



NOTA TÉCNICA

ACESSO À SAÚDE DE CRIANÇAS TRANS

DO MODELO
TRANSPATOLOGIZANTE
AO CUIDADO
TRANSESPECÍFICO



ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE TRAVESTIS E TRANSEXUAIS

NOTA TÉCNICA SOBRE ACESSO À SAÚDE DE CRIANÇAS TRANS¹

Do modelo transpatologizante ao cuidado transespecífico

Visa a orientar familiares, profissionais de saúde e comunidade escolar sobre o acompanhamento de crianças trans em circuitos de cuidado.

¹ Como citar este documento: Associação Nacional de Travestis e Transexuais. (2023). Nota técnica sobre acesso à saúde de crianças trans: do modelo transpatologizante ao cuidado transespecífico. Brasil: Antra.

O presente documento² elaborado através da Associação Nacional de Travestis e Transexuais (ANTRA), se constitui a partir da colaboração entre diferentes profissionais, ativistas e integrantes da sociedade civil, com interesse comum em revisar modos de acompanhar crianças e jovens trans que acionam a exigência de laudos e diagnósticos³ que produzem barreiras significativas no acesso a serviços de saúde adequados. Tem como objetivo central orientar familiares e profissionais quanto à construção de cuidados com crianças trans e, para tanto, é fundamental que tais práticas estejam asseguradas pelos direitos humanos e que se engajem no enfrentamento de possíveis disparidades e violações éticas. Assim, são apresentados procedimentos de cuidados que não reforçam discursos medicalizantes sobre vivências trans - que devem ser acompanhadas por práticas que fortaleçam suas existências e cidadanias, a dizer, práticas não interessadas em “descrever” ou “atestar” uma verdade quanto ao gênero, mas, sim, que apostem no caráter produtivo da diversidade na infância.

² Chamamos de *Nota Técnica* por se tratar de um documento elaborado por técnicos especializados, profissionais de saúde, pesquisadores e ativistas que se debruçam sobre os direitos e a garantia de cuidados para crianças e jovens trans, e apresenta uma análise aprofundada, contendo histórico e fundamento legal, baseados em pesquisas, artigos, teses e outros marcos teóricos. E surge da necessidade de fundamentação formal com a construção de informações específicas sobre a população trans menor de 18 anos e oferece alternativas para a tomada de decisões.

³ CRPRS, 2016.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	5
2. CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA	6
3. CISHETERONORMATIVIDADE	8
4. CONSTRUÇÃO DA TRANSEXUALIDADE COMO UM “PROBLEMA MÉDICO”	9
5. DESLOCANDO DIRETRIZES DE ACOMPANHAMENTO	10
6. DIAGNOSTICAR NÃO É O MESMO QUE CUIDAR DA SAÚDE DE CRIANÇAS TRANS	13
7. ALIANÇAS ENTRE FAMÍLIA E ESCOLA	15
8. COPRODUZINDO O CUIDADO COM AS CRIANÇAS TRANS	18
9. DESPATOLOGIZAR É DIMINUIR A HOSTILIDADE CIENTÍFICA	22
10. CONCLUSÃO	23
11. RECOMENDAÇÕES	25
12. REFERÊNCIAS	30

1. INTRODUÇÃO

1.1. Compreendemos crianças trans como aquelas que não atendem às expectativas do sexo designado ao nascimento e se reconhecem para além do referencial binário “menino” ou “menina”, baseado na interpretação externa de dados fisiológicos que são usados para demarcar compulsoriamente um gênero⁴.

1.2. Usamos o termo trans como alusão a uma vasta gama de experiências, nas quais circulam identidades diversas, dentre elas travestis, mulheres e homens trans, pessoas não-binárias autodeclaradas trans, gênero-diversas, transmascullinas, fluidas, *queer*, dentre tantas outras, que não devem ser reduzidas ao simples trânsito de “um lugar fixo” para “outro lugar fixo”.⁵ “Trans” supõe, assim, o deslocamento de uma suposta estabilidade para a vivência de uma identidade em aberto.

1.3. Classificações diagnósticas, apesar de serem apontadas como promotoras de cuidado, também são usadas para patologizar, segregar, tutelar e criminalizar pessoas face a suas identidades desviantes.⁶ Esses usos não podem ser ignorados ao avaliarmos os modos de acompanhamento específico e geral para as crianças trans, especialmente quando exercidos por profissionais de saúde – um processo iatrogênico que é parte das violações de direitos humanos contra pessoas trans.⁷

1.4. Tais infâncias não se referem a taxonomias clínicas, formas adoecidas ou impróprias de ser no mundo mas, antes de tudo, à possibilidade de transitar e viver um crescimento com menos prescrições. Por divergirem do roteiro sexual previamente reduzido ao genital e às expectativas psicossociológicas, tratam-se de expressões infantis que precisam de cuidados e acolhimentos éticos que lhes protejam de possíveis sanções culturais, religiosas e científicas.⁸

1.5. Entendemos o processo de transição como um conjunto de ações que visa contribuir para a criação de um ambiente social, familiar e político confortável e acolhedor para jovens e crianças trans, sobretudo na primeira infância, que vão desde simples adequações de nomes e pronomes, possibilidade de uma experimentação de vestimentas diversas, compromissos éticos-políticos da não imposição das normas de gênero até, sobretudo, a implementação de uma abordagem não patologizante dessas infâncias. Consideramos

⁴ Ehrensaft, 2016; Strauss et al, 2017; Suess et al, 2018.

⁵ Halberstam, 2018; Preciado, 2020.

⁶ Kara, 2017.

⁷ Transgender Europe, 2019.

⁸ Vance et al, 2017.

estes como uns dos principais passos a serem dados, no momento em que tais ajustes se tornam necessários tendo como referencial o desejo expresso da criança, podendo ser revisitados sempre que a mesma demonstrar necessidade.

1.6. Esta Nota tem como base as diretrizes de diferentes materiais, como o documento *Trans Pathways*⁹, dedicado a mapear experiências potáveis de cuidado entre jovens trans, as Normas de Atuação da Associação Profissional Mundial para a Saúde Transgênero (WPATH), e também nos mantendo próximas de tratados importantes, dos quais o Brasil é signatário, como os Princípios de Yogyakarta e o Relatório sobre pessoas transgêneras e gênero-diversas e seus direitos econômicos, sociais, culturais e ambientais da Comissão Interamericana de Direitos Humanos (CIDH).¹⁰ Há, ao longo da elaboração desta Nota, um esforço para considerar as especificidades da América Latina e do contexto brasileiro em relação à temática.

2. CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA

2.1. Frequentemente, crianças trans se deparam com obstáculos no acesso à saúde,¹¹ em razão de inúmeros fatores que se relacionam com 1) a ausência de formação profissional adequada à especificidade da saúde trans; 2) profissionais de saúde que orientam suas práticas por valores morais; 3) pais, responsáveis ou familiares que têm dificuldade de compreender ou buscar informações adequadas sobre questões trans; e 4) protocolos clínicos que fortalecem relações hierárquicas e patologizantes entre profissionais e pacientes na atividade do cuidado.¹²

2.2. Não é sem dificuldade que se dá o acesso deste grupo aos serviços de saúde, especialmente em um contexto onde Projetos de Lei antitrans¹³ têm sido apresentados nas casas legislativas brasileiras quase diariamente, desde o início de 2023, com alertas envolvendo uma suposta “epidemia trans na infância”.¹⁴

⁹ Strauss et al, 2017.

¹⁰ CIDH, 2020.

¹¹ Strauss et al, 2021.

¹² Prado, 2018.

¹³ Folha de São Paulo, 2023.

¹⁴ ANTRA, 2020.

2.3. Essa discussão tem como marco histórico a inscrição da transexualidade no rol de patologias mentais na década de 1970, defendida por médicos e psicólogos distantes das demandas da comunidade trans.¹⁵

2.4. Para além das propostas de políticos autoenunciados conservadores, geralmente ligados à extrema direita, há também a operacionalização, em termos mais brandos, mas não menos dramáticos, de uma ofensiva psiquiátrica às infâncias trans, tomando a medicalização como paradigma de assistência a esse grupo e seus familiares.

2.5. A Resolução CFM nº 2.265/2019 é responsável por atestar que à criança pré-púbere seja vedada qualquer intervenção envolvendo uso de hormônios ou procedimentos cirúrgicos. Define-se como início da puberdade a faixa etária esperada dos 8 aos 13 anos (sexo designado feminino) e dos 9 aos 14 anos (sexo designado masculino). O bloqueio hormonal não é definido pela idade cronológica, mas após a segunda fase da maturação puberal (*Tanner II*), possibilitando a desaceleração da produção de hormônios sexuais e a diminuição do impacto do desenvolvimento de caracteres sexuais secundários. Já a hormonização cruzada, recomendada a partir dos 16 anos, é feita com a administração de testosterona ou estradiol. O referido documento afirma, ainda, que é desautorizada a realização de procedimentos cirúrgicos de afirmação de gênero antes dos 18 anos completos.¹⁶

2.6. A Resolução CFP nº 01/2018, por sua vez, postula que profissionais psi não se utilizarão de instrumentos ou técnicas para criar, manter ou reforçar preconceitos em relação a pessoas trans e travestis. Considera que devem refletir sobre o regramento social que reduz sujeitos à divisão apenas entre homens e mulheres cis, para que busquem, em suas práticas, desconstruir sua aparente naturalidade.¹⁷

2.7. É importante salientar que inexistem por parte das pessoas e instituições que assinam esta Nota a defesa do acesso a procedimentos cirúrgicos e/ou da realização de hormonização para crianças trans.

¹⁵ Friedrich e Filipelli, 2019.

¹⁶ CFM, 2019.

¹⁷ CFP, 2018.

3. CISHETERONORMATIVIDADE

Pessoas heterossexuais são aquelas que se atraem pelo “outro” sexo, comumente entendido como “oposto” ao seu. A heteronormatividade consiste em um conjunto de instituições¹⁸, estruturas e formas de pensar que tornam a vida heterossexual coerente e privilegiada. Em uma cultura heteronormativa, “quem ditaria que os pais não podem tentar criar seus filhos de uma maneira que maximize a possibilidade de um resultado heterossexual?”.¹⁹

Pessoas cisgêneras são aquelas que se identificam com o gênero atribuído no nascimento. A cisheteronormatividade é um arranjo de atribuições culturais, entendido como pré-discursivo, binário e estável, que anormaliza e inferioriza as diversidades de gênero. Falar em cisheteronormatividade, trata-se, também, de uma maneira de criar um debate que não esteja restrito à denúncia de transfobia, deslocando nossos olhares para o contexto antitrans em que estamos.²⁰ A cisheteronormatividade “molda atividades sociais como o cuidado de crianças, as políticas e práticas de indivíduos e instituições, e a organização do mundo social mais amplo através das maneiras pelas quais pessoas são registradas e a atenção à saúde é organizada”.²¹

Cisheteronormatividade é como se fala do entrelaçamento entre esses dois ideais regulatórios, compreendendo dimensões que vão além do intrapsíquico, abordando relações de parentesco, designações compulsórias e sanções sociais. Falar em normatividades sexuais e de gênero é uma forma de problematizar hierarquias e de marcar a suposta “natureza” corporal. Crianças que fogem do modelo pré-formatado de “garoto” e “garota” são associadas a futuros de risco,²² e considerar que estão mais seguras quando resignadas a um percurso cisgenerificado e heterossexualizado é uma das formas de aparecimento do regime normativo em questão.

¹⁸ Berlant e Warner, 1997.

¹⁹ Friedman, 1988.

²⁰ Vergueiro, 2015.

²¹ Bauer et al, 2009, p. 356.

²² Tietboehl, Cavalheiro e Kveller, 2018.

4. CONSTRUÇÃO DA TRANSEXUALIDADE COMO UM “PROBLEMA MÉDICO”

DSM Associação Norte-Americana de Psiquiatria	DSM-III N: 302.60	<i>Desordens psicosexuais</i> Desordem de identidade de gênero na infância	1980
	DSM-III R N: 302.60	<i>Desordens da identidade de gênero</i> Desordem de identidade de gênero na infância	1987
	DSM-IV N: 302.xx	<i>Desordem de identidade sexual e de gênero</i> Desordem de identidade de gênero em crianças	1994
	DSM-IV TR N: 302.xx	<i>Desordem de identidade sexual e de gênero</i> Desordem de identidade de gênero em crianças	2000
	DSM-V N: 302.6	<i>Disforia de gênero</i> Disforia de gênero na infância	2013
CID Organização Mundial de Saúde	CID - 09 N: 302.6	<i>Transtornos neuróticos, da personalidade e outros não-psicóticos</i> Transtorno da identidade psicosexual	1976
	CID - 10 N: F.64.2	<i>Transtorno de identidade de gênero</i> Transtorno de identidade de gênero na infância	1990
	CID - 11 N: HA61	<i>Condições Relacionadas à Saúde Sexual</i> Incongruência de gênero na infância	2019
CFM Conselho Federal de Medicina	Resolução nº 1.482	Publicada no D.O.U., sobre a viabilidade técnica para cirurgias de neocolpovulvoplastia e ou neofaloplastia	1997
	Resolução nº 1.652	Dispõe sobre a cirurgia de transgenitalismo e revoga a Resolução CFM nº 1.482/97	2002
	Resolução nº 1.955	Dispõe sobre a cirurgia de transgenitalismo e revoga a Resolução CFM nº 1.652/02	2010
	Portaria nº 859	Redefine e amplia o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde - SUS	2013
	Resolução nº 2.265	Dispõe sobre o cuidado específico à pessoa com incongruência de gênero ou transgênero e revoga a 1.955/2010	2019
CFP Conselho Federal de Psicologia	CRPRS APA	Diretrizes para práticas psicológicas com pessoas trans e em não conformidade de gênero	2015
	Conselho Federal de Psicologia Resolução nº 01/2018	Estabelece normas de atuação para as psicólogas e os psicólogos em relação às pessoas transexuais e travestis	2018
	Fórum sobre medicalização GT Educação e Saúde	Recomendações de práticas não medicalizantes para profissionais e serviços de educação e saúde	2020
	CREPOP Atuação de psicólogas(os) em políticas públicas para população LGBTI+	Reflexões sobre as identidades trans na infância	2022

A histórica inscrição das identidades trans na nosologia produz uma suposta necessidade de correspondência entre o sujeito e um quadro de sintomas. Entendemos que a despatologização é um giro no campo da saúde. Ao não buscar mais uma proporção entre “ser trans” e “ser avaliado”, as práticas de cuidado devem considerar a demanda para determinar como será feito o processo de acolhimento, e não o contrário. Não existe “a” criança trans, universal e mensurável; o que existem são crianças, no plural, que não correspondem a um *script* atribuído a elas.

5. DESLOCANDO DIRETRIZES DE ACOMPANHAMENTO

Deve-se ter como prioritário o desmonte de discursos e práticas que estimulam uma atmosfera de assédio em relação às crianças trans, que consideram que a saúde precisaria tutelar desproporcionalmente para “evitar prováveis arrependimentos” e “futuras confusões na vida adulta”. Tal pânico incrementa a noção de que devam existir “garantias” em uma transição. Crianças trans, por outro lado, precisam ser enxergadas em suas complexidades, contradições e heterogeneidades.

5.1. A despatologização das identidades trans e travestis se refere a um movimento global pela retirada da transexualidade do rol de doenças mentais e portanto da ruptura do monopólio médico sobre o cuidado à saúde. Entendemos que não há exame clínico que seja capaz de atestar a ocorrência de um “desvio de gênero”, pois masculinidades e feminilidades são produções históricas e psicossociológicas. Despatologizar é uma bandeira ainda atual, que representa o papel histórico de aglutinação de forças em busca da desnaturalização do gênero.²³ Significa entender o gênero como estando dentro da categoria cultura, e não uma categoria nosológica.

5.2. Busca-se também enfrentar o que tem sido nomeado como “diagnóstico de gênero”, ideia que é baseada na presunção de sofrimento intenso, onde “desconforto persistente”, “sentimento de inadequação” e “prejuízo social” são a representação sintomática máxima da transexualidade. Nessa perspectiva, ser trans é ser, de certa maneira, considerado

²³ Bento e Pelúcio, 2012.

doente, errado e disfuncional.²⁴ Entretanto, diagnosticar o gênero é algo que só se torna possível caso a vida assuma perfis mais ou menos definidos, como se houvesse uma concordância ampla sobre quais são as fronteiras entre masculino e feminino.

5.3. Diagnósticos de gênero produzem a inscrição de crianças não-normativas no regime de investigações, prescrições e enquadramentos médicos-psi. Enxergam a criança desde uma lente cumulativa, “menino, adolescente, adulto, idoso” ou “menina, adolescente, adulta, idosa”, na qual tornar-se adulto seria o equivalente a apagar as singularidades.²⁵ Entender o gênero como algo diagnosticável é confundir erroneamente “identidade” com “patologia”, e desvalorizar a capacidade de construção da autodeterminação das crianças trans, associando seus reconhecimentos sociais a um crivo técnico e médico.

5.4. Todavia, como definido juridicamente,²⁶ qualquer nomeação sobre a condição trans deve ser referenciada na *autodeterminação de gênero*, tornando completamente desnecessárias as burocracias clínicas e diagnósticas, ou ainda a prática da tutela determinante de terceiros. Esse é um desafio que provoca o interesse de grupos e entidades ligadas aos direitos humanos em todo o mundo.²⁷

5.5. Destaca-se que toda promoção de saúde a populações vulneráveis deve considerar a repercussão social de suas classificações,²⁸ e por isso se faz relevante que a construção do pensamento científico seja democrática, com o protagonismo da comunidade trans no debate. Pessoas trans não devem ter seu reconhecimento legal condicionado à avaliação medicalizante, visto que avaliações diagnósticas perpetuam práticas abusivas e de vigilância²⁹ que são justificadas por tratamentos supostamente neutros, mas que podem levar ao adoecimento.

5.6. A interpelação das instituições de gênero e de sexualidade enquadra a transição como um processo desviante, expondo pessoas a silenciamentos e *feedbacks* sociais pejorativos, que são nutridos por esse mesmo imaginário patológico associado à diferença, em que o sujeito perderia sua autonomia e passaria a ser nomeado por saberes médicos-psi, jurídicos ou estatais.

5.7. Despatologizar é não confundir a noção de bem-estar com um suposto conforto atingido pela *passabilidade*, entendida como aquilo que permite “passar” por uma pessoa cis.³⁰ Compreendemos que, quando instituições abraçam a passabilidade como política

²⁴ Butler, 2004.

²⁵ Mattos e Cidade, 2016.

²⁶ CIDH, 2020.

²⁷ Stop Trans Pathologization, 2012.

²⁸ Friedrich e Filipelli, 2019.

²⁹ Kara, 2017.

³⁰ APA, 2015.

pública, correm o risco de fugir de problemas e questões de ordem social relacionados à discriminação, reforçando um modo cisgênero de existir como ideal. Ao contrário, crianças trans devem ser entendidas como autênticas, e comparações com “crianças cis” devem ser sumariamente evitadas.

5.8. Chegar à despatologização só é possível mediante proposição de diretrizes de acompanhamento que não reforcem tutela, pois o que crianças trans necessitam é de informações, apoio e ambientes favoráveis ao exercício de suas criatividadees.³¹ É fundamental não nutrir o imaginário, por exemplo, de que “meninas trans *na verdade* são meninos transtornados”, e vice-versa, ou que “a criança está indecisa e precisa definir um caminho logo”.

5.9. Não existem evidências suficientes, sobretudo a longo prazo, de que pôr em dúvida e/ou acelerar o processo de experimentação de gênero de uma criança gere efeitos positivos.³² Ainda, o problemático argumento em torno da defesa de um “diagnóstico de gênero” na infância se baseia na crença de que, por sofrerem sanções sociais, tais crianças “precisam” de um espaço terapêutico para se empoderar e se fortalecer. Uma opção que se torna obrigação, em uma escala de criação de um suposto problema para oferecer uma possível solução.³³ Muitas vezes, práticas de “diagnóstico de gênero” se impõem como um quadro de inteligibilidade para as famílias, impedindo que as experimentações legítimas possam ocorrer.

5.10. Constatamos, portanto, não haver necessidade de novas diretrizes médicas, especialmente para algo que não deveria ser compreendido como problema/patologia. Mesmo diante dos níveis reais e alarmantes de antipatia, hostilidade e violência a que crianças trans são expostas, a principal resposta que a saúde tem dado a esses sujeitos é a de rotular suas experiências, como se o processo de inscrição delas na literatura médica fosse, por si só, terapêutico.

Quando observamos pesquisas que revelam que o simples fato de se respeitar o nome social e assegurar o uso devido de pronomes promove uma melhora considerável na saúde mental dessas pessoas, diminuindo ideações suicidas e a depressão,³⁴ percebemos que as questões sociais são extremamente relevantes e efetivas, em comparação a um diagnóstico clínico, para a construção de um ambiente social favorável ao desenvolvimento dessas crianças. A presença de um sentimento de acolhimento e uma maior vinculação com a família e o ambiente social está diretamente relacionada a um aumento na confiança, autoestima e maior qualidade de vida de pessoas trans.³⁵

³¹ Ehrensaft, 2016.

³² Butler, 2012.

³³ Suess, 2020b.

³⁴ Russell et al, 2018.

³⁵ Romijnders et al, 2017.

6. DIAGNOSTICAR NÃO É O MESMO QUE CUIDAR DA SAÚDE DE CRIANÇAS TRANS

Perguntas como “o que faz com que uma criança seja trans?”, “como minimizar os efeitos da violência em seu cotidiano?”, “de que forma a escola pode se posicionar frente a demandas por uso de nome social e banheiro?”, “quais seriam as boas práticas para atendimento em consultório?” são questões importantes, mas não fornecem justificativa alguma para a manutenção de um quadro diagnóstico, uma vez que nenhuma prática diagnóstica é capaz de responder a estas questões. É o que demonstra Sam Winter (2017), reconhecido expoente no campo dos estudos trans, ao situar que a justificativa “o diagnóstico vem para ajudar as crianças” não se sustenta quando analisamos experiências transdissidentes.

6.1. Nesse sentido, crianças podem ter dificuldades para enfrentar o divórcio dos pais, mas isso não traria amparo para um “diagnóstico matrimonial”. Crianças podem experimentar níveis de ansiedade ao pensar sobre qual formação profissional terão no futuro, mas isso não comprovaria um “distúrbio trabalhista”. Crianças podem querer sempre tirar as melhores notas da sala, mas isso não comprovaria uma “síndrome da aspiração educacional”. Crianças, sobretudo negras, podem sentir como se viessem a ser mais amadas e ouvidas caso fossem brancas, mas isso não legitimaria um “transtorno racial”.³⁶

6.2. Consideramos importante indagar a crença de que crianças que interpelam o gênero que lhes foi atribuído seriam psicologicamente danificadas. Tais crenças instituem uma noção de prejuízo às crianças trans, seja no âmbito individual, coletivo e/ou social. No entanto, quando o cuidado à saúde é produzido para além de crenças patologizantes, a ideia de prejuízo não se faz presente nem necessária.

6.3. Ao tomarem questões legítimas, tais como “a necessidade de que algo seja feito institucionalmente por essas crianças”, setores da saúde guiados pela psicopatologia têm atuado para reforçar as causas do problema, e não atacá-las. O que se pode inferir é que a patologização das identidades trans não está descolada de um regime atual que medicaliza toda vida para além da cisnormatividade.³⁷

6.4. Aliada ao argumento de que o diagnóstico existe porque essas crianças sofrem, encontra-se uma alegação benevolente, expressa na defesa de que é “importante

³⁶ Winter, 2017.

³⁷ Oliveira, 2015.

diagnosticar” para que serviços de saúde pública ofereçam serviços adequados.³⁸ Como no Brasil, por exemplo, muito se afirma ser necessário um código da Classificação Internacional de Doenças para justificar a assistência do Estado. É nesse contexto que surge um nó acerca de como a sociedade e o Estado irão lidar com os processos e estruturas produtoras de sofrimento: cuidar dos danos, sem necessariamente se implicar nas causas que fortalecem a atmosfera antitrans, ou cuidar dos danos atuando nas causas.

6.5. Setores da saúde são, evidentemente, interpelados por famílias, abrigos, escolas, e necessitam lhes apresentar respostas. A questão, entretanto, não é “fazer ou não fazer”, e sim o “como”. Argumentamos ser possível fazer sem diagnosticar, sem prescrever roteiros fixos, pré-estabelecidos e homogeneizantes, sem deslegitimar a diversidade das experiências de crianças e sem situá-las como um *lócus* de ansiedade adulta. Setores da saúde podem escutar, informar, articular-se com outras políticas públicas, criar mecanismos de enfrentamento à transfobia, por exemplo.

6.6. Buscando amparo em posições assumidas por entidades internacionalmente reconhecidas, como a GATE (*Global Action for Trans Equality*) e a já citada WPATH, além da campanha STP (*Stop Trans Pathologization*), consideramos o “diagnóstico de gênero”, associado à infância e à adolescência, uma forma de aumentar a distância entre jovens e crianças trans e os serviços de saúde, restringindo o acesso amplo e universal previsto na Constituição Federal e na própria estrutura do SUS. Em contrapartida, observamos a oferta de poucos espaços, de difícil acesso, que ainda atuam em caráter de pesquisa.

6.7. É comum que pessoas trans sintam que suas necessidades gerais de saúde não são atendidas³⁹. A dificuldade histórica em acessar serviços de saúde não será enfrentada com o fortalecimento do estigma de enfermidade, justamente um dos elementos centrais que tanto afastam tais sujeitos do cuidado.

6.8. As identidades trans e travestis não são de domínio da saúde e estão relacionadas à dimensão dos direitos humanos⁴⁰. Nesse cenário, as proposições dos transfeminismos contribuem com possibilidades de cuidado e relações interpessoais e profissionais para além do que as proposições psicopatológicas trazem.

6.9. Profissionais de saúde devem se interessar mais ativamente pelas demandas e pautas dos movimentos sociais, e não buscar um “núcleo de gênero” supostamente localizado

³⁸ Essa é uma proposta analisada exaustivamente nos trabalhos de pesquisadoras como Berenice Bento (2006), Márcia Arán (2006), Tatiana Lionço (2009), Daniela Murta (2011) e Flávia Teixeira (2012), que, respeitadas as diferenças, apontam como se presume, a priori, certa “derrota” frente a como o Sistema Único de Saúde é delimitado no Brasil.

³⁹ Drescher, Cohen-Kettenis e Winter, 2012.

⁴⁰ Alves e Jesus, 2012; Vergueiro, 2015; Bagagli e Vieira, 2018.

na dimensão mais íntima dos sujeitos.⁴¹ As tentativas de tornar essa questão algo do “mundo interno e subjetivo” fazem com que entendamos tanto a ciência quanto o gênero como processos a-históricos e apolíticos.

6.10. A substituição da transgeneridade da seção “F” de transtornos da personalidade (CID-10), para o capítulo sobre “Condições relacionadas à saúde sexual” (CID-11), permite criar uma alternativa que melhor atenda às demandas de pessoas trans, mas não é o bastante frente ao desafio da despatologização do gênero e das identidades trans.

Atualmente, observamos com preocupação a ausência de dados sobre a realidade social da comunidade trans. Até o presente momento, não há literatura significativa que discuta como crianças trans constroem culturas infantis, como orientam e desorientam os significados do gênero, de que forma interpelam as instituições e o que nós, adultos, podemos fazer para que elas caminhem pelos anos sem tantos assédios, violências e silenciamentos.

7. ALIANÇAS ENTRE FAMÍLIA E ESCOLA

O diagnóstico parece conceder à família uma espécie de salvo-conduto frente a acusações levianas de maus tratos, influência negativa, transição forçada e/ou alta permissividade em relação às crianças trans. Amparadas por um documento que ateste a criança como portadora de um “distúrbio trans”, familiares podem voltar a ser reconhecidos como parte do grupo escolar e da comunidade. São, entretanto, supostos “ganhos” secundários⁴² e também manobras arriscadas, uma vez que não se deve associar a luta pela cidadania de grupos minoritários a *expertises* que já se mostraram danosas ao longo da história.

7.1. Embora pais e mães de crianças trans sofram acusações que questionem a legitimidade do exercício de suas paternidades e maternidades, *diagnosticar* as crianças trans não deveria ser uma estratégia para sofrer menos com os impactos da violência antitrans. Desencorajamos que áreas da saúde se engajem ainda mais com teorias e práticas

⁴¹ Berlant e Warner, 1998.

⁴² American Psychological Association, 2015.

cisnormativas,⁴³ a dizer, aquelas que expõem pessoas trans a dinâmicas de discriminação, perseguição e desconforto.

7.2. Pais, mães e demais cuidadores devem ser reconhecidos independentemente do enquadramento biomédico que os “protege” da mesma discriminação científica conduzida pelo enquadramento biomédico que promete protegê-los. A solução diante desse paradoxo não é um escudo diagnóstico, mas sim que haja mais garantias jurídicas, culturais e institucionais para suas expressões e identidades.

7.3. Escolas devem, por exemplo, adotar medidas e políticas para eliminar o *bullying* e o comportamento discriminatório que impedem crianças trans de participar de esportes, usar determinado banheiro ou uniforme.⁴⁴ O argumento antitrans é de que esse impedimento visa proteger as demais crianças, situando crianças trans como possíveis alvos, embora se tratem de grupos vulneráveis, que igualmente precisam de proteção. Não há antagonismo entre crianças trans e crianças cis.

7.4. Famílias podem adotar apelidos, termos provisórios, nomes sociais, sem que essas mudanças precisem significar um compromisso imutável com aquela decisão. Profissionais de saúde podem receber crianças usando a forma com que elas se apresentam. Deve-se, de maneira geral, suprimir comentários desagradáveis como “a criança é muito nova para isso”, porque não estão em jogo decisões incontornáveis. O que está em jogo é a não imposição de um gênero a crianças, com pequenos ajustes que as deixem confortáveis para fazer suas experimentações sem que sejam pressionadas.

7.5. Trazemos tal posição porque existe muita dificuldade de que adultos cisgêneros enxerguem crianças trans como sujeitos, colocando-as à mercê da averiguação de profissionais que não tenham acúmulo, prática e/ou convivência com crianças como elas a não ser por meios cisnormativos.⁴⁵ Ou daqueles saberes biomédicos que têm apego à forma de atuar a partir de um ideal patologizante, que enxerga a transgeneridade como algo que precisa de sua interdição e vigilância todo o tempo. Esse contato geralmente ocorre quando crianças trans são objetos de estudos de caso, notícias ou enquadramentos vexatórios, naturalizando o imaginário de que suas experiências se referem a algo nocivo.⁴⁶

7.6. As infâncias devem ser pensadas desde suas idiossincrasias, vivências emocionais, redes de identificação e ambivalências. Cabe destacar que, embora estejamos aqui em uma análise específica sobre o campo, o gênero da criança não deveria ser o principal

⁴³ Ansara e Hegarty, 2014.

⁴⁴ Yogyakarta, 2017.

⁴⁵ Ansara e Hegarty, 2014.

⁴⁶ Muitas são as pesquisas de antropólogos e sociólogos, como Hélio Silva (1993), Neuza de Oliveira (1994) e Don Kulick (1998), que se empenham em mostrar os danos causados pelo estigma atribuído a travestis e transexuais brasileiras, donas de um estatuto social inexistente até o final dos anos 1990. Existiriam, apenas, desde que mediadas por aparecimentos escandalizantes, policiaescos e adoecidos.

tema de sua vida nem a maior preocupação de sua família. Espera-se somente que esse aspecto não desperte a antipatia de membros da comunidade, da escola e das demais áreas em torno da criança.

7.7. Reitera-se a despatologização como um convite à saúde para que possamos refletir criticamente sobre os efeitos de suas divulgações científicas no mundo.⁴⁷ O que significa ampliar os limites corporais e deslocar os modos clássicos de se pensar saúde do homem, saúde da mulher e, sobretudo, saúde das crianças. É necessário ouvir mais e interpretar menos.

7.8. Discursos conservadores associados à inocência infantil são comumente solidários à perpetração de um ideal heterossexual.⁴⁸ O que é entendido como uma “educação compatível” com crianças é fruto do medo superimposto de que, caso deixássemos de viver no registro do binarismo, perderíamos de vista tudo que entendemos por cultura.

7.9. Recomendamos que familiares e cuidadores reconheçam o direito à integridade corporal e mental das crianças, junto ao exercício legítimo da autoatribuição identitária. Frisamos que não estamos falando de cirurgias, hormônios ou modificações corporais, mas da compreensão de que essas identidades são expressões legítimas.⁴⁹

⁴⁷ Spyrou, 2018.

⁴⁸ Robinson, 2012.

⁴⁹ Yogyakarta, 2017.

8. COPRODUZINDO O CUIDADO COM AS CRIANÇAS TRANS

A patologização do gênero se refere a uma rede de valores e crenças que nos fazem considerar insuportável que uma criança não seja “menino” ou “menina”, desde uma compreensão cisgênera. Por essa razão, faz-se necessário aprofundar a definição de despatologização com que estamos operando.

8.1. A despatologização se refere a um posicionamento crítico frente às tecnologias corporais,⁵⁰ e não a uma defesa de que as identidades trans e travestis sejam vistas na qualidade de um “terceiro gênero”.

8.2. O modelo transpatologizante busca integrar crianças trans no binarismo, exigindo “desconforto”, “certeza” e “estabilidade” como principais valores a uma transição. Patologizar é buscar sintomas, memórias e projeções que tragam validade a um gênero (como perguntar a uma menina trans se ela gostaria de ser mãe, por entender “maternidade” e “feminino” como coisas análogas).

8.3. Crianças trans são regularmente atendidas por profissionais das mais diversas áreas que, em geral, não as entendem, respeitam ou lhes apresentam posturas receptivas.⁵¹ Pelo contrário, o que costuma haver é pânico, estímulo à desistência, “terapias reparativas” e a exigência de uma certeza radical frente a intervenções bioquímicas. No entanto, ao invés de buscar uma correspondência “regular” entre crianças trans e manuais diagnósticos, é necessário continuar inventando e acolhendo formas de ser criança.

8.4. Em busca de acessar as sensibilidades e os desejos de crianças, apostamos no cuidado transespecífico enquanto referência para boas práticas, que atestam crianças trans como fontes ricas, polissêmicas e diversas. Recomenda-se mais espaço às variabilidades do desenvolvimento infantil. Ou seja, perguntar menos “*trans, por quê?*” e incentivar mais o “*trans, de que forma?*”.⁵²

⁵⁰ Butler, 1997/2004/2012; Preciado, 2014/2020; Halberstam, 2018.

⁵¹ Suess et al, 2018.

⁵² Hansbury, 2017.

Modelo transpatologizante	Cuidado transespecífico
<p>Reverência tanto da equipe quanto da lógica do serviço à figura do médico psiquiatra.</p> <p>Apagamento do protagonismo da criança, com subsequente legitimação de tutela hiperinflacionária do poder parental.</p> <p>Aposta no binário “menino” e “menina” como formas máximas de compreender e direcionar a infância.</p> <p>Crianças trans são entendidas como desvios, sintomas de algum desinvestimento familiar ou quadro de sofrimento.</p> <p>Escola, família e comunidade instituem discursos rígidos sobre a infância. O cuidado depende de avaliações multidisciplinares, voltadas a responder à pergunta “o que é a criança?”.</p> <p>As práticas são voltadas a prevenir arrependimentos e evitar futuros “enganos” em relação ao gênero.</p> <p>Crianças trans são ensinadas a ser toleradas e a buscar adaptação à sociedade.</p>	<p>Profissionais de saúde são entendidos como alternativas, não como uma efetiva necessidade ou obrigatoriedade.</p> <p>Decisões têm um caráter provisório e são vividas pragmaticamente, sem a necessidade de “confirmar” uma verdade.</p> <p>A infância é entendida como um caminho aberto e não-linear, onde várias formas de experienciar o gênero podem conviver.</p> <p>Crianças trans se sentem validadas e entendem que suas identidades são legítimas, sem serem cerceadas por moralidades científicas e culturais.</p> <p>Escola, família e comunidade buscam aprender com as crianças. O cuidado é construído em comunidade, junto às crianças, buscando inventar infâncias diversas e criativas.</p> <p>As práticas são voltadas a qualificar a relação da criança com o corpo, sem a garantia de fixidez ou certeza.</p> <p>Crianças trans são orientadas a buscar seus pares e a fortalecer suas visões de mundo.</p>

8.5. Por cuidado transespecífico, defendemos que a saúde, seja ela médica, psicológica ou assumida de outra forma, produza estratégias criativas para repelir leis antitrans, a transfobia institucional e o estigma associado a crianças trans.⁵³ A transição, desde essa perspectiva, refere-se a um outro modo de acultramento, não a um adoecimento psíquico. Conseqüentemente, a moral compartilhada que regula nossa noção de corpo passa a ser o problema central, não as demandas individuais. A lição tomada, a partir da

⁵³ Cliffe et al, 2018.

revisão crítica de diversos textos e pesquisas sobre infâncias trans,⁵⁴ leva-nos a pautar que nossas ações estejam menos voltadas para a dimensão dos consultórios, com a predominância de ações individualizantes entre profissional e pessoa atendida, e mais para a vida pública.

8.6. Sair do modelo transpatologizante para o cuidado transespecífico⁵⁵ significa entender que crianças trans são cidadãs merecedoras de autonomia e conhecimento, a dizer, que não devem ser privadas de informações que lhes ajudem a se sentir protegidas de outras crianças e adultos.⁵⁶

8.7. É importante advogar pelo status de cidadania para crianças trans, porque práticas socioculturais e políticas regulatórias que operam em torno de suas infâncias produzem impacto na maneira como elas veem a si mesmas e em como suas escolhas futuras serão percebidas.⁵⁷

8.8. Embora existam diferenças entre adultos e crianças, reconhece-se que crianças intervêm no meio social, repercutem afetos e desassossegam os rumos do desenvolvimento normativo.⁵⁸ Crianças são entidades políticas, sobretudo porque suas ações produzem efeitos no mundo. Tudo isso gera implicações éticas subjetivas para a constituição da juventude, e certamente projeta o que virá a ser entendido como “bom adulto”.⁵⁹

8.9. A demonstração de infâncias trans como desvio ou “demanda médica” se revela arbitrária e discriminatória, sobretudo por carecer de utilidade clínica.⁶⁰ Questionamos a correlação direta que se estabelece entre “ser uma criança que desafia predicados sociais” e a subsequente exposição a mecanismos médicos, jurídicos e pedagógicos de subjetivação.

8.10. As ciências da saúde podem se engajar em práticas não (cis)normativas, nas quais familiares e profissionais de saúde são desencorajados a esperar que crianças sejam “masculinas” ou “femininas”, pois as infâncias são múltiplas e não precisam ser reduzidas a duas únicas posições.

8.11. Estimulamos que adultos envolvidos com esse fenômeno entendam crianças trans em sua integralidade, no que se refere a suas histórias de vida, indagações, receios e

⁵⁴ Kara, 2017; Winter, 2017; Suess, 2020b; Strauss et al, 2022.

⁵⁵ Winter, 2017; Suess, 2020a; Strauss et al, 2022.

⁵⁶ Richardson, 2000.

⁵⁷ Mayo, 2006.

⁵⁸ Spyrou, 2018.

⁵⁹ Mayo, 2006.

⁶⁰ Kara, 2017.

agenciamentos, a dizer, entendam-nas para além de suas identidades.⁶¹

8.12. Torna-se imperativo não guiar encontros e consultas com crianças trans por noções como “macho-para-fêmea”, “criança uterina”, “sexo masculino” e demais expressões de cunho biologizante, consideradas por Ansara e Hegarty (2014) como “discriminações retroativas”. Tais noções se referem a formas de situar a diversidade na qualidade de antinatureza, e recomenda-se serem evitadas, por invocar modelos psicopatológicos e descrever identidades trans e travestis como ameaças. Recomendamos o uso da expressão “sexo designado”, quando absolutamente necessária.

8.13. É preciso combater sentidos proibitivos que se colem a infâncias não (cis)normativas, mas igualmente produzir sentidos positivos que tragam algum grau de otimismo frente à realidade frágil que pleiteiam. Para que suas existências sejam mais do que toleradas e possam ser expansivas e visíveis, caso o desejem. Crianças trans precisam ter seus gêneros entendidos como legítimos, dignos e valiosos, e qualquer protocolo de saúde interessado em recebê-las deve enxergá-las como sujeitos políticos. De outra forma, estaremos assumindo que haveria um desejo oculto de que crianças não fossem trans⁶² - e não seria esse um limite importante para a dimensão do *cuidado*?

8.14. A recepção negativa, por parte de equipes de saúde, a pacientes que apresentam identidades de gênero diversas, deve ser entendida como própria de um escopo mais amplo de hostilidade científica⁶³ - cuja saída só pode ser pensada *com* e não *apesar* de crianças trans.

⁶¹ Ansara e Hegarty, 2014.

⁶² Sedgwick, 1991.

⁶³ Bauer et al, 2009, Ayouch, 2015; Prado, 2018.

9. DESPATOLOGIZAR É DIMINUIR A HOSTILIDADE CIENTÍFICA

Frente a polêmicas e falsas denúncias de que crianças estariam sendo operadas “à força” ou “cedo demais”,⁶⁴ vemos uma oportunidade estratégica para reafirmar alianças com ativismos intersexo, que há anos denunciam, como informam diferentes estudos,⁶⁵ a forma como crianças têm seus corpos violados por decisões super impostas a elas.

9.1. A mutilação de crianças é um tema que exige graus mais elevados de cuidado e ponderação, por isso vemos como contraproducentes as antecipações catastróficas dirigidas a experiências que não são acolhidas pela perspectiva hegemônica da diferença sexual.

9.2. Se crianças trans não acessam serviços cirúrgicos, diagnosticar, então, a serviço do quê? Crianças trans não precisam continuar convivendo com a fantasia de que são “incongruentes” apenas para trazer conformação a familiares ou para que limites da pretensa normalidade infantil sejam preservados.⁶⁶ A população trans, especialmente crianças e jovens, precisa ser alvo de políticas públicas (também na educação, na cultura; não apenas na saúde) e de outras iniciativas voltadas a validar suas experiências, entendidas como legítimas a partir do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) - lei que não faz qualquer distinção entre crianças cis e trans.

9.3. Tudo o que vier a trazer prejuízos à saúde de tais infâncias pode ser assistido sem que haja a inevitabilidade de um diagnóstico ligado ao seu gênero. Escuta-se e trata-se o sujeito, não a classificação que este porta.⁶⁷ A ênfase dessa premissa é justamente ter o sujeito como foco, suas perspectivas, saberes e experiências, enfim, tudo que produz vida sem aprisionamentos.

9.4. O que orientamos que seja feito, caso seja necessário produzir algum documento clínico, é que se aborde a história de vida da criança (como é sua interação com os fenômenos do mundo, os não-humanos, a comunidade, a natureza, as instituições, escola, família, a linguagem, os afetos e a relação consigo mesma), desde uma perspectiva ligada aos direitos humanos.⁶⁸

⁶⁴ Favero e Machado, 2019.

⁶⁵ Machado, 2005; Vieira, 2018; Schiavon, 2020.

⁶⁶ Favero e Machado, 2019.

⁶⁷ Suess, 2020b.

⁶⁸ Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul, 2016.

9.5. De todo modo, entendemos que não existe uma “clínica boa” ou uma “clínica ruim”, mas que o viés clínico sempre exige um conjunto de pressuposições que acabam por classificar, enquadrar e fixar. Frente às exaustivas teorizações, que não foram capazes de criar um novo *status* social para crianças trans, consideramos importante evitar qualquer etiologia da transexualidade. A saída pelos direitos humanos nos soa mais estratégica justamente porque a relação do cuidado não fica restrita à prática clínica, e sim permanece aberta em práticas que são diversas em suas variadas dimensões.

10. CONCLUSÃO

Dentro de um contexto onde o espantinho de uma suposta “ideologia de gênero” se apresenta como ameaça à regra cisheteronormativa, observamos com preocupação as insistentes tentativas, alegadamente não-ideológicas, em cisgenerificar crianças compulsoriamente, impondo que todo e qualquer esforço de assegurar as infâncias trans seja criminalizado, proibido, negado e afastado, respaldando a progressiva institucionalização da transfobia.

10.1. Por meio das recomendações que compõem esta Nota Técnica, defendemos um fazer crítico, onde boas práticas em saúde não se referem a melhores métodos de investigação sobre uma verdade quanto ao gênero, mas à coprodução de novos sentidos sobre o corpo. O que crianças trans podem esperar de uma saúde implicada e engajada com a diferença, afinal, é que esta produza ações coletivas e caminhos mais salubres para o laço social.

10.2. Vemos como crucial uma atualização no que se entende como serviços de saúde, para que estejam compatíveis com necessidades populares, e não reverberem discursos psicopatológicos, que moralizam infâncias em suas matrizes epistêmicas e práticas profissionais.⁶⁹ Crianças trans não precisam acompanhar as rumações adultas sobre *veracidade* ou *artificialidade* de seu gênero, pois são merecedoras de uma infância onde isso não seja uma “questão”.

10.3. Despatologizar é apostar menos na tutela ou na compaixão, e mais no poder político e transformativo da saúde. A transfobia deve ser enfrentada na sua dimensão civil, política, econômica e cultural. Por isso, devem ser levadas em consideração as

⁶⁹ Mattos e Cidade, 2016.

implicações humanitárias do ato de promover avaliações clínicas generalistas frente à diversidade sexual e de gênero.⁷⁰

10.4. Sempre que for necessário falar sobre transexualidades, travestilidades e transgeneridades, profissionais e familiares precisam ter em mente que essas experiências facilmente são ligadas a pressupostos de “agonia”, “padecimento” e “inadequação”. Reconhecer isso nos convida a um exercício analítico em relação à maneira com que nos relacionamos com a diversidade, para evitar dar como “garantido” e “superado” o estigma de enfermidade acompanhado pelo diagnóstico. Ou ainda, para evitar fomentar o imaginário de que a diversidade é um “gênero raro” - ela é um posicionamento crítico, não um adensamento do/no problema.

10.5. Crianças têm direito a exercer gêneros e sexualidades distintos daqueles que são socialmente esperados.⁷¹ Devem ter acesso a um ambiente familiar onde seja possível a transição social. Devem ser convidadas a participar do processo de escolha de suas roupas, bem como sobre o modo como gostariam de ser chamadas. Resumidamente, devem ter direito à participação nas decisões que afetam suas vidas: o reconhecimento da *condição de sujeito* é uma bandeira central no pensamento transfeminista.

10.6 A relação entre cuidado e crianças trans é recente, e precisa ser fortalecida, sobretudo, à luz da luta histórica pelo fim da patologização.

⁷⁰ Yogyakarta, 2017.

⁷¹ CIDH, 2020.

11. RECOMENDAÇÕES

Diante do exposto, recomenda-se:

I. Mapear e produzir dados sobre as infâncias trans e travestis no Brasil.

Com destinação de recursos específicos para que sejam realizados levantamentos que versem sobre raça, etnia, classe, sexualidade, regionalidade e outros marcadores sociais, em busca de incentivar a formulação de políticas e demais iniciativas, tanto estatais quanto privadas, que estejam orientadas à promoção de uma cidadania integral, e não apenas nosológica.

II. Criar, destinar e/ou aumentar o financiamento de serviços públicos para crianças trans.

Espera-se que tais serviços não tenham caráter somente experimental, voltado à pesquisa, e que seja ampliada a rede de oferta em todos os estados, sendo contratados profissionais trans, revendo não apenas o quadro de funcionários, mas também os valores e as direções do serviço, com formação crítica e permanente. Não se deseja somente o acesso ou a contratação, deseja-se também participar de maneira democrática da construção do pensamento científico e do controle social.

III. Aprender e se interessar ativamente por outros letramentos coproduzidos com crianças trans.⁷²

Fortaleça as visões de mundo das

crianças trans e permita que o modo como entendem o corpo também gere mudanças no mundo adulto, sobretudo nos paradigmas ligados à maturação humana. Crianças não são mais saudáveis só porque são “meninos cis” ou “meninas cis”,⁷³ de acordo com essa estrita leitura sobre a fisiologia.

IV. Desconfiar e colocar em suspenso algumas coisas que se lê.

A integridade mental, corporal e a experimentação de gênero são direitos humanos.⁷⁴ Ao invés de perguntar “o que faz com que a criança seja trans?”, considere compreender formas de ser trans. Apostar em experiências onde a transição também possa ser vivida sem grandes elucubrações. É uma criança, divirtam-se. Esse é um momento oportuno para resgatar o brincar e o lúdico em direção à impermanência.

V. Produzir e encontrar algum sentido diante dessa nova realidade.

Qual é o limite do cuidado quando se cuida reprovando, impondo ou gerando sofrimento? Não haveria tanto rechaço à transição se não tivéssemos inúmeros discursos que dão suporte a essa rejeição. Sem algum nível de satisfação em conviver com uma criança trans, pode ser que a transição seja vivida como um fracasso e

⁷² Cunha, 2021.

⁷³ Kara, 2017.

⁷⁴ Suess, 2020b.

que partes do núcleo familiar, profissional e pedagógico introjetem imagens e gramáticas antitrans como sinônimo do que se entende por infância. Não é indicado que crianças trans sintam como se elas fossem um estorvo.

VI. Escutar mais e intervir menos.⁷⁵

A criança não está doente porque sua identidade de gênero não corresponde ao sexo que lhe foi atribuído no nascimento. Isso será vivido como um problema apenas caso assim seja decidido, por isso se mantenha disponível e solidário.⁷⁶ Jovens que transicionam com apoio dos pais têm uma rede melhor, e sentem mais segurança do que jovens que transicionam por conta própria.⁷⁷ Desabafe com amigos, faça supervisão, terapia ou busque apoio com outros responsáveis. Existem atualmente algumas entidades de pais e responsáveis, como *Mães pela Diversidade* e *Mães da Resistência*, *Mães do Arco-Íris*, *Mães da Liberdade*, *ONG Minha Criança Trans* que, em diálogo com movimentos trans, podem se revelar muito mais úteis do que um carimbo de profissionais de saúde.

VII. Responder dúvidas e informar às crianças dos desdobramentos de suas escolhas.

A métrica “cedo demais para saber disso” pode existir em algum momento, mas não precisa ser uma constante. É melhor que as crianças enxerguem pais, mães, responsáveis, professores e

profissionais de saúde como aliados, do que como antagonistas ou opressores de sua identidade. Atue a favor da criação de um espaço emocional defensor da capacidade de errar, se contradizer e ter dúvidas, e até de, quem sabe, re-elaborar-se como pessoa. Não espere coerência o tempo todo. Tudo é novo para você e para a criança também: o gênero é cheio de contradições.⁷⁸

VIII. Conversar com as escolas para que adotem posturas anti-discriminação e anti-bullying.

Diversidade é um tema que atravessa todo e qualquer debate, espere que possibilitem ampliar as escolhas e as opções de banheiro, de uniforme e instalações para dormir ou outras segregadas por gênero. Acompanhando tais alternativas, o nome e os pronomes devem respeitar o desejo expresso da criança.⁷⁹ Não estimule que estudantes trans permaneçam em escolas que não tomem questões de gênero e sexualidade como temas que precisam ser debatidos. É preciso que as Secretarias Municipais e Estaduais de Educação, bem como o Ministério da Educação, se posicionem firmemente pelo direito dos estudantes trans ao uso do nome social e ao banheiro de acordo com o gênero com o qual se identificam nos ambientes escolares.

⁷⁵ Prado, 2018.

⁷⁶ Riley et al, 2012.

⁷⁷ Strauss et al, 2017.

⁷⁸ Ansara e Hegarty, 2014.

⁷⁹ Murta, 2011.

IX. Estudar e ler outras pessoas trans, para evitar um excesso de especulação.

Assim como os currículos escolares, as grades dos cursos superiores precisam inserir discussões sobre corpos e subjetividades trans,⁸⁰ para que profissionais de saúde não permaneçam tão alheios a um grupo que tem elaborado exaustivas denúncias sobre arbitrariedades clínicas ao longo do tempo.⁸¹

X. Ajudar as crianças a estarem com outras crianças como elas.

Esse é o aspecto central. A melhor forma de estar presente para as crianças é permitindo que elas convivam e (des)construam suas experiências entre pares. Não há linearidade, há o agora. Procure curtir a ausência de certeza. O fracasso de algumas projeções⁸² pode ser doloroso, mas também potente e transformador. Quando o filho se torna filha, a mãe de um filho passa a ser a mãe de uma filha. Toda transição é coletiva. É preciso desinibir os ouvidos para se relacionar com crianças⁸³ sem tanta hostilidade.

XI. Participar da vida pública.

Crianças trans e seus familiares têm direito à sociabilidade. Orientamos que instituições busquem formas de acolher e respeitar a diversidade sexual e de gênero, incluindo medidas para diminuir discursos de ódio, assédio e violência, estendendo-se a pais, familiares e outras parentalidades que acolhem crianças.⁸⁴

XII. Navegar em direção a uma despatologização crítica, não apenas institucional.

É se comprometer a buscar algo de saudável nas experiências de dissidência. Circule, movimente-se, conviva com pessoas menos cis e menos heterossexuais. Apoie a cena Trans do seu município. Procure saber onde se encontram. A revisão da economia do cuidado também passa pelo fortalecimento de profissionais trans e travestis. Saúde vai além do um-a-um. Despatologizar é importante, ainda.

⁸⁰ Vance et al, 2017.

⁸¹ Favero, 2020.

⁸² Halberstam, 2020.

⁸³ Santiago, 2015.

⁸⁴ Yogyakarta, 2017.

Participaram da construção desta Nota:

Amana Mattos

Professora Associada do Instituto de Psicologia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Coordenadora do DEGENERÁ - Núcleo de Pesquisa e Desconstrução de Gêneros.

Bruna Benevides

Secretária de articulação política da Associação Nacional de Travestis e Transexuais (ANTRA). Coordenadora do Pré-vestibular Social PreparaNem (Niterói), Coordenadora Adjunta da Clínica Jurídica da UFF, autora da pesquisa "Dossiê: Assassinatos e violências contra travestis e transexuais brasileiras", publicada anualmente desde 2017.

Camillo de Sousa Miranda Carvalho Lima

Médico pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA). Psiquiatra pela residência do SES-SP através do Hospital Geral de Carapicuíba. Psiquiatra do Núcleo de Cuidados a Pessoas Trans e Travestis do município de Taboão da Serra-SP.

Emilly Mel Fernandes De Souza

Coordenadora do Fundo Positivo, integrante da Comissão de Direitos Humanos (CFP) e mestra em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).

Marco Aurélio Máximo Prado

Coordenador do Núcleo de Direitos Humanos e Cidadania LGBTQ+ (NUH), professor de psicologia na Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

Keila Simpson

Doutora Honoris Causa pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Presidenta da Associação Nacional de Travestis e Transexuais (ANTRA).

Sofia Favero

Integrante da Associação e Movimento Sergipano de Transexuais e Travestis (AMOSERTRANS), mestra em Psicologia Social e Institucional pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

Tatiane Miranda

Pediatra. Mestra em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Atua no ambulatório de Acolhimento em Diversidade de Gênero para crianças e adolescentes do Hospital João Paulo II/FHEMIG.

Viviane Vergueiro

Integrante dos coletivos de Trans pra Frente, LABTRANS (UFRB) e ODARA (IFRJ), mestra em Cultura e Sociedade pela Universidade Federal da Bahia (UFBA).

Arte visual, revisão e Design:

Marina Luísa Almeida

Ilustração para a Capa

Viviana de Paula Corrêa

Responsável pela revisão ortográfica

Raykka Rica

Design Gráfico e Diagramação

12. REFERÊNCIAS

- Alves, Hailey Kaas; Jesus, Jaqueline Gomes de. (2012). “Feminismo transgênero e movimentos de mulheres transexuais”. *Revista Cronos*, Natal, 11(2), 8-19. <https://periodicos.ufrn.br/cronos/article/view/2150>
- American Psychological Association. (2015). Guidelines for psychological practice with transgender and gender nonconforming people. *Am Psychol*. Dec;70(9): 832-64. <https://doi.org/10.1037/a0039906>
- Ansara, YGavriel; Hegarty, Peter. (2014). Methodologies of misgendering: Recommendations for reducing cisgenderism in psychological research. *Feminism & Psychology*, 24(2), 259–270. <https://doi.org/10.1177/0959353514526217>
- Antra. (2020). Nota de repúdio da ANTRA à atividade “epidemia trans”. Keila Simpson. *Associação Nacional de Travestis e Transexuais*. <https://antrabrasil.org/2020/03/04/nota-de-repudio-da-antra-a-atividade-intitulada-epidemia-trans/>
- Arán, Márcia. (2006). A transexualidade e a gramática normativa do sistema sexo-gênero. *Ágora: Estudos Em Teoria Psicanalítica*, 9(1), 49–63. <https://doi.org/10.1590/S1516-14982006000100004>
- Ayouch, Thamy. (2015). Da transexualidade às transidentidades: psicanálise e gêneros plurais. *Percurso*, 54(1), 23-32. <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01498414/document>
- Bagagli, Beatriz; Vieira, Helena. (2018). “Transfeminismo”. In: Hollanda, Heloisa Buarque de (Org.). *Explosão feminista*. São Paulo: Companhia das Letras, 343-378.
- Bauer, Greta et al. (2009). ‘I Don’t Think This Is Theoretical; This Is Our Lives’: How Erasure Impacts Health Care for Transgender People. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 20(5), 348 – 361. <https://doi.org/10.1016/j.jana.2009.07.004>
- Bento, Berenice. (2006). *A Reinvenção do Corpo: sexualidade e gênero na experiência transexual*. Rio de Janeiro, Garamond.
- Bento, Berenice; Pelúcio, Larissa. (2012). Despatologização do gênero: a politização das identidades abjetas. *Revista Estudos Feministas*, 20(2), 569–581. <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2012000200017>
- Berlant, Lauren; Warner, Michael. (1998). “Sex in Public.” *Critical Inquiry*. 24(2), 547–66. <http://www.jstor.org/stable/1344178>

Butler, Judith. (1997). *The Psychic Life of Power: theories in Subjection* Stanford, Stanford University Press.

Butler, Judith. (2004). Undiagnosing Gender. In: Butler, Judith. *Undoing Gender*. New York: Routledge, 74-101.

Butler, Judith. (2012). *Problemas de Gênero: Feminismo e subversão da identidade*. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira.

Cliffe, Charlotte; Hillyard, Miriam; Joseph, Albert; Majeed, Azeem. (2017). The transgender patient in primary care: Practical advice for a 10-minute consultation. *BJGP Open*, 1(4). <https://doi.org/10.3399/bjgpopen17X101169>

Comissão Interamericana de Direitos Humanos. (2020). Informe sobre personas trans y de género diverso y sus derechos económicos, sociales, culturales y ambientales. *Special Rapporteurship on Unit Economic, Social, Cultural and Environmental Rights*.

Conselho Federal de Medicina. (2019). Resolução nº 2.265 - Dispõe sobre o cuidado específico à pessoa com incongruência de gênero ou transgênero e revoga a Resolução CFM nº 1.955/2010. *Diário Oficial da União*. <https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-n-2.265-de-20-de-setembro-de-2019-237203294>

Conselho Federal de Psicologia. (2015). Recomendações de práticas não medicalizantes para profissionais e serviços de educação e saúde. Grupo de Trabalho Educação e Saúde do Fórum sobre Medicalização da Educação e Saúde. https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2015/06/CFP_CartilhaMedicalizacao_web-16.06.15.pdf

Conselho Federal de Psicologia. (2018). Resolução nº 01 de 2018 - Estabelece normas de atuação para as psicólogas e os psicólogos em relação às pessoas transexuais e travestis. <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/01/Resolu%C3%A7%C3%A3o-CFP-01-2018.pdf>

Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul. (2016). Nota Técnica do CRPRS acerca da produção de documentos psicológicos em situações de alteração/adequação de nome no registro civil e de procedimentos de modificação corporal de pessoas transexuais e travestis. *CRPRS*. <https://www.crprs.org.br/upload/others/file/6c19186c57ef302582397d32f69db5f4.pdf>

Cunha, Eduardo Leal. (2021). *O que aprender com as transidentidades: psicanálise, gênero e política*. Porto Alegre: Criação Humana.

Drescher, Jack, Cohen-Kettenis, Peggy, Winter, Sam. (2012). Minding the body: situating gender identity diagnoses in the ICD-11. *Int Rev Psychiatry*. 24, 568-77. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23244612/>

Ehrensaft, Diane. (2016). *The gender creative child: pathways for nurturing and supporting children who live outside gender boxes*. New York: The Experiment.

Favero, Sofia; Machado, Paula. (2019). Diagnósticos benevolentes na infância: crianças trans e a suposta necessidade de um tratamento precoce. *Revista Docência e Cibercultura.*, Rio de Janeiro, 3, 102-126. <https://doi.org/10.12957/redoc.2019.40481>

Favero, Sofia. (2020). *Pajubá-terapia: ensaios sobre a cisnorma*. Editora Nemesis: Porto Alegre.

Folha de São Paulo. (2023). O Brasil tem um novo projeto de lei antitrans por dia, e 'efeito Nikolas' preocupa. Avelar, Dani. *Jornal Folha de SP*. https://www1.folha.uol.com.br/poder/2023/03/brasil-tem-um-novo-projeto-de-lei-antitrans-por-dia-e-efeito-nikolas-preocupa.shtml?utm_source=twitter&utm_medium=social&utm_campaign=twfolha

Friedman, Richard. (1988). *Male Homosexuality: A Contemporary Psychoanalytic Perspective*. New Haven: Yale University Press.

Friedrich, Cassy; Filipelli, Alex. (2019). The transgender lens is underrepresented and overlooked in transgender health research to the detriment of the population it seeks to serve. In the *Journal of Women's Health*. 28(2):111. <https://doi.org/10.1089/jwh.2018.7646>

Halberstam, Jack. (2018). *Trans*: A Quick and Quirky Account of Gender Variability*. University of California Press.

Halberstam, Jack. (2020). *A arte queer do fracasso*. Libanio, Bhuvi. Recife: Cepe.

Hansbury, Griffin. (2017). Unthinkable Anxieties: Reading Transphobic Countertransferences in a Century of Psychoanalytic Writing. *TSQ*. 4 (3-4): 384-404. <https://doi.org/10.1215/23289252-4189883>

Kara, Sheherezade. (2017). *Gender is not an illness*. How pathologizing trans people violates international human rights law. GATE.

Kulick, Don. (1998). *Travesti: sex, gender and culture among Brazilian transgendered prostitutes*. Chicago, The University of Chicago Press.

Leite Jr, Jorge. (2011). *Nossos corpos também mudam: a invenção das categorias "travesti" e "transexual" no discurso científico*. São Paulo: Annablume.

Lionço, Tatiana. (2009). Atenção integral à saúde e diversidade sexual no Processo Transexualizador do SUS: avanços, impasses, desafios. *Physis: Revista De Saúde Coletiva*, 19(1), 43-63. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312009000100004>

Lobato, Maria, Saadeh, Alexandre; Cordeiro, Desiree. *et al.* (2017). Gender Incongruence of Childhood Diagnosis and Its Impact on Brazilian Healthcare Access. *Arch Sex Behav* 46, 2511. <https://doi.org/10.1007/s10508-016-0864-6>

Machado, Paula Sandrine. (2005). O sexo dos anjos: um olhar sobre a anatomia e a produção do sexo (como se fosse) natural. *cadernos pagu*, 24, 249-281. <https://doi.org/10.1590/S0104-83332005000100012>

Mattos, Amana Rocha; Cidade, Maria Luiza Rovaris. (2016). Para pensar a cisheteronormatividade na psicologia: lições tomadas do transfeminismo. *Rev. Periódicus*. 1(5), 132-153. <https://doi.org/10.9771/peri.v1i5.17181>

Mayo, Cris. (2006) 'Pushing the limits of liberalism: Queerness, children and the future'. *Educational Theory*, 56(4): 469-87. <https://doi.org/10.1111/j.1741-5446.2006.00239.x>

Murta, Daniela. (2011). Os desafios da despatologização da transexualidade: reflexões sobre a assistência a transexuais no Brasil. *Tese* (Doutorado em Ciências Humanas e Saúde; Epidemiologia; Política, Planejamento e Administração em Saúde; Administra) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

Oliveira, Neuza Maria de. (1994). *Damas de paus: o jogo aberto dos travestis no espelho da mulher*. Salvador, Centro Editorial e Didático da UFBA.

Oliveira, André Guerreiro. (2015). "Somos quem podemos ser": os homens (trans) brasileiros e o discurso pela (des)patologização da transexualidade". *Dissertação* (Mestrado em Ciências Sociais), Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal.

Prado, Marco. (2018). *Ambulare*. Belo Horizonte (MG): PPGCOM UFMG.

Preciado, Paul. (2014). *Manifesto contrassexual*. Tradução de Maria Paula Gurgel Ribeiro. São Paulo: n-1 edições.

Preciado, Paul. (2020). *Yo soy el monstruo que os habla: informe para una academia de psicoanalistas*. Editorial Anagrama.

Richardson, Diane. (2000). Constructing sexual citizenship: theorizing sexual rights. *Critical Social Policy*, 20(1), 105-135. <https://doi.org/10.1177/026101830002000105>

Riley, Elizabeth; Clemson, Lindy; Sitharthan, Gomathi; Diamond, Milton. (2012). Surviving a gender-variant childhood: the views of transgender adults on the needs of gender-variant children and their parents. *J Sex Marital Ther.* 2013;39(3):241-63. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2011.628439>

Robinson, Kerry. (2012). *Inocência, conhecimento e construção da infância: A natureza contraditória da sexualidade e a censura na vida das crianças*. Londres, Reino Unido: Routledge.

Romijnders, Kim; Wilkerson, Michael; Crutzen, Rik; Kok, Gerko; Bauldry, Jessica; Lawler, Sylvia. (2017). Strengthening social ties to increase confidence and self-esteem among sexual and gender minority youth. *Health Promotion Practice*, 18(3), 341-347. <https://www.jstor.org/stable/26746877>

Russell, Stephen; Pollitt, Amanda; Li, Gu; Grossman, Arnold. (2018). Chosen Name Use Is Linked to Reduced Depressive Symptoms, Suicidal Ideation, and Suicidal Behavior Among Transgender Youth. *J Adolesc Health*. 63(4): 503-505. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2018.02.003>

Santiago, Flávio. (2015). Gritos sem palavras: resistências das crianças pequenininhas negras frente ao racismo. *Educação Em Revista*, 31(2), 129-153. <https://doi.org/10.1590/0102-4698132765>

Schiavon, Amanda. (2020). Legislando infâncias: coprodução da criança intersexo enquanto sujeito de direitos. *Dissertação* (Mestrado em Psicologia Social e Institucional) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

Sedgwick, Eve Kosofsky. (1991). "How to Bring Your Kids up Gay." *Social Text*: 18-27. <https://doi.org/10.2307/466296>

Silva, Hélio. (1993). *Travesti, a Invenção do Feminino*. Rio de Janeiro, Relume-Dumará, ISER.

Spyrou, Spyros. (2018). *Disclosing Childhoods: Research and Knowledge Production for a Critical Childhood Studies*. Editora Palgrave MacMillan.

Stoller, Robert. (1968). *Sex and gender: The development of masculinity and femininity*. London: Ed. Maresfield Library.

Strauss, Penelope; Cook, Angus, Winter, Sam; Watson, Vanessa; Wright Toussaint, Dani; Lin, Ashleigh. (2017). *Trans Pathways: the mental health experiences and care pathways of trans young people*. Summary of results. Telethon Kids Institute, Perth, Australia.

Strauss, Penelope; Winter, Sam; Waters, Zoe; Wright Toussaint, Dani; Watson, Vanessa; Lin, Ashleigh. (2022). Perspectives of trans and gender diverse young people accessing primary care and gender-affirming medical services: Findings from Trans Pathways. *International Journal of Transgender Health*, 23(3), 295-307. <https://doi.org/10.1080/26895269.2021.1884925>

Suess, Amets; Winter, Sam; Chiam, Zhan; Smiley, Adam; Cabral, Mauro. (2018). Depathologising gender diversity in childhood in the process of ICD revision and reform. *Glob Public Health*. 13, 1585–98. <https://doi.org/10.1080/17441692.2018.1427274>

Suess, Amets. (2020a). La perspectiva de despatologización trans:¿una aportación para enfoques de salud pública y prácticas clínicas en salud mental? *Gaceta Sanitaria*, 34(1), 54-60, ISSN 0213-9111. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.07.002>

Suess, Amets. (2020b). Trans health care from a depathologization and human rights perspective. *Public Health Rev*. 19;41:3. <https://doi.org/10.1186/s40985-020-0118-y>

Stop Trans Pathologization. (2012). *Rede Internacional pela Despatologização Trans*. <https://stp2012.wordpress.com/>

Teixeira, Flávia. (2012). Histórias que não têm era uma vez: as (in)certezas da transexualidade. *Revista Estudos Feministas*, 20(2), 501-512. <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2012000200011>

Tietboehl, Léo, Cavalheiro, Rafael; Kveller, Daniel. (2018). Quem tem medo de crianças queer? Alguns questionamentos às normatividades em psicanálise. *Revista Periódicus*, 1(9), 234-247. <https://doi.org/10.9771/peri.v1i9.25786>

Transgender Europe. (2019). Guidelines to Human Rights-Based Trans-Specific Healthcare. <https://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/PersonasTransDESCA-es.pdf>

Vance, Stanley; Deutsch, Madeline; Rosenthal, Stephen; Buckelew, Sara. (2017). Enhancing pediatric trainees' and students' knowledge in providing care to transgender youth. *The Journal of Adolescent Health*, 60(4), 425-430. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.11.020>

Vieira, Amiel Modesto. (2018). Reflexões sobre corpos dissidentes sob o olhar feminista decolonial-queer. In: Dias, Maria Berenice; Barreto, Fernanda Carvalho Leão. *Intersexo: aspectos jurídicos, internacionais, trabalhistas, registrares, médicos, psicológicos, sociais, culturais*. - São Paulo: Thomson Reuters Brasil, 481-492.

Vergueiro, Viviane. (2015). Por inflexões decoloniais de corpos e identidades de gênero inconformes: uma análise autoetnográfica da cisgeneridade como normatividade. *Dissertação* (Mestrado) - Instituto de Humanidades, Artes e Ciências Professor Milton Santos, Universidade Federal da Bahia, Salvador.

Winter, Sam et al. (2009). Transpeople, Transprejudice and Pathologization: A Seven-Country Factor Analytic Study, *International Journal of Sexual Health*, 21:2, 96-118. <https://doi.org/10.1080/19317610902922537>

Winter, Sam. (2017). Gender trouble: The World Health Organization, the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD)-11 and the trans kids. *Sex Health*. 14(5), 423-430. <https://doi.org/10.1071/SH17086>

WPATH. (2022). Associação Mundial Profissional para a Saúde Transgênero. *Normas de atenção à saúde das pessoas trans e com variabilidade de gênero*. <https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2100644>

Yogyakarta Principles. (2017). *Additional principles and state obligations on the application of international human rights law in relation to sexual orientation, gender identity, gender expression and sex characteristics to complement the yogyakarta principles*. Geneva. http://yogyakartaprinciples.org/wp-content/uploads/2017/11/A5_yogyakartaWEB-2.pdf

