoria

¹¹ Vide Resolução CFP 01/99 e Resolução CFP 01/2018

“cuidado” estaria relacionada à “benevolência” e, portanto, seria autorizado (p. 9).

Outro argumento comumente utilizado frente a uma defesa do diagnóstico de gênero na infância é referente à possibilidade de sucesso de uma intervenção precoce. Entende-se que, quanto mais cedo se inicia um acompanhamento psicoterápico, melhores seriam os resultados psíquicos durante a adolescência e vida adulta. O mesmo vale para as intervenções corporais. Quanto mais cedo se faz uso dos bloqueadores hormonais ou se inicia a terapia hormonal, melhores serão as respostas do corpo nos anos seguintes. Embora sejam bem intencionadas, são premissas que se baseiam na ideia de que as identidades trans necessitam de aprimoramento (FAVERO, MACHADO, 2019, p. 12).

Favero (2020) dissecou em seu livro a artificialidade do diagnóstico aplicado às crianças trans, perpassando pelos critérios diagnósticos estabelecidos no DSM 5 que parecem ser absolutamente performáticos quando estabelece-os em cima das preferências infantis por vestimentas/brinquedarias/coisas ditas “de meninos” ou “de meninas”. Bento (2008) já apontava essa problemática da busca pela pessoa transexual verdadeira, destacando a performatividade aprendida e a falha diagnóstica.

6.1.4 O papel da Atenção Básica

O especialista pode ser o primeiro profissional a ser procurado quando a família identifica que a criança tem comportamentos que destoam do esperado. Para Vries (2016), porém, o clínico geral e o pediatra tem condições de ofertar os cuidados primários necessários. A AB é o primeiro olhar, o primeiro contato, é a porta de entrada no sistema de saúde. Pressupõe que esse olhar seja integral e marcado pela continuidade das ações com foco na pessoa.

Nos serviços referenciados pelo SUS para o processo transexualizador habitualmente, a assistência se inicia com o atendimento da equipe de saúde mental. Mas qualquer médico, seja qual for a sua especialidade, pode se deparar a qualquer momento com pacientes que apresentem diversidade de gênero. O atendimento dessa população não deve e não pode limitar-se aos centros de referência para o processo transexualizador, pois, além do fato de que tais centros atendem apenas a uma pequena parcela de pessoas com incongruência de gênero do país, a maioria das demandas, incluindo a terapia hormonal e seu acompanhamento em pacientes adultos, pode perfeitamente ser realizada nas unidades básicas de saúde (SADEEH et al, 2018, p 93).

Em 2004, em processo de avaliação dos serviços nos 15 anos de SUS, chamava a atenção o despreparo das pessoas trabalhadoras da saúde no manejo da dimensão subjetiva de suas práticas. A resposta a essas e a outras inquietações foi através da implementação da Política Nacional de Humanização da atenção e gestão no Sistema Único de Saúde HumanizaSUS (BRASIL, 2004). A referida política visava a humanização como transversal em toda a rede do SUS. Dentre os princípios norteadores estão:

Valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão no SUS, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão, destacando-se o respeito **às questões de gênero, etnia, raça, orientação sexual e às populações específicas (índios, quilombolas, ribeirinhos, assentados, etc.)**; Fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, fomentando a transversalidade e a grupalidade; Apoio à construção de redes cooperativas, solidárias e comprometidas com a produção de saúde e com a produção de sujeitos; Construção de autonomia e **protagonismo dos sujeitos e coletivos** implicados na rede do SUS; Co-responsabilidade desses sujeitos nos processos de gestão e atenção; Fortalecimento do controle social com caráter participativo em todas as instâncias gestoras do SUS; Compromisso com a democratização das relações de trabalho e valorização dos profissionais de saúde, estimulando processos de educação permanente (BRASIL, 2004, p.20 – grifo nosso).

Estudos apontam a dificuldade no acesso das pessoas trans ao Sistema de Saúde devido à marginalização social e estigma. Há relato, inclusive, de violência nas relações de cuidado destinado as pessoas LGBTI+ em função da sexualidade e binarismo de gênero (FÉBOLE, 2017; LIONÇO, 2009). Conseqüentemente, destacam a importância da elaboração de campanhas e programas de educação permanente para as pessoas trabalhadoras do SUS, voltadas para a sensibilização quanto à temática das diversidades sexuais, inclusive para a infância e a adolescência. (ROCON, 2017; MARIANO, 2018).

Os discursos médicos sobre o cuidado de pessoas LGBT relacionados com a igualdade (“não há diferença”), o desconhecimento (“não sei”) e a recusa (“não quero”) foram analisados por Paulino (2019) com objetivo de destacar o impacto na saúde dessa população. Para o autor, há urgência na qualificação e processo de formação profissional.

No encontro do usuário com a equipe, haveriam de prevalecer, sempre o

compromisso e a preocupação de se fazer a melhor escuta possível das necessidades de saúde trazidas por aquela pessoa que busca o serviço. [...] Assim, a integralidade da atenção, no espaço singular de cada serviço de saúde, poderia ser definida como o esforço da equipe de saúde de traduzir e atender, da melhor forma possível, tais necessidades, sempre complexas mas, principalmente, tendo que ser captadas em sua expressão individual. (CECILIO, 2001, p. 116)

Para Batistella (2007), “os profissionais de saúde precisam desenvolver a percepção de como a população compreende suas práticas de saúde” (p.83). Conforme Mariano (2018), além de identificar os riscos à segurança das pessoas trans, o papel das equipes multidisciplinares da Atenção Básica é assegurar ambiente ótimo para que as famílias se sintam seguras para expor as suas demandas (p. 9).

O reconhecimento dos determinantes históricos – econômicos, sociais e culturais – envolvidos na conformação de contextos específicos de carência passa, necessariamente, pela atuação de trabalhadores da saúde capazes de realizar diagnósticos participativos sobre as condições de vida e situação de saúde de uma determinada população. (...). Somente uma leitura interdisciplinar da realidade é capaz de promover uma maior compreensão da realidade de saúde-doença-cuidado de uma população. A complexidade de determinantes, condicionantes e fatores envolvidos sugere a identificação de problemas mais amplos, que tradicionalmente não figuram entre os problemas médicos ou epidemiológicos, nem na linha de ação dos profissionais da saúde (BATISTELLA, 2007, p 80).

Carvalho (2016) ressalta a importância na formação de profissionais tanto da saúde – de maneira a implicar nos processos de trabalho – quanto da educação. Ressalta que é necessário que as pessoas em processos de aprendizagem tenham contato com as transversalidades que atravessam os corpos e interferem no seu desenvolvimento pleno.

O estresse gerado pelo fato de a família ter que “educar” as pessoas sobre o que significa ser transgênero causa sobrecarga e frustra. Torres et al (2015) relata em seu estudo que os pacientes e as famílias encontram nos serviços que acessam (quando acessam) muita dificuldade com a falta de informação acerca da transgeneridade. Isso precariza o atendimento, afasta a pessoa do serviço. Sadeeh et al (2018) refere que as pessoas que passaram por situações desconfortáveis e violentas no acesso aos serviços têm seis vezes menos chance de voltar a procurá-los.

Apesar de todo o avanço tecnológico alcançado no que diz respeito a saúde integral de pessoas LGBTI+, especificamente as pessoas trans (cirurgias de redesignação MTF e FTM, bloqueio hormonal, hormonioterapia e outros), estamos, ainda, discutindo o básico do básico: acesso, acolhimento, respeito, escuta, linha de cuidado. Para MERHY (1998), “só construindo um modelo que explore positivamente a capacidade cuidadora do conjunto dos trabalhadores de saúde é que reformaremos o sistema de saúde na defesa da vida individual e coletiva” (p.13).

7 MÉTODOS

7.1 TIPO DE PRODUTO

Conforme definição do Anexo 1 da Resolução 02/2019 do Colegiado Pleno do PPGSCol, a cartilha “Orientações sobre o Apoio e Cuidado da Criança e Adolescente Transgênero” trata-se de produto técnico, do tipo material didático.

7.2 CENÁRIO DE CONSTRUÇÃO DO PRODUTO

A Cartilha “Orientações sobre apoio e cuidado da criança e adolescente transgênero” foi desenvolvida no editor de texto Word (Microsoft) pela autora do trabalho. Contou com a revisão técnica de conteúdo do Dr. Alexandre Sadeeh¹² e criação de arte e diagramação da empresa Hexa Comunicação.

7.3 PÚBLICO ALVO

No município de Criciúma a Atenção Primária em Saúde é composta de 36 Estratégias de Saúde da Família (ESF) e 12 Unidades Básicas de Saúde (UBS), divididas em 5 distritos sanitários: Rio Maina, Santa Luzia, Boa Vista, Centro e Próspera. Conta com 36 equipes de Estratégia de Saúde da Família para atender a uma população de aproximadamente 213.000 habitantes¹³ (IBGE).

Compõe a saúde do município, ainda, 1 Unidades de Pronto-Atendimento (UPA – Urgência e Emergência, 24h); 1 Consultório de Rua; 4 Centros de Atenção Psicossocial (CAPSi, CAPSII, CAPSIIAD, CAPSIII); 1 Centro de Especialidades em Saúde (CES) onde estão localizados a Policlínica de Assistência Municipal (PAM),

¹² Psiquiatra e Psicodramatista. Doutor em Ciências pelo Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). Coordenador do Ambulatório Transdisciplinar de Identidade de Gênero e Orientação Sexual do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da FMUSP (AMTIGOS-IPq-HCFMUSP). Professor Colaborador no Departamento de Psiquiatria da FMUSP. Professor Doutor do Curso de Psicologia da Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). Membro da WPATH (World Professional Association for Transgender Health).

¹³ <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sc/criciuma>

Farmácia Central, Saúde da Mulher, Criança Saudável, Programa de Atenção Municipal DSTs, HIV, E AIDS (PAMDHA).

Segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde de Criciúma, a cobertura da atenção básica é de 85,07%¹⁴. Cada equipe é formada por enfermeira/o, médica/o de referência, técnica/o de enfermagem e, de acordo com o território, de 4 a 12 agentes comunitárias/os de saúde.

Nosso público alvo é composto por profissionais da Atenção Básica à Saúde do município de Criciúma.

7.4 PROCEDIMENTOS PARA CONSTRUÇÃO DO PRODUTO

7.4.1 Etapa 1: Levantamento das necessidades

O levantamento das necessidades do desenvolvimento da cartilha ocorreu em quatro momentos:

- a) Após avaliação da trajetória profissional da pesquisadora através de memorial descritivo em tópicos, refletimos que há a invisibilidade de crianças e adolescentes transgênero nos debates;
- b) Confecção da cartografia da Aurora e sua trajetória até seu “nascimento”;
- c) Avaliação de 07 questionários que retornaram preenchidos após aplicação em profissionais da AB do município de Criciúma. A nossa pesquisa inicialmente tratava-se do levantamento acerca do conhecimento sobre a temática Disforia de Gênero em Crianças e Adolescentes, porém, mudamos o curso ao percebermos a influência do período pandêmico na aplicação do instrumento, o que inviabilizou a pesquisa quantitativa. Dessa forma, após análise dos 07 questionários respondidos, percebemos as dificuldades das pessoas com a temática da diversidade sexual pensada para crianças e adolescentes.
- d) Após pesquisa na literatura: verificamos que há pouca produção científica acerca de crianças e adolescentes transgêneros.
- e) Constatamos, ainda, que o material encontrado atualmente na literatura não é traduzido para aplicabilidade necessária na porta de entrada do sistema de saúde, a atenção básica.

¹⁴ http://www.criciúma.sc.gov.br/site/linkSecretaria/saude_sistemas/54/aten%C3%87ao_basica-1

7.4.2 Etapa 2: Recursos necessários para elaboração do produto

Os recursos utilizados para a estruturação/elaboração do produto foram basicamente intelectuais. Em seguida à análise da literatura, a elaboração do conteúdo da cartilha foi realizada em programa de editor de texto (Word – Microsoft). A revisão foi realizada de maneira remota via internet através de troca de e-mails. A arte, diagramação e finalização do material foi confeccionada por empresa de comunicação contratada pela pesquisadora.

7.4.3 Etapa 3: Elaboração da proposta de produto

As ações realizadas consideram os momentos a seguir:

- a) Primeiro Momento: Memorial descritivo em tópicos da trajetória profissional da pesquisadora ligado à experiência com diversidade sexual
- b) Segundo Momento: Cartografia da Aurora realizada através da consulta dos relatos realizados pela pesquisadora desde o início do acompanhamento;
- c) Terceiro Momento: Compilação dos dados dos sete questionários respondidos da pesquisa anterior;
- d) Quarto Momento: Levantamento da literatura acerca da temática proposta;
- e) Quinto Momento: confecção do conteúdo da cartilha;
- f) Sexto Momento: contato por e-mail com Coordenador do AMTIGOS a fim de expor a proposta do desenvolvimento do produto e convida-lo como revisor de conteúdo;
- g) Sétimo Momento: aceite do Coordenador do AMTIGOS via e-mail;
- h) Oitavo Momento: envio do conteúdo da cartilha a ser revisado e retorno do mesmo com a revisão, sugestões e colaborações do Coordenador do AMTIGOS
- i) Nono Momento: alteração do conteúdo da cartilha conforme sugestões apresentadas na revisão de conteúdo;
- j) Décimo Momento: contato e contratação de empresa de comunicação para orçamento de arte, diagramação e finalização gráfica da cartilha;
- k) Décimo Primeiro Momento: revisão da arte finalizada;
- l) Décimo Segundo Momento: envio de mostra da cartilha para Coordenação do AMTIGOS;
- m) Décimo Terceiro Momento: conclusão do material.

7.5 ASPECTOS ÉTICOS

De acordo com as resoluções do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012 e nº510/2016 (BRASIL, 2012; BRASIL, 2016), o projeto Percepções da Atenção Básica à Saúde e do Núcleo de Apoio a Saúde da Família sobre a disforia de gênero na infância foi apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) em 28 de fevereiro de 2020 e aprovado sob o número do parecer 3.889.073 (anexo A). A Carta de Aceite para a realização da pesquisa foi entregue e assinada em 03/12/2019, conforme apresentado no anexo B.

Preservamos, ainda, a identidade na descrição do processo de transição da criança trans e de seus familiares através do uso de nomes fictícios. Obtivemos autorização da família para utilização do material de registro produzido pela pesquisadora ao longo dos anos de acompanhamento como profissional de psicologia social e clínica através do termo de consentimento livre e esclarecido (apêndice B). Principalmente foi pontuado que a contribuição para o desenvolvimento desse produto não renderá benefícios, inclusive financeiros, exceto para os processos de educação permanente em saúde das pessoas profissionais que atuam nas equipes de AB.

8 RESULTADOS


O produto desenvolvido resultou em uma cartilha de quatorze páginas chamada “Orientações sobre apoio e cuidado da crianças e adolescente transgênero”.

Está estruturada em:

- Capa
- Contra Capa
- Apresentação
- A tal da Diversidade Sexual: Conceitos importantes
- Para visualizar: Infográfico sobre Diversidade Sexual
- Vamos refletir um pouco?
- O Processo Transexualizador no SUS
- Crianças e Adolescentes Transgêneros existem
- Qual nosso papel como profissional da saúde?

- O que nos orienta nessa caminhada: a bússola
- Indicação de filmes, livros, canais e afins
- Referências
- Quem pode ajudar?

8.1 APRESENTAÇÃO DO PRODUTO



**ORIENTAÇÕES
SOBRE APOIO E
CUIDADO DA
CRIANÇA E
ADOLESCENTE
TRANSGÊNERO**

ORGANIZADORAS
RITA DE CÁSSIA GUIMARÃES DAGOSTIM
LISIANE TUON



Essa cartilha é um produto resultado da dissertação de mestrado intitulada **CARTOGRAFIAS DO OLHAR ATENTO: ORIENTAÇÕES SOBRE O APOIO E CUIDADO DA CRIANÇA E ADOLESCENTE TRANSGÊNERO**, apresentada junto ao PPGSCol (Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva) da UNESC (Universidade do Extremo Sul Catarinense). Contém informações acerca dos cuidados à criança e adolescente transgênero possíveis de serem realizados pelas equipes de atenção básica e de saúde da família.

AUTORIA

TEXTOS: Rita de Cássia Guimarães Dagostim

REVISÃO DE CONTEÚDO: Dr. Alexandre Saadeh, Médico psiquiatra, professor colaborador da Faculdade de Medicina da USP, coordenador do AMTIGOS do Hospital das Clínicas da FMUSP.

ILUSTRAÇÃO E DIAGRAMAÇÃO: Hexa Comunicação

APRESENTAÇÃO

"... temos o direito a ser iguais quando a nossa diferença nos inferioriza; e temos o direito a ser diferentes quando a nossa igualdade nos descaracteriza. Daí a necessidade de uma igualdade que reconheça as diferenças e de uma diferença que não produza, alimente ou reproduza as desigualdades".

Boaventura de Sousa Santos

Esse material nasceu da ausência.

Apesar de existirem planos nacionais, diretrizes, normativas e protocolos voltados para a saúde integral de pessoas LGBTI+ (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais, Transgêneros, Intersexuais e demais identidades), ainda há barreiras no acesso aos serviços de saúde. Muitas vezes isso decorre da falta de informação das equipes sobre esses documentos, sobre como realizar o manejo de algumas situações.

E nada temos especificamente sobre crianças e adolescentes transgêneros.

E sim, existem crianças e adolescentes transgêneros. Precisamos falar sobre isso.

Vamos?



A TAL DA DIVERSIDADE SEXUAL: CONCEITOS IMPORTANTES: SEXUALIDADE ≠ RELAÇÃO SEXUAL

A sexualidade não diz respeito à genitalidade, à relação sexual. Sexualidade é um conceito que foi muito trabalhado na Psiquiatria e Psicologia (Psicanálise). Refere-se à busca pelo prazer na afetividade, nas relações sociais, é uma energia vital presente do nascimento até a morte.

- **SEXO:** biológico, reconhecido no nascimento – MASCULINO – FEMININO – INTERSEXUAL.
- **GÊNERO:** construção social e cultural do que se espera do comportamento conforme o sexo reconhecido ao nascer. Na nossa cultura é binário: menino ou menina – homem ou mulher.
- **IDENTIDADE DE GÊNERO:** é a sensação subjetiva de como a pessoa se sente, como ela se percebe: homem, mulher, os dois (gênero não binário, gênero fluido) ou nenhum (agênero).
 - CISgênero é o indivíduo cuja identidade de gênero não coincide com o sexo reconhecido no nascimento.
 - TRANsgênero é o indivíduo cuja identidade de gênero não coincide com o sexo reconhecido no nascimento.
- **EXPRESSÃO DE GÊNERO:** é o modo como as pessoas se mostram às outras pessoas: como aparenta (vestimenta, corte de cabelo, papel de gênero). É socialmente e culturalmente determinado.
- **ORIENTAÇÃO SEXUAL:** é para onde o afeto, o desejo, a atração emocional e sexual estão direcionados: a pessoas do mesmo sexo (homossexuais: lésbicas e gays), pessoas do sexo oposto (heterossexuais), pessoas de ambos os sexos (bissexuais). Existem ainda diversas outras nuances: assexuais, pansexuais...

IMPORTANTE!

*Ser transgênero não é uma orientação sexual.
Transgeneridade é uma identidade. Orientação sexual é um comportamento.*

PARA VISUALIZAR:



Infográfico sobre aspectos da Diversidade Sexual¹

¹ Traduzido pelo NIGS - Núcleo de Identidades de Gênero e Subjetividades da UFSC (Universidade Federal de Santa Catarina) do infográfico do Site Its Pronounced Metrosexual disponível em <https://www.itspronouncedmetrosexual.com/2018/10/the-genderbread-person-v4/>



**VAMOS REFLETIR UM POUCO?
PESSOAS TRAVESTIS E TRANSEXUAIS
SÃO TRANSGÊNEROS:
ESTAMOS FALANDO DE IDENTIDADE**

Desde 1997 existem resoluções do Conselho Federal de Medicina e da Associação Americana de Psiquiatria acerca do atendimento integral à saúde da pessoa trans.

A identidade cabe à própria pessoa saber, sentir, vivenciar e identificar-se.

Atualmente é necessário um diagnóstico de Incongruência de Gênero (CID11) ou Disforia de Gênero (DSM 5) para que se tenha acesso ao Processo Transsexualizador (PrTr) garantido pelo SUS.

O diagnóstico aqui não é sinônimo de doença. Ele permite não só o acesso às intervenções desejadas e disponíveis, mas, também, oferece a segurança necessária para a realização dos procedimentos.

Isso é fundamental, ainda mais quando falamos de crianças e adolescentes.

Ninguém controla a identidade de gênero de uma pessoa. O que se controla é a expressão de gênero.

PENSE NISSO.

O PROCESSO TRANSEXUALIZADOR NO SUS (PRTR)

O Processo Transexualizador – pelo tanto de opinião e de senso comum que se escuta por aí – pode parecer que é só a cirurgia, não é mesmo? Mas o nome mesmo já diz: é um processo, e vai depender de pessoa para pessoa conforme Projeto Terapêutico Singular.

Aqui vamos inserir a parte que cabe à criança e adolescente transgênero, mesmo que essa etapa não esteja disponível em protocolos do SUS.

VAMOS VISUALIZAR?

ETAPAS NA TRANSIÇÃO DO GÊNERO



TRANSIÇÃO SOCIAL: utilizar vestimentas, nome, pronomes, banheiros, de acordo com a identidade de gênero – reversível – qualquer idade, a qualquer tempo.



BLOQUEADORES DA PUBERDADE: utilizar hormônios em fase específica da pré-puberdade para adiar a identidade de gênero se afirma – reversível.



HORMONIOTERAPIA: utilizar terapia hormonal para gênero cruzado (conforme a identidade de gênero já afirmada) – parcialmente reversível – disponível no SUS a partir dos 16 anos de idade.



CIRURGIAS SECUNDÁRIAS: retirada das mamas, do útero, mastoplastia de aumento, harmonização facial – irreversível – a partir dos 18 anos.



CIRURGIA DE REDESIGNAÇÃO GENTIL OU DE AFIRMAÇÃO DE GÊNERO: cirurgias genitais conforme protocolos – irreversível – a partir dos 18 anos.



ETAPA JURÍDICA: alteração do prenome e sexo nos documentos a partir da retificação da certidão de nascimento – reversível – acima de 18 anos é diretamente no cartório de registros. Abaixo de 18 anos, depende de processo cível. Em ambos os casos, não há exigência de intervenção cirúrgica para alteração nos documentos de identificação.

CRIANÇAS E ADOLESCENTES TRANSGÊNEROS EXISTEM!

Não existe protocolo ou fluxograma estabelecido para atendimento integral à saúde da criança e adolescente trans pelo SUS. Existem algumas recomendações da Sociedade Brasileira de Pediatria em caráter ainda experimental.

Hoje é recomendado que o atendimento para esse público seja realizado em centros especializados em Projetos de Pesquisa. São chamados de ambulatórios.

No Brasil só existem três ambulatórios que atendem a crianças e adolescentes trans: dois localizam-se no Estado de São Paulo, e um localiza-se no Rio Grande do Sul. Todos funcionam porque estão ligados a uma universidade por meio de projetos.



Que tal propor incluir a temática na Linha de Cuidado à saúde integral de crianças e adolescentes já existente em nosso município e região?

Que tal chamar a Universidade para participar?

Qualquer pessoa pode propor isso. Fortaleça-se na equipe e leve adiante!

Essas crianças e adolescentes estão por aí. Há uma família ao redor delas, uma comunidade escolar, um bairro, nós!

QUAL NOSSO PAPEL COMO PROFISSIONAL DA ÁREA DA SAÚDE PÚBLICA?

O que fazer se não há fluxo, se não há normativa, se esse público tem que ser atendido por local especializado?

Primeira coisa: não cair no senso comum.

Nós, que também fazemos o SUS, não devemos hierarquizar pessoas, nem suas patologias ou condições. **Um exemplo:** uma pessoa trans encaminhada para a hormonioterapia ou para a cirurgia de redesignação genital não está tirando remédio de pessoas com câncer ou tirando pessoas da fila de cirurgia cardíacas. Lembra-se do tripé que sustenta nosso Sistema? Ele é universal, integral e equânime para todas as pessoas. Todas, sem exceção.

Outro exemplo: a família da criança/adolescente trans não está ensinando/estimulando ela a “trocar de sexo”. Não é assim que funciona, muitas famílias sofrem e se culpam pelo fato; não querem que seus filhos e filhas sofram discriminação. Agora você tem a informação correta para argumentar nesse debate.

Quanto ao fazer, é simples! Usaremos uma tecnologia leve.

Nosso papel é a observação, a escuta, o olhar atento, o acolhimento.

Segundo o IBGE (2019), são cerca de 38 milhões de pessoas brasileiras de 5 a 17 anos: são muitas crianças e adolescentes! Transgeneridade acontece em menos de 1% da população. Com certeza, existe uma “pessoinha” e sua família ao nosso alcance que podem se beneficiar de um olhar mais atento.

Imagine o papel de uma pessoa Agente Comunitária de Saúde. Para a família com criança/adolescente trans próxima, ela pode significar, tanto uma angústia (se entra na casa e “julga”), quanto um alívio (entra na casa munida de informações, acolhe, direciona para a equipe).

*Essa é a literalidade do nome “**ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**”.*

Esse é o significado da atenção integral.

*Isso é o Sistema Único de Saúde – o **NOSSO SUS**.*



O QUE NOS ORIENTA NESSA CAMINHADA: A BÚSSOLA²

01 DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS

"Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos" (1948, Art. 1º).

02 OMS (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE)

"Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos" (1948, Art. 1º).

03 CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988

Reconhece a saúde como direito social de cada pessoa cidadã do Brasil.

04 LEI Nº 8.080/90 - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

Três princípios dão base ao SUS. São: universalidade (acesso universal), integralidade (pessoas atendidas em suas necessidades como um todo, em todas as suas dimensões) e equidade (tratar as diferenças de maneira igual).

05 DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS DAS CRIANÇAS (UNICEF)

"A criança gozará de proteção especial e disporá de oportunidade e serviços, a serem estabelecidos em lei por outros meios, de modo que possa desenvolver-se física, mental, moral, espiritual e socialmente de forma saudável e normal, assim como em condições de liberdade e dignidade. Ao promulgar leis com este fim, a consideração fundamental a que se atenderá será o interesse superior da criança" (Princípio I, 1959).


06 LEI Nº 8.069/90 - ECA (ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE)

"A criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se-lhes, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade" (Art. 3º).


07 PNAIS - POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA PORTARIA Nº 130/2015

Norteadas por 8 princípios: direito à vida e à saúde; prioridade absoluta da criança; acesso universal à saúde; integralidade do cuidado; equidade em saúde; ambiente facilitador à vida; humanização da atenção e gestão participativa e controle social.



- 
- 08** **SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA - SBP GUIA PRÁTICO DE ATUALIZAÇÃO Nº 4 - 2017**
Trata sobre Disforia de Gênero na infância e pré-adolescência. Um guia prático para pediatras.
 - 09** **DIRETRIZES NACIONAIS PARA A ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DE ADOLESCENTES E JOVENS NA PROMOÇÃO, PROTEÇÃO E RECUPERAÇÃO DA SAÚDE - 2010**
Entre outras diretrizes, destacamos a autonomia da vivência e expressão da sexualidade e a garantia aos direitos sexuais e reprodutivos.
 - 10** **CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA - PARECER CFM Nº 8/13**
Trata sobre Disforia de Gênero na infância e pré-adolescência. Um guia prático para pediatras.
 - 11** **CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA: RESOLUÇÃO 2265/2019**
Estabelece os princípios que regem o acompanhamento médico da população transgênero em TODAS as idades.
 - 12** **MINISTÉRIO DA SAÚDE**
Portarias e diretrizes do Processo Transsexualizador – Portaria nº 457/2008: regulamenta o Processo Transsexualizador no SUS; Portaria nº 2.803/2013: amplia e redefine o Processo Transsexualizador no SUS, inclui a hormonioterapia; Portaria nº 1.370/2019: inclui procedimento de colocação de próteses para transição de feminino para masculino.
 - 13** **POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DE LÉSBICAS, GAYS, BISEXUAIS, TRAVESTIS E TRANSEXUAIS - 2013**
Governo e sociedade civil organizada elaboram documento que legitima necessidades e especificidades referentes a saúde das pessoas LGBT. É um marco histórico.

*Todos os documentos aqui citados encontram-se nas referências.



INDICAÇÃO DE FILMES, LIVROS, CANAIS E AFINS:



Alice Júnior (2019) – Sobre vivências trans. Alice é uma menina trans que busca encontrar seu lugar nos espaços de sociabilidade.

Laerte-se (2017) – A cartunista Laerte mostra seu processo nas etapas da transição de gênero, iniciada aos 57 anos.

Com Amor, Simon (2019) – O menino Simon se apaixona "on-line" por um colega de classe anônimo, mas esconde a todos o fato de ser gay.

Meninos não choram (2000) – Teena mantém um relacionamento com uma mulher, mas esconde sua identidade de gênero: homem trans.

Tomboy (2011) – Uma menina muda-se para outro bairro e apresenta-se para todo o mundo como menino sem que sua família saiba.

GIRL (2018) – Inspirado em uma história real, narra a história de Lara, uma bailarina em seu processo de transição de gênero, prestes a realizar a cirurgia de afirmação de gênero.

Hoje eu quero voltar sozinho (2014) – Adolescente cego descobre aspectos sobre sua orientação sexual.

Um garoto como Jake (2018) – Descoberta familiar de que Jake pode ser uma menina transgênero.

Transamérica(2005) – Os caminhos percorridos por Bree, uma mulher transexual, para a cirurgia de redesignação sexual.

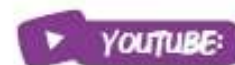
A Garota Dinamarquesa (2015) – A história se passa em 1926. Retrata a transição de gênero de Einar (homem) para Lili (mulher). Uma das primeiras cirurgias de redesignação de sexo do mundo.

Orações para Bobby (2009) – A "saída do armário" do adolescente Bobby é devastadora para sua família, especialmente para sua mãe. Após o difícil processo, a mãe torna-se defensora ativa dos direitos das pessoas LGBTI+.



Minha Criança Trans: relato de uma mãe ao descobrir que o amor não tem gênero – Thamirys Nunes. 2020.

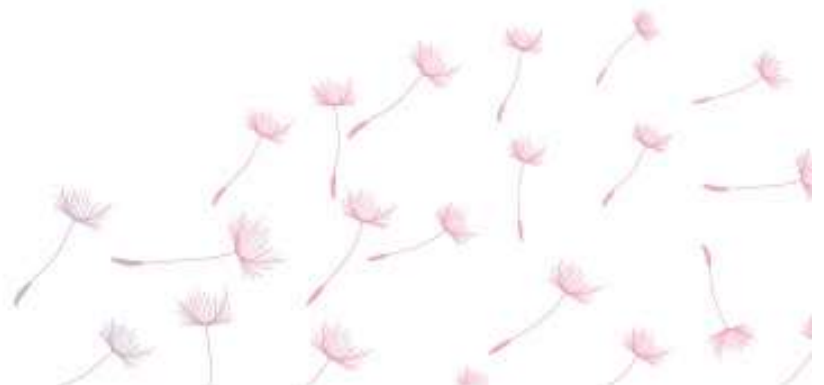
Crianças Trans: infâncias possíveis – Soñá Fávero. Editora Devires. 2020.



- Põe na Roda
- Lorelay Fox
- Louie Ponto
- Spartakus Santiago
- Léo Viturino (libras)
- Muro Pequeno
- Guardei no Armário

REFERÊNCIAS:

1. <https://www.unicef.org/brazil/declaracao-universal-dos-direitos-humanos>
2. <https://pesquisa.bvsalud.org/porta1/resource/pt/lis-18073>
3. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm
4. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm
5. http://www.dhnet.org.br/direitos/sip/onu/c_a/lex41.htm
6. <https://www.unicef.org/brazil/estatuto-da-crianca-e-do-adolescente>
7. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html
8. https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/19706c-GP_-_Disforia_de_Genero.pdf
9. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_atencao_saude_adolescentes_jovens_promocao_saude.pdf
10. <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/pareceres/BR/2013/8>
11. <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-n-2.265-de-20-de-setembro-de-2019-237203294>
12. MINISTÉRIO DA SAÚDE – Processo Transexualizador – PORTARIAS:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0457_19_08_2008.html#:~:text=Redesigna%C3%A7%C3%A3o%20sexual,b%C3%A1sica%20e%20de%20medicamentos%20excepcionais
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2803_19_11_2013.html
<https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-1.370-de-21-de-junho-de-2019-167267426>
13. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf



QUEM PODE AJUDAR?

UNESC – Universidade do Extremo Sul Catarinense

- Telefone: (48) 3431.2500
- Secretaria de Diversidades e Políticas de Ações Afirmativas
- E-mail: secdiversidades@unesc.net

NSCoI – Núcleo de Saúde Coletiva – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva/UNESC

- E-mail: nucleosaudecoletiva@unesc.net

Centro de Prática Jurídica (CPJ)

- E-mail: cpj@unesc.net

USP – Universidade de São Paulo

- Departamento de Psiquiatria – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
- AMTIGOS - Ambulatório Transdisciplinar de Identidade de Gênero e Orientação Sexual
- E-mail: amtigos.ipq@hc.fm.usp.br

CFM – Conselho Federal de Medicina

- Site: <https://portal.cfm.org.br/>

CFP – Conselho Federal de Psicologia

- Despatologização das Identidades Trans e Travestis
- Site: <https://despatologizacao.cfp.org.br/>

CFESS – Conselho Federal de Serviço Social

- Site: <http://www.cfess.org.br/>

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração do produto “Orientações sobre apoio e cuidado da criança e adolescente transgênero” foi motivada pela ausência de literatura acerca da temática direcionada a essa etapa de vida e pela presença de relato de muitas famílias que se reúnem em grupos e debatem acerca da transgeneridade de suas crianças e adolescentes. O trabalho aqui apresentado contou com um desses relatos e serviu para mostrar a existência desse público, para além do que poderia e pode ser feito para legitimar essas vivências e minimizar seu sofrimento.

Os dados apresentados na sustentação teórica sobre o instrumento que foi aplicado para a pesquisa anterior, apesar de se tratarem de indícios, nos apontam algumas reflexões importantes: uma delas é a aplicação do questionário de maneira individual e presencial, para aprofundar dados relativos as questões sociodemográficas; é importante ampliar para demais pessoas das equipes, não apenas da enfermagem; outras transversalidades podem ser incluídas (classe, geração, raça e deficiência, por exemplo). Sugerimos que o instrumento seja utilizado de “pré-teste” nos processos de educação permanente com a temática das diversidades.

O conteúdo da cartilha baseou-se nas teorias disponíveis sobre diversidade sexual, infância e adolescência, saúde coletiva e nas inúmeras resoluções, protocolos e diretrizes existentes. Sobretudo embasou-se em cinco dos princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde: universalidade, integralidade, equanimidade, descentralização e participação social. Contou, ainda, com breve pesquisa acerca do “direito homoafetivo” e o pioneirismo indispensável da Dra. Maria Berenice Dias em dar início à discussão da temática no campo do Direito.

A linha de pesquisa “Gestão do Cuidado e Educação em Saúde” está presente em cada linha deste trabalho. Acreditamos que a dificuldade no acesso e permanência dessa população no sistema público de saúde passa diretamente pela falta de conhecimento e reconhecimento das transversalidades e determinantes sociais de saúde que atravessam esses corpos. Reconhecidas como minoria social, muitas vezes as pessoas LGBTI+ não tem legitimizadas as suas necessidades e especificidades pelas pessoas trabalhadoras do SUS. A criação do material

informativo foi pensada para a sensibilização das pessoas trabalhadoras das equipes da Atenção Básica em Saúde em seus processos de educação permanente do SUS.

É importante que possamos rever e discutir o binarismo de gênero que categoriza e hierarquiza as pessoas, o paradigma da heteronormatividade impede que todas as existências sejam possíveis. À cultura e à sociedade resta o controle desses corpos e daí a violência em reconhecer o que está “fora da caixa” e movimentar para adequar, corrigir, encaixar, curar, consertar.

No caso de crianças e adolescentes transgênero, mais importante ainda é a vigilância. Favero (2019) nos fala de uma “benevolência” que visa proteger as crianças e adolescentes quando os saberes científicos apontam seus olhos para elas. Há o lado dos saberes “psi” e médico que apontam a “necessidade” de tratamento. Há o lado das ciências sociais que se movimenta no sentido da despatologização. Há o movimento social das pessoas LGBTI+ que não se sentem doentes, mas que necessita das políticas públicas de saúde como quaisquer outros seres humanos. O meio termo é o diálogo entre os setores e principalmente a escuta das pessoas envolvidas, todas.

Não estamos de lados opostos: há a necessidade de acompanhamento da condição transgênero, de suporte a estas pessoas e às suas famílias. Apesar de todo avanço científico das últimas décadas, há muito a se pesquisar, principalmente longitudinalmente, muitas intervenções ainda não conhecemos os efeitos ao longo de muitos anos. Isso não significa que devemos cessar o que tem sido feito, que deixemos a margem quem tem essa condição hoje. Pelo contrário, sensibilizar, trazer para o debate, garantirá o acesso e permanência das pessoas LGBTI+ no sistema de saúde sempre que isso se fizer necessário.

Só através da presença dessa população na rede é que poderemos realmente escutá-las e compreender o que precisam para o acompanhamento integral de saúde. Daí destacamos a importância da formação de uma “leva” de profissionais da saúde e da educação letrados e letradas nas teorias de gênero, no reconhecimento das diversidades sexuais, nas instituições de controle de corpos e seus mecanismos. Somos seres sociais e estamos inseridos e inseridas numa cultura que passa pela validação do outro.

Destacamos fortalezas no produto elaborado. Em primeiro lugar, é o primeiro no Brasil direcionado especificamente para atenção básica e sobre a temática da diversidade sexual aplicada à crianças e adolescentes. A linguagem é simples, acessível, direta e está apresentada de maneira muito básica para que seja utilizada como suporte em processos de educação permanente em saúde das pessoas trabalhadoras da atenção básica. Sua utilização possibilita e facilita a discussão de conceitos que muitas vezes são contornados de estigma e preconceito e isso reflete diretamente no acesso de pessoas LGBTI+ ao Sistema Único de Saúde. Ainda, o material tem tamanho que permite a replicação sem custo tão significativo, uma vez que possui quatorze páginas e pode ser feito em formato de livreto.

Como fraqueza, destacamos, com pesar, a temática. Se a cartilha for distribuída sem um trabalho de sensibilização, as pessoas com dificuldades e tabus relacionados à sexualidade – a sua, principalmente – se afastarão e farão o movimento de sempre: invisibilizar a demanda ou encaminhá-la a “especialistas” sem necessidade. Dessa maneira, não haverá o comprometimento com o ser humano integral, tão necessário para o exercício da função de “porta de entrada” do SUS a que se propõe a AB.

Crianças e adolescentes transgênero existem e estão a nos mostrar um caminho para mudança de olhar acerca da sexualidade e da nossa insistência em querer categorizar pessoas a partir do que possuímos como valores. Esse não é o papel de profissionais do SUS, deixemos isso para outros setores que ainda não compreendem o ser humano e suas vicissitudes. Não temos como ter o cuidado se não temos o outro, o corpo, a relação com o outro. Se não reconhecemos a existência desse outro, como pensar em tecnologias de cuidado? Reconheçamo-nos.

REFERÊNCIAS

ABRAMOVAY, Miriam. (Coord.). **Juventudes na escola, sentidos e buscas**: Por que frequentam? Brasília-DF: Flacso - Brasil, OEI, MEC, 2015.

ALMEIDA, Erika Rodrigues de *et al.* Política Nacional de Atenção Básica no Brasil: uma análise do processo de revisão.. **Revista Panamericana de Salud Pública**, [s. l.], v. 42, p. 180-188, 2018. Disponível em: https://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892018000100534&lang=pt. Acesso em: 14 dez. 2020.

ALBUQUERQUE, M. R. T. C. de; BOTELHO, N. M.; RODRIGUES, C. C. P. Atenção integral à saúde da população LGBT: Experiência de educação em saúde com agentes comunitários na atenção básica. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 41, p. 1758, 2019. DOI: 10.5712/rbmfc14(41)1758. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1758>. Acesso em: 14 dez. 2020.

ALVES, N. C. C.; SANTOS, F. M. C. O desafio das “infâncias queer” no currículo escolar. In: **ConQueer – Conferência Internacional de Estudos Queer**, 2., 2018, São Cristóvão/Sergipe.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-IV**. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. 2a. ed. Porto Alegre: ARTMED, 1994.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-5**. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. 5.ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ARÁN, Márcia; MURTA, Daniela; LIONÇO, Tatiana. Transexualidade e saúde pública no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 1141-1149, ago. 2009.

ARIÈS, Philippe. **História Social da Criança e da Família**. 2 ed. Rio de Janeiro: LTC, 1981.

ARAQUE, N. A; GIBERT, C. G.; Molina, J. M. R.; FERNÁNDEZ, A. B.; Pérez, M. J. L; Grupo GIDSEEN. Disforia de género en la infancia y adolescencia: una revisión de su abordaje, diagnóstico y persistência. **Rev Psicol Clin Niños Adolesc.**, v. 2, p. 33, 2015. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/4771/477147185004.pdf>>. Acesso em: 14 dez. 2020.

BARATA, R. B. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

BARATTO, C. C.; MACHADO, P. S. Diversidade de Gênero na Infância: uma revisão da literatura. In: **SEMINÁRIO INTERNACIONAL FAZENDO GÊNERO 11 & 13TH WOMEN’S WORLD CONGRESS**, 2017, Florianópolis. (Anais Eletrônicos) Disponível em: <http://www.en.wwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/1499476709_ARQUIVO_Trabalhofazendogenero2.pdf>. Acesso em: 14 dez 2020.

BARROS, M., MIRANDA, J. Sexualidade: perspectiva histórica e significação cultural. **Acta Biomédica Brasiliensia**. 10. 13-22. 2019, Rio de Janeiro. Disponível em: <<https://www.actabiomedica.com.br/index.php/acta/article/view/363/260>>. Acesso em 14 dez. 2020.

BATISTELLA, Carlos. Abordagens contemporâneas do conceito de saúde. In: FONSECA, Angélica Ferreira; CORBO, Ana Maria D'Andrea (Org.). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/39204>>. Acesso em: 14 de dez. de 2020.

BENTO, B. **O que é transexualidade**. São Paulo: Brasiliense, 2008.

BENTO, B. Corpos e próteses: Dos limites discursivos do dimorfismo [Versão eletrônica]. **Anais do Seminário Internacional Fazendo Gênero em Florianópolis**, 7, p. 1-7. 2006, Florianópolis, Recuperado em 12 junho de 2010, Disponível em <http://www.fazendogenero7.ufsc.br/artigos/B/Berenice_Bento_16.pdf>. Acesso em 14 dez. 2020.

BENTO, Berenice. Na escola se aprende que a diferença faz a diferença. **Rev. Estud. Fem.**, Florianópolis, v.19, n.2, p. 549-559, Ago. 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2011000200016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 14 dez. 2020.

BENTO, Berenice. Sexualidade e experiências trans: do hospital à alcova. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 10, p. 2655-2664, outubro de 2012. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001000015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 14 dez. 2020.

BENTO, B.; PELÚCIO, L. Despatologização do gênero: a politização das identidades abjetas. **Rev. Estud. Fem.**, v.20, n.2, Florianópolis, ago. 2012b. Disponível em <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2012000200017> Acesso em 14 dezembro 2020.

BENTO, Berenice. **Transviad@s: gênero, sexualidade e direitos humanos**. Salvador: EDUFBA, 2017.

BENTO, Berenice. **A reinvenção do corpo: sexualidade e gênero na experiência transexual**. Salvador: Editora Devires, 2017a.

BENTO, Berenice. Necrobiopoder: Quem pode habitar o Estado-nação?. **Cad. Pagu**, Campinas, n. 53, e 185305, 2018. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-83332018000200405&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 14 dez. 2020.

BORBA, Rodrigo. **O (Des)Aprendizado de si: transexualidade, interação e cuidado em saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **SUS princípios e conquistas**. Brasília, DF, 2000. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf. Acesso em 14 nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: política nacional de humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 2. Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizaSUS_politica_nacional_humanizacao.pdf. Acesso em: 15 nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 457, de 19 de agosto de 2008**. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/atencao-especializada-e-hospitalar/especialidades/processo-transexualizador-no-sus> Acesso em: 15 nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Caderno de Atenção Básica**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº2.836, de 1 de dezembro de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 02 dez. 2011, p.35. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf. Acesso em 15 nov. 2019.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 07 dez. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.803, de 19 de novembro de 2013**. Redefine e amplia o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 21 nov. 2013. p. 25. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2803_19_11_2013.html. Acesso em 15 nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2013a. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_tematico_gestao_trabalho_educacao_saude_2ed.pdf>. Acesso em 15 novembro 2020

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Relatório do Seminário Nacional de Saúde LGBT, I**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_semniario_nacional_saude_lgbt.pdf> Acesso em 14 dez. 2020.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016**. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana, na forma definida nesta Resolução. Diário Oficial da União, Brasília, DF 2016. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html. Acesso em: 07 dez. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Política Nacional de Atenção Básica. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 22 set. 2017. p. 68. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/04/Portaria-n%C2%BA-2436-2017-Minist%C3%A9rio-da-Sa%C3%BAde-Aprova-a-Pol%C3%ADtica-Nacional-de-Aten%C3%A7%C3%A3o-B%C3%A1sica.pdf>. Acesso em 15 Novembro 2019.

BUTLER, Judith. **Problemas de Gênero**: feminismo e subversão da identidade; Trad. Renato Aguiar. – 2. ed. – Rio de Janeiro: civilização Brasileira, 2008.

BUTLER, Judith. Desdiagnosticando o gênero. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 95-126, 2009.

BUTLER, Gary; DE GRAAF, N.; WREN, B. CARMICHAEL, P. Assessment and support of children and adolescents with gender dysphoria. **Arch Dis Child**. 2018 Jul; p. 103. Disponível em: < <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29650510/>> Acesso em: 14 dez. 2020.

CARVALHO, Rodrigo Saballa; GUIZZO, Bianca Salazar. Políticas curriculares de educação infantil: um olhar para as interfaces entre gênero, sexualidade e escola. **Revista da FAEBA**, v. 25, n. 45, 2016. Disponível em: < <https://www.revistas.uneb.br/index.php/faeeba/article/view/2294>> Acesso em 14 dez. 2020.

CECILIO, L.C.O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção à saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO; 2001.

CIASCA, S.V. et al. (ed.). **Saúde LGBTQIA+** - práticas do cuidado transdisciplinar. Santana da Parnaíba: Manole, 2021

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8. 1986, Brasília. **Relatório final**. Ministério da Saúde: Brasília, 1986. Disponível em <http://www.ccs.saude.gov.br/cns/pdfs/8conferencia/8conf_nac_anais.pdf> Acesso em 14 dez. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução n. 1.482, de 19 de setembro de 1997**. Autoriza a título experimental, a realização de cirurgia de transgenitalização do tipo neocolpovulvoplastia, neofaloplastia e ou procedimentos complementares sobre gônadas e caracteres sexuais secundários com o tratamento dos casos de transexualismo. 1997. Disponível em: < http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/1997/1482_1997.htm>. Acesso em: 03 mai. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução n. 1.652, de 2 de dezembro de 2002**. Dispõe sobre a cirurgia de transgenitalismo e revoga a resolução CFM n. 1.482, de 19 de setembro de 1997. 2002. Disponível em: < http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2002/1652_2002.htm>. Acesso em: 03 mai. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução n. 1.955, de 3 de setembro de 2010**. Dispõe sobre a cirurgia de transgenitalismo e revoga a Resolução CFM n. 1.652, de 2 de dezembro de 2002. 2010. Disponível em: < http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2010/1955_2010.htm>. Acesso em: 03 mai. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução nº 2.265, de 20 de setembro de 2019**. Dispõe sobre o cuidado específico à pessoa com incongruência de gênero ou transgênero e revoga a Resolução CFM nº 1.955/2010. 2020. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-n-2.265-de-20-de-setembro-de-2019-237203294>>. Acesso em: 03 mai. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Manifesto pela despatologização das identidades trans**. São Paulo, 2011. Disponível em: <http://www.crpssp.org.br/portal/midia/fiquedeolho_ver.aspx?id=365> Acesso em 14 dez. 2020.

CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em 15 nov. 2020.

COSTA, C. D. S.. Transexualidade na Infância e Adolescência: a luta pelo reconhecimento da identidade de gênero no Direito Brasileiro. In: MENDES, M. G. S.; HARTMANN, R.S.; COSTA, R. A. R. (org). **Debates e reflexões sobre direitos da diversidade sexual e de gênero**. 1 ed. Recife: FASA, 2019.

DESLANDES, Keila (Coord.). **Homotransfobia e direitos sexuais: debates e embates contemporâneos**, 1. Ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2018.

DIAS, Maria Berenice. Homoafetividade e direitos LGBTI. 7 ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2016

DRESCHER, Jack; COHEN-KETTENIS, Peggy T.; REED, Geoffrey M. Gender incongruence of childhood in the ICD-11: controversies, proposal, and rationale. **The Lancet Psychiatry**, v. 3, n. 3, p. 297-304, 2016. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2215036615005866>> Acesso em 14 dez. 2020.

FAVERO, Sofia Ricardo; MACHADO, Paula Sandrine. Diagnósticos benevolentes na infância: crianças trans e a suposta necessidade de um tratamento precoce. **Revista Docência e Cibercultura**, [S.l.], v. 3, n. 1, p. 102-126, jun. 2019 Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/re-doc/article/view/40481>>. Acesso em: 14 dez. 2020.

FAVERO, Sofia. **Crianças trans: infâncias possíveis**. 1 ed. Bahia: Devires, 2020.

FÉBOLE, Daniele. A produção de violências na relação de cuidado em saúde da população LGBT no SUS. 2017. 231 f. Dissertação (mestrado em Psicologia)- Universidade Estadual de Maringá, Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, **Dep. de Psicologia**, 2017, Maringá, PR Disponível em: <<http://www.sies.uem.br/trabalhos/2017/3164.pdf>> Acesso em: 14 Dezembro 2020.

FERREIRA, Arthur Arruda Leal; ARAUJO, Saulo de Freitas. Da invenção da infância à psicologia do desenvolvimento. **Psicol. pesq.**, Juiz de Fora, v. 3, n. 2, p. 03-12, 2009 Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1982-12472009000200002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 14 dez. 2020.

FILHO, N. A. **O que é saúde?**. Rio De Janeiro: Fiocruz, 2011.

FOUCAULT, Michel. **História da Sexualidade v.1: a vontade de saber**. Rio de Janeiro: Graal, 1999.

FREITAS, M. C. (org.) **História Social da Infância no Brasil**. 6. Ed. São Paulo, Cortez, 2006.

GALEANO, Eduardo. **O livro dos abraços**. Porto Alegre: L&PM, 1991.

GREEN, J. et al. **História do Movimento LGBT no Brasil**. São Paulo: Alameda, 2018.

HERCOWITZ, A.; SANTOS, T. E. C. Desenvolvimento da infância e da adolescência das pessoas LGBTQIA+. In: CIASCA, S.V. et al. (ed.). **Saúde LGBTQIA+** - práticas do cuidado transdisciplinar. Santana da Parnaíba: Manole, 2021.

HEYWOOD, Colin. **Uma história da infância: da idade média à época contemporânea no ocidente**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

KASTRUP, V.; BARROS, L; P. Cartografar é acompanhar processos. In: Eduardo Passos; Virginia Kastrup; Liliana da Escóssia. (Org.). **Pistas do método de cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. 5a ed. Porto Alegre: Sulina, 2020.

KENNEDY, N. Crianças Transgênero: mais do que um desafio teórico. **Revista Cronos**, v. 11, n. 2, 28 nov. 2012. Disponível em <<https://periodicos.ufrn.br/cronos/article/view/2151>> Acesso em 14 dez. 2020.

KUHLMANN JÚNIOR, Moysés. **Infância e educação infantil**: uma abordagem histórica. Porto Alegre: Mediação, 2010.

LANZ, Letícia. **O corpo da roupa**: a pessoa transgênera entre a transgressão e a conformidade com as normas de gênero. Uma introdução aos estudos transgêneros. Curitiba: Transgente, 2015.

LIONCO, Tatiana. Atenção integral à saúde e diversidade sexual no Processo Transexualizador do SUS: avanços, impasses, desafios. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, pág. 43-63, 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312009000100004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 14 de dezembro de 2020.

LODI, A.; VERDADE, K.K. Transexualidade e Infância: buscando um desenvolvimento saudável. In: **1º CONGRESSO NACIONAL DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE DAS SECCIONAIS DA ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL**, 2017, Rio de Janeiro. (Anais Eletrônicos) Disponível em: <<http://revistaeletronica.oabRJ.org.br/?artigo=transexualidade-e-infancia-buscando-um-desenvolvimento-saudavel>>. Acesso em: 15 dez. 2019.

LOPES, P. F.; TOLEDO, V. P. Instrumento para a avaliação familiar da criança com incongruência de gênero. **Rev. Enferm UFPE on line**. Recife. N 14, p. 1-10, 2020. Disponível em <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1097029>> Acesso em 10 jan. 2021.

LOURO, G.L. **Gênero, sexualidade e educação**. Uma perspectiva pós-estruturalista. Petrópolis-RJ: Vozes, 1997.

LOURO, Guacira Lopes. Pedagogias da Sexualidade. In: LOURO, Guacira Lopes. **O corpo educado**: pedagogias da sexualidade. Belo Horizonte: Autentica, 2007.

LOURO, Guacira Lopes. **Um corpo estranho** – ensaios sobre sexualidade e teoria queer. 2ªed. Belo Horizonte: Autêntica, 2016.

MARIANO, Tatiana da Silva Oliveira; MORETTI-PIRES, Rodrigo Otávio. Disforia de Gênero em crianças: revisão integrativa da literatura e recomendações para o manejo na Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 13, n. 40, p. 1-11, 2018. Disponível em: <<https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1653>> Acesso em 14 dez. 2020.

MELO, P. T. C.; CAVALCANTE, A. D.; ARAUJO, C. A.; NETO, J. T.; FERREIRA, L. C.. Despatologização das identidades trans – a saída para uma sociedade mais igualitária. **Caderno De Graduação - Ciências Humanas E Sociais – UNIT**, Alagoas, v.3, p. 69, 2017. Disponível em <<https://periodicos.set.edu.br/fitshumanas/article/view/3590>> Acesso em 14 dez. 2020.

MELO, Eduardo Alves et al . Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe1, p. 38-51, Set. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000500038&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 17 dez. 2020.

MENICUCCI, Telma; GOMES, Sandra. **Políticas Sociais: conceitos, trajetórias e a experiência brasileira**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018.

MERHY, E.E. A perda da dimensão cuidadora na produção de saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: CAMPOS, C.R. (org). **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público**. São Paulo: Xamã; 1998.

MURILLO, Felipe H. Disforia de género en infancia y adolescencia: Guía de práctica clínica. **Rev Esp Endocrinol Pediatr**, [Internet], v. 6, p. 45-52, 2015. Disponível em: <<http://www.endocrinologiapediatrica.org/revistas/P1-E12/P1-E12-S510-A283.pdf>> Acesso em: 07 dez. 2020.

OLIVEIRA, A. R. M. **Questionário de Atitudes Relativas à Transexualidade – Estudo exploratório na população portuguesa: Uma perspectiva sistêmica**. 2013. 164 f. Dissertação (Mestrado Integrado em Psicologia) - Faculdade de Psicologia, Universidade de Lisboa, Lisboa, 2013.

OLIVEIRA, Ana Gabriela; VILACA, Ana Filipa; GONCALVES, Daniel Torres. Da transexualidade à disforia de género: protocolo de abordagem e orientação nos cuidados de saúde primários. **Rev Port Med Geral Fam**, Lisboa, v. 35, n. 3, p. 210-222, jun. 2019 Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2182-51732019000300006&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em 10 fev. 2020.

OLSON, K. R.; DURWOOD, L.; DEMEULES, M.; MCLAUGHLIN, K. A.. Mental health of transgender children who are supported in their identities. **Pediatrics**, v.3, p. 137, 2016. Disponível em: <<https://pediatrics.aappublications.org/content/137/3/e20153223.short>> Acesso em 14 dez. 2020.

PAIM, J.S. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

PAULINO, Danilo Borges; RASERA, Emerson Fernando; TEIXEIRA, Flavia do Bonsucesso. Discursos sobre o cuidado em saúde de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais (LGBT) entre médicas(os) da Estratégia Saúde da Família. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 23, e180279, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832019000100249&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 14 dez. 2020.

PETRY, Analydia Rodopho; MEYER, Dagmar Elisabeth Estermann. Transexualidade e heteronormatividade: algumas questões para a pesquisa. **Textos & Contextos**. Porto Alegre, v. 10, n. 1, jan./jul. 2011, p. 193-198.

PIOVESAN, Flavia. Ações afirmativas da perspectiva dos direitos humanos. **Cad. Pesqui.**, São Paulo, v. 35, n. 124, p. 43-55, Abr. 2005. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-15742005000100004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 15 nov. 2019.

POPADIUK, Gianna Schreiber; OLIVEIRA, Daniel Canavese; SIGNORELLI, Marcos Claudio. A Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgêneros (LGBT) e o acesso ao Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS): avanços e desafios. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1509-1520, May 2017. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002501509&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 14 dez. 2020.

PRINCÍPIOS DE YOGYAKARTA. **Princípios sobre a aplicação da legislação internacional de direitos humanos em relação à orientação sexual e identidade de gênero**, 2006. 39 p.

PULLEN, Annie Sansfaçon; et al. “I knew that I wasn’t cis, I knew that, but I didn’t know exactly”: Gender identity development, expression and affirmation in youth who access gender affirming medical care. **International Journal of Transgender Health**, v. 21, n. 3, p. 307-320, 2020. Disponível em <<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/15532739.2019.1692751>> Acesso em 14 dez. 2020.

PUSZCZYK, M.; CZAJECZNY, D. Gender dysphoria and gender variance in children - diagnostic and therapeutic controversies. **Archives of Psychiatry and Psychotherapy**, v.19, p. 34-42, 2017. Disponível em: <http://archivespp.pl/uploads/images/2017_19_3/34Puszczczyk_Archives_PP_3_2017.pdf> Acesso em 14 dez. 2020.

ROCON, Pablo Cardozo *et al.* O que esperam pessoas trans do Sistema Único de Saúde? **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, n. 64, p.43-53, 7 dez. 2017. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832018000100043&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em 15 nov. 2019.

SAADEH, Alexandre et al. AMTIGOS - Ambulatório Transdisciplinar de Identidade de Gênero e Orientação Sexual, do IPq-HCFM/USP: proposta de trabalho com crianças, adolescentes. **BIS, Bol. Inst. Saúde (Impr.)**; v. 19, p. 86-97, dez. 2018.

SALLES, Ana Cristina Teixeira da Costa; CECCARELLI, Paulo Roberto. A invenção da sexualidade. **Reverso**, Belo Horizonte, v. 32, n. 60, p. 15-24, set. 2010. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-73952010000300002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 14 dez. 2020

SARLET, Ingo Wolfgang; SALES, Gabrielle Bezerra; REIS, Laura Silva. O transgênerismo infantil: uma abordagem interdisciplinar na perspectiva da relação entre a Constituição e o Direito Civil. In: DIAS, Maria Berenice (coord.). **Diversidade Sexual e Direito Homoafetivo**. 3 ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2017.

SILVA, João Paulo de Lorena; PARAÍSO, Marlucy Alves. Bagunçando as normas de gênero: crianças transviadas e a invenção de outros possíveis no currículo escolar. In: **SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE ESTUDOS CULTURAIS E EDUCAÇÃO, 4., 2017**, Canoas. Canoas: ULBRA, 2017, 13p. Disponível em: <http://www.2017.sbece.com.br/resources/anais/7/1495486395_ARQUIVO_Bagunca_ndoasnormasdegenero_SBECE_TextoCompleto.pdf> Acesso em 14 dez. 2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Departamento Científico de Adolescência. **Guia prático de atualização – disforia de gênero**. 2017. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/19706c-GP_-_Disforia_de_Genero.pdf. Acesso em: 15 nov. 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE (SBMFC). **O atendimento de pessoas trans na atenção primária à saúde**, 2020. Página Inicial. Disponível em: <<https://www.sbmfc.org.br/noticias/o-atendimento-de-pessoas-trans-na-atencao-primaria-a-saude/>> Acesso em: 12 de fev. 2021.

STEWART, Jay. Commentary on J's story. In: DEPALMA, R.; ATKINSON, E. (Ed.). **Invisible boundaries: addressing sexualities equalities in children's worlds**. Threntam: Stoke-on-Trent, 2009. p. 91-94.

STOLLER, Robert. **A experiência transexual**. Rio de Janeiro: Imago, 1982.

TORRES, C. G.; RENFREW, M.; KENST, K.; TAN-MCGRORY, A.; BETANCOURT, J. R.; LÓPEZ, L.. Improving transgender health by building safe clinical environments that promote existing resilience: Results from a qualitative analysis of providers. **BMC Pediatrics**, 15, p. 187, 2015. Disponível em: <<https://bmcpediatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12887-015-0505-6>> Acesso em 14 dez. 2020.

VENDRUSCOLO, Carine et al. Núcleo ampliado de saúde da família: espaço de interseção entre atenção primária e secundária. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 28, e20170560, 2019. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072019000100330&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 17 nov. 2019.

VIEIRA, Tereza Rodrigues (org). **TRANSgêneros**. Brasília: Zakarewics, 2019.

VRIES, A. L.; KETTENIS, P. T. C. Clinical management of gender dysphoria in children and adolescents: the Dutch approach. **J Homosex.**, v. 59, p. 301–320, 2012.

VRIES, A. L.; KLINK, D.; KETTENIS, P. T. C. What the Primary Care Pediatrician Needs to Know About Gender Incongruence and Gender Dysphoria in Children and Adolescents. **Pediatr Clin North Am.**, v 63, p. 1121-35, 2016.

WPATH. World Professional Association for Transgender Health. **Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People**. 2012. 7th Version. Disponível em <<http://www.wpath.org/documents/Standards%20of%20Care%20V7%20-%202011%20WPATH.pdf>> Acesso em 14 de dez. 2020.

WHO (World Health Organization). **Constitution of the World Health Organization**. Genebra: 1946. Disponível em: <policy.who.int/cgi-bin/on_isapi.dll?hitsper-heading=on&infobase=basicdoc&redord{C88}&softpage=Document42>. Acesso em 15 nov. 2019.

WHO (World Health Organization). **Education and treatment in human sexuality: the training of health professionals**. Genebra: 1975. Disponível em <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/38247/1/WHO_TRS_572_eng.pdf> Acesso em 15 nov. 2019.

ZUCKER KJ. Epidemiology of gender dysphoria and transgender identity. **Sex Health**. v.5: p.404–411, 14 out. 2017. pmid:28838353. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28838353>>. Acesso em 15 nov. 2019.

APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE Consentimento Livre e Esclarecido



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

Título da Pesquisa: CARTOGRAFIAS DO OLHAR ATENTO: ORIENTAÇÕES SOBRE O APOIO E CUIDADO DA CRIANÇA E ADOLESCENTE TRANSGÊNERO

Objetivo: Elaborar material em formato de cartilha que contenha orientações acerca do apoio e cuidado a criança e adolescente transgênero, direcionado às equipes da Atenção Básica em Saúde do município de Criciúma/SC.

Período da coleta de dados: 01/03/2020 a 14/12/2020

Tempo estimado para cada coleta: 20 horas

Local da coleta: A coleta será realizada nos materiais produzidos e registrados pela pesquisadora durante sua atuação como profissional de psicologia no acompanhamento da transição social da criança junto a sua família.

Pesquisadora/Orientadora: Profa. Dra. Lisiane Tuon **Telefone:**

Pesquisadora/Acadêmica: Rita de Cássia Guimarães **Telefone:**
Dagostim

Curso: Mestranda do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva – Mestrado Profissional da UNESC

Como convidado(a) para participar voluntariamente da pesquisa acima intitulada e aceitando participar do estudo, declaro que:

Poderei desistir a qualquer momento, bastando informar minha decisão diretamente ao pesquisador responsável ou à pessoa que está efetuando a pesquisa.

Por ser uma participação voluntária e sem interesse financeiro, não haverá nenhuma remuneração, bem como não terei despesas para com a mesma. No entanto, fui orientado(a) da garantia de ressarcimento de gastos relacionados ao estudo. Como prevê o item IV.3.g da Resolução CNS 466/2012, foi garantido a mim (participante de pesquisa) e ao meu acompanhante (quando necessário) o ressarcimento de despesas decorrentes da participação no estudo, tais como transporte, alimentação e hospedagem (quando necessário) nos dias em que for necessária minha presença para consultas ou exames.

Foi expresso de modo claro e afirmativo o direito de assistência integral gratuita devido a danos diretos/ indiretos e imediatos/ tardios pelo tempo que for necessário a mim (participante da pesquisa), garantido pelo(a) pesquisador(a) responsável (Itens II.3.1 e II.3.2, da Resolução CNS nº 466 de 2012).

Estou ciente da garantia ao direito à indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa (Item IV.3.h, da Resolução CNS nº 466 de 2012).

Os dados referentes a mim serão sigilosos e privados, preceitos estes assegurados pela Resolução nº 466/2012 do CNS - Conselho Nacional de Saúde - podendo eu solicitar informações durante todas as fases da pesquisa, inclusive após a publicação dos dados obtidos a partir desta.

Para tanto, fui esclarecido(a) também sobre os procedimentos, riscos e benefícios, a saber:

DETALHES DOS PROCEDIMENTOS QUE SERÃO UTILIZADOS NA PESQUISA

Presente estudo irá relatar superficialmente e ilustrativamente o acompanhamento de um caso de transição social de uma criança que apresenta não conformidade com o sexo atribuído no nascimento através da consulta dos registros da profissional de psicologia.

RISCOS

O relato de caso baseado em registros oficiais do exercício da função de profissional de psicologia não tem riscos para a pessoa, sua identidade foi preservada com nome fictício e foram realizadas alterações que não influenciam o relato e nem comprometem o seu anonimato, conforme explicitado no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

BENEFÍCIOS

A pesquisa não tem como objetivo oferecer benefícios às pessoas envolvidas, exceto a possibilidade de contribuir para o atendimento integral em saúde de crianças e adolescentes transgênero e suas famílias.

Declaro ainda, que tive tempo adequado para poder refletir sobre minha participação na pesquisa, consultando, se necessário, meus familiares ou outras pessoas que possam me ajudar na tomada de decisão livre e esclarecida, conforme a resolução CNS 466/2012 item IV.1.C.

Diante de tudo o que até agora fora demonstrado, declaro que todos os procedimentos metodológicos e os possíveis riscos, detalhados acima, bem como as minhas dúvidas, foram devidamente esclarecidos, sendo que, para tanto, firmo ao final a presente declaração, em duas vias de igual teor e forma, ficando na posse de uma e outra sido entregue ao(à) pesquisador(a) responsável (o presente documento será obrigatoriamente assinado na última página e rubricado em todas as páginas pelo(a) pesquisador(a) responsável/pessoa por ele(a) delegada e pelo(a) participante/responsável legal).

Em caso de dúvidas, sugestões e/ou emergências relacionadas à pesquisa, favor entrar em contato com a pesquisadora RITA DE CÁSSIA GUIMARÃES DOS SANTOS DAGOSTIM pelo telefone (48) 99994.2290 e/ou pelo e-mail ritagdagostim@unesc.net.

Em caso de denúncias, favor entrar em contato com o Comitê de Ética – CEP/UNESC (endereço no rodapé da página).

O Comitê de Ética em Pesquisa em Humanos (CEP) da Unesc pronuncia-se, no aspecto ético, sobre todos os trabalhos de pesquisa realizados, envolvendo seres humanos. Para que a ética se faça presente, o CEP/UNESC revisa todos os protocolos de pesquisa envolvendo seres humanos. Cabe ao CEP/UNESC a responsabilidade primária pelas decisões sobre a ética da pesquisa a ser desenvolvida na Instituição, de modo a garantir e resguardar a integridade e os direitos dos voluntários participantes nas referidas pesquisas. Tem também papel consultivo e educativo, de forma a fomentar a reflexão em torno da ética na ciência, bem como a atribuição de receber denúncias e requerer a sua apuração.

ASSINATURAS	
Voluntário(a)/Participante	Pesquisador(a) Responsável
_____ Assinatura	_____ Assinatura
Nome: _____	Nome: _____
CPF: _____._____._____ - ____	CPF: _____._____._____ - ____

Criciúma (SC), 01 de março de 2020.

APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA

Dados Sociodemográficos

Responda as perguntas abaixo:

Data de Nascimento

____/____/____

Sexo *Selecione uma das opções, de acordo com o sexo biológico (isto é, atribuído de nascença).

Feminino

Masculino

Intersexo

Identidade de Género *Indique como se sente

Homem Cis (gênero em conformidade com o sexo biológico)

Mulher Cis (gênero em conformidade com o sexo biológico)

Homem Trans (gênero em não conformidade com o sexo biológico)

Mulher Trans (gênero em não conformidade com o sexo biológico)

Mulher Travesti

Orientação Sexual *

Heterossexual

Gay

Lésbica

Bissexual

Assexual

Outra: _____

Cor/Raça (IBGE)

Branca

Preta

Amarela

Parda

Indígena

Naturalidade *(local/estado onde nasceu)

Possui alguma religião ou crença/filosofia espiritual?

Não

Sim

Qual: _____

Possui alguma deficiência?

Não

Sim

Qual: _____

Estado civil

Solteiro/a com companheiro/a

Solteiro/a sem companheiro/a

Casado/a

Divorciado/a

Viúvo/a

União estável

Nível de Escolaridade *(completo)

Ensino Fundamental

Ensino Médio

Ensino Superior

Curso: _____

Pós _____

Local de trabalho:

ABS

NASF

Hospital

Faculdade/Universidade

Setor Administrativo

Outro: _____

Cargo que ocupa atualmente:

Tempo de trabalho na atual Unidade de Saúde:

Carga Horária cumprida na UBS:

População adstrita à sua UBS (número):

Número de crianças adstritas a sua UBS:

Número de pessoas trans adstritas a sua UBS:

POR FAVOR LEIA ATENTAMENTE A SEGUINTE DEFINIÇÃO, ANTES DE RESPONDER

De acordo a APA (Associação Americana de Psiquiatria), a Disforia de Género ou Transexualidade define-se como o desconforto com o sexo biológico ou com o papel de género (ou seja, a pessoa ser de um sexo e sentir-se desconfortável com ele ou com os comportamentos que se esperam dela por ser "homem" ou "mulher") (DSM-V). Um exemplo disto é o de alguém que nasce com um pénis, hormonas e cromossomas característicos do sexo masculino, mas sente-se uma mulher. Quando esta condição causa um stress significativo, muitos transexuais optam por viver (identificando-se, usando roupa, comportando-se, etc.) de acordo com a sua identidade de género e não com o sexo biológico, sendo que em muitos casos a pessoa opta, além disso, por corrigir o seu corpo cirurgicamente através de um processo de reatribuição sexual (habitualmente designado como "operação de mudança de sexo"). Tendo em conta esta concepção de "transexualidade" e de "pessoa transexual", por favor responda às questões que se seguem. Não existem respostas certas ou erradas. Por favor, responda com a maior sinceridade.

1. Considero-me:

nada familiarizado com a temática da transexualidade

pouco familiarizado com a temática da transexualidade

razoavelmente familiarizado com a temática da transexualidade

muito familiarizado com a temática da transexualidade

2. Conhece alguma pessoa transexual?

Não, nem nunca ouvi falar

Não, mas já ouvi falar de alguém (nas notícias, no emprego, etc.)

Não conheço pessoalmente, mas sei de alguém que é/ conheço de vista

Sim, mas raramente estabeleço contato com essa pessoa

Sim e mantenho algum contato com essa pessoa

Sim e mantenho uma relação próxima com essa pessoa

Sim, tenho um familiar que é transexual

3. Conhece alguma criança com disforia de gênero?

Não, nem nunca ouvi falar

Não, mas já ouvi falar de alguém (nas notícias, no emprego, etc.)

Não conheço pessoalmente, mas sei de alguém que é/ conheço de vista

Sim, mas raramente estabeleço contato com essa pessoa

Sim e mantenho algum contato com essa pessoa

Sim e mantenho uma relação próxima com essa pessoa

Sim, tenho um familiar que é transexual

4. Quando se fala em transexualidade, que sentimentos/ emoções lhe são despertados?

Selecione até 5 opções que sinta como mais intensas

Curiosidade

Tristeza

Constrangimento

Indiferença

Repulsa

Compaixão

Ansiedade

Tranquilidade

Ambivalência

Incómodo

Esperança

Admiração
Desinteresse
Medo
Empatia
Surpresa
Nojo
Interesse
Entusiasmo
Simpatia
Confusão
Afecto
Angústia
Outro:

5.Quando pensa em transexualidade, pensa na situação como algo: (Selecione até 3 opções)

Natural
Compreensível
Perturbador
Ameaçador
Anti-Natural
Incompreensível
Indiferente
Inofensivo
Estranho
Comum
Aceitável
Inaceitável
Pecado
Raro

6.Na sua opinião, a transexualidade é:

Uma opção que a pessoa toma (de pertencer a outro sexo)
Uma doença
O resultado de experiências de infância/ educação
O resultado de um trauma

Uma condição de desconformidade corpo-identidade sexual sobre a qual a pessoa não tem controle

Outro: _____

7. Na sua opinião, a disforia de gênero na infância é:

Uma opção que a criança toma (de pertencer a outro sexo)

Uma opção que a criança aprende (de pertencer a outro sexo)

Uma doença

O resultado de experiências de infância/educação

O resultado de um trauma

Uma condição de desconformidade corpo-identidade sexual sobre a qual a pessoa não tem controle

Algo que os pais/responsáveis tem que intervir para mudar

Outro: _____

8. Acha que a sua percepção sobre a transexualidade mudou/mudaria após conhecer alguém transexual?

Sim, num sentido positivo (ex. antes de conhecer achar a situação perturbadora, depois de conhecer achar compreensível)

Sim, tornou-se ainda mais positiva (ex. antes de conhecer já aceitar, depois de conhecer desenvolver ainda mais interesse e compreensão)

Sim, num sentido negativo (ex. antes de conhecer achar a situação indiferente, depois achar perturbador)

Sim, tornou-se ainda mais negativa (ex. antes de conhecer sentir-se desconfortável perante a temática, depois de conhecer desenvolver uma intolerância ainda maior)

Não, não mudou/ acho que não mudaria.

Não sei, sinceramente é um assunto que me deixa desconfortável e sobre o qual não gosto muito de pensar.

9. Na sua opinião, qual/ quais poderão ser as maiores dificuldades de uma pessoa transexual nos diversos contextos em que participa? * Selecione até 5 opções que considere mais relevantes

As questões ligadas às cirurgias e hormonoterapia

Desproteção familiar e legal

Dificuldades em encontrar parceiro/a nas relações amorosas

Lidar com as reações dos amigos e da família

Não saber da existência ou não conhecer ninguém que tenha passado pelo mesmo

- Pedir ajuda (ter coragem para falar da situação, saber onde se dirigir, em quem confiar, etc.)
- Poder ser alvo de discriminação
- Poder ter que manter ou sentir-se obrigado/a a manter uma imagem incongruente com o género a que sente pertencer
- Ter que se assumir numa série de contextos (familiar, social, profissional, etc.)
- Ter que lidar com estereótipos e preconceitos na sociedade e nos media
- Todo o processo de avaliações médicas, psicológicas e psiquiátricas até à aprovação das operações
- Não conseguir arranjar emprego
- Não poder frequentar espaços em que exiba o corpo (praia, ginásios, etc.)
- Ter problemas com a polícia ou na fronteira, já que o seu aspecto físico não corresponde ao sexo que consta nos documentos oficiais
- Ter problemas na escola ou universidade
- Não sei/ Não estou suficientemente informado sobre o assunto.

Outro: _____

Para cada frase, por favor, indique o seu grau de concordância, seleccionando uma das opções tendo em conta a correspondência **1= "Discordo Totalmente"** e **5= "Concordo Totalmente"**. Não existem respostas certas ou erradas.

1. A temática da transexualidade deve ser abordada mais amplamente nos meios de comunicação, para que mais pessoas estejam informadas sobre esta realidade. *

1 2 3 4 5

2. A temática da transexualidade deve ser abordada nas escolas. *

1 2 3 4 5

3. As crianças devem brincar com brinquedos apropriados ao seu género (ex. meninas devem brincar com bonecas, meninos devem brincar com carrinhos). *

1 2 3 4 5

4. Os homens devem desempenhar um papel mais dominante e as mulheres um papel mais frágil.*

1 2 3 4 5

5. Pessoas transexuais devem ser vistas como homossexuais que mudam de sexo para serem mais aceites. *

1 2 3 4 5

6. A transexualidade deve ser considerada uma doença. *

1 2 3 4 5

7. A transexualidade deve ser considerada moralmente errada. *

1 2 3 4 5

8. A transexualidade deve ser considerada um pecado. *

1 2 3 4 5

9. Pessoas transexuais devem fazer esforços para serem discretas, de modo a não perturbarem quem as rodeia com a sua situação. *

1 2 3 4 5

10. Pessoas transexuais devem esconder a sua situação para não serem discriminadas.*

1 2 3 4 5

11. Crianças com disforia de gênero devem ser acompanhadas por serviços de saúde desde quando manifestem a não conformidade com o sexo biológico

1 2 3 4 5

12. Devem existir instituições e associações preparadas para prestar um apoio adequado às pessoas transexuais.*

1 2 3 4 5

13. Profissionais que trabalhem na área da saúde devem estar bem informados sobre questões ligadas à orientação sexual, ao gênero e à identidade de gênero (transexualidade, travestilidade, transgênero)

1 2 3 4 5

14. As instituições que prestam cuidados de saúde devem ter conhecimento suficiente sobre a temática da transexualidade. *

1 2 3 4 5

15. Na sua formação acadêmica você foi orientado sobre como lidar com questões relativas à diversidade sexual (orientação sexual, gênero, identidade de gênero).

1 2 3 4 5

16. Além da formação acadêmica, já fez cursos/capacitações voltados para as questões da diversidade sexual?

1 2 3 4 5

17. Eu me sinto preparado/a a atender pessoas transexuais.

1 2 3 4 5

18. Eu me sinto preparado/a a identificar crianças com disforia de gênero.

1 2 3 4 5

19. Eu me sinto preparado/a a atender crianças com disforia de gênero e suas famílias

1 2 3 4 5

20. Eu conheço as políticas públicas de saúde para pessoas LGBTI+ (gays, lésbicas, bissexuais, transexuais, travestis e transgêneros)

1 2 3 4 5

21. Eu conheço o Processo Transexualizador ofertado no SUS para pessoas transexuais e travestis

1 2 3 4 5

22. Eu conheço as etapas do processo de transição de crianças com disforia de gênero

1 2 3 4 5

23. Eu acho que crianças com disforia de gênero devem esperar até a maioridade para poderem fazer a transição (social e modificações corporais)

1 2 3 4 5

24. As pessoas devem poder expressar a sua identidade de gênero livremente e sem medos. *

1 2 3 4 5

ANEXOS

ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE DO EXTREMO
SUL CATARINENSE - UNESC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PERCEPÇÕES DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE E DO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE A DISFORIA DE GÊNERO NA INFÂNCIA

Pesquisador: Lisiane Tuon Generoso Bitencourt

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 26672619.9.0000.0119

Instituição Proponente: Universidade do Extremo Sul Catarinense

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.889.073

Apresentação do Projeto:

Pesquisa de abordagem quantitativa, que objetiva, a partir do Questionário de Atitudes Relativas à Transexualidade (Oliveira, 2013), conhecer a percepção de enfermeiras da Atenção Básica em Saúde e profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família acerca da chamada Disforia de Gênero na Infância, somando 280 pessoas, com o intuito de produzir material informativo para os profissionais de saúde que possa contrapor-se aos preconceitos que supostamente se relacionam a esta população. Projeto reapresentado a este comitê.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO GERAL

Conhecer a percepção de enfermeiras da Atenção Básica em Saúde e das equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) acerca da Disforia de Gênero na Infância no município de Criciúma/SC.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Quantificar o número de casos de disforia de gênero infantil que são atendidos nas unidades básicas de saúde do município de Criciúma/SC;

Endereço: Avenida Universitária, 1.105

Bairro: Universitário

CEP: 89.606-000

UF: SC

Município: CRICIUMA

Telefone: (48)3431-2606

E-mail: cetica@unesc.net

UNIVERSIDADE DO EXTREMO
SUL CATARINENSE - UNESC



Continuação do Parecer: 3.889.073

- Conhecer o manejo da atenção básica e NASF nos casos de crianças com disforia de gênero no município de Criciúma/SC;
- Ofertar ao município de Criciúma proposta de material informativo (cartilha) acerca das diversidades sexuais para trabalho com as equipes de atenção básica e NASF.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Apesar do instrumento de coleta ser preenchido de maneira anônima, identificamos como risco a possibilidade de as pessoas participantes do estudo sentirem-se constrangidas pela temática da transexualidade e disforia de gênero aplicada a faixa etária a ser estudada (infância). Os compromissos éticos e de sigilo serão reforçados pela pesquisadora a todo momento.

Como benefício para as pessoas participantes, não apenas serão os dados obtidos acerca das relações de cuidado para a população em questão de nosso município, como também terão, ao final, um material específico que as/os ajudará na sua atividade laboral.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Foram as seguintes pendências assinaladas na versão anterior do projeto:

- "- Acrescentar a explicação do que será feito para diminuir o risco com a quebra de anonimato no item "Riscos da Pesquisa" no formulário e no TCLE; tal qual está no projeto.
- Homogeneizar critérios de inclusão e exclusão da amostra com a própria amostra sugerida e com o título da pesquisa.
- Atualizar o cronograma da pesquisa , se necessário".

Nesta versão, as pendências foram resolvidas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados.

Recomendações:

Repito o que já está assinalado no primeiro parecer:

"Apesar do cuidadoso tratamento do projeto em relação à questão da transexualidade, saliento que este cuidado deverá estar presente em todo o desenvolvimento da pesquisa, uma vez a mesma adotar o termo do DSM "Disforia de Gênero na Infância" o qual traz uma compreensão patologizadora à questão, compreensão que é questionada pela pesquisadora. Isto faz com que ela precise ficar atenta a todo o momento para não trair a dimensão crítica proposta".

Endereço: Avenida Universitária, 1.105

Bairro: Universitário

CEP: 88.806-000

UF: SC

Município: CRICIUMA

Telefone: (48)3431-2606

E-mail: cetica@unesc.net

UNIVERSIDADE DO EXTREMO
SUL CATARINENSE - UNESC



Continuação do Parecer: 3.888.073

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1475819.pdf	13/12/2019 21:40:24		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	cartadeaceite.docx	13/12/2019 21:40:07	Lisiane Tuon Generoso Bitencourt	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.docx	13/12/2019 21:39:24	Lisiane Tuon Generoso Bitencourt	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tole.docx	13/12/2019 21:38:43	Lisiane Tuon Generoso Bitencourt	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	03/12/2019 16:48:51	Lisiane Tuon Generoso Bitencourt	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CRICIUMA, 28 de Fevereiro de 2020

Assinado por:
Marco Antônio da Silva
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida Universitária, 1.105

Bairro: Universitário

CEP: 88.806-000

UF: SC

Município: CRICIUMA

Telefone: (48)3431-2606

E-mail: cetica@unesc.net

ANEXO B – Carta de Aceite



PREFEITURA MUNICIPAL DE CRICIUMA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

03/12/2019

CARTA DE ACEITE

Declaramos para os devidos fins que se fizerem necessários, que concordamos com a realização da pesquisa intitulada: **"PERCEPÇÕES DA ATENÇÃO BÁSICA A SAÚDE E DO NÚCLEO DE APOIO A SAÚDE DA AMÍIA SOBRE A DISFORIA DE GENERO NA INFANCIA."**

O estudo está sob a responsabilidade da Professora Doutora Lisiane Tuon e pesquisadora Rita de Cássia Guimarães, ambos do Programa de Pós Graduação Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade do Extremo Sul catarinense – UNESC durante o tempo de aplicação da pesquisa.

MUNICÍPIO DE CRICIUMA
Secretaria Municipal de Saúde
Nely Ana Paula Aguiar Nélson
Coord. Educação Permanente em Saúde
e-mail: 88804@cricuma.sc.gov.br

Nome do Responsável
Cargo e nome da Instituição/Empresa e Carimbo

Secretaria Municipal de Saúde: Rua Domênico Sônego 542, Bairro Santa Bárbara
CEP 88804-050 Fone: 3445-8400/8724