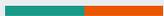


Uma abordagem a partir do ciclo de vida para considerar a experiência biossocial das pessoas trans; parentesco e autonomia



ALGUNS PRESSUPOSTOS

- a progressão no ciclo de vida: parentesco e autonomia
- o que é ser trans? trânsito de gênero e trânsito social
- gênero como categoria de análise sobre os processos normativos
- proeminência da norma cisHT: um fato e um ideal
- a incidência dos poderes hegemônicos em relação ao ciclo de vida

O debate nature X nurture: "como criar seus filhos para serem gays?" Breve histórico da normalização da homossexualidade e redimensionamento das margens



EVE SEDGWICK, 1993

HOW TO BRING YOUR KIDS UP GAY: THE WAR ON EFFEMINATE BOYS

1989 - relatório sobre suicídio infantil (crianças e adolescentes)

110 páginas, com seção para jovens gays e lésbicas

2 ou 3 vezes maior probabilidade de suicídio entre jovens gays e lésbicas
> ambiente hostil e condenatório, abuso verbal e físico, rejeição e isolamento de familiares e pares

conclusão do relatório: prevenir a discriminação de jovens por critério de orientação sexual

questão do artigo: como funciona a psicanálise e a psiquiatria nos EUA
marco da despatologização da homossexualidade em 1973 (retirada no DSM-III)

O debate nature X nurture: "como criar seus filhos para serem gays?" Breve histórico da normalização da homossexualidade e redimensionamento das margens



EVE SEDGWICK, 1993

HOW TO BRING YOUR KIDS UP GAY: THE WAR ON EFFEMINATE BOYS

crítica à separação - Sexualidade X Core Gender Identity
(renaturalização do gênero)

nota 10, pg 158 - "sexo cerebral"

crítica da abordagem da "psicologia do Ego"
narrativa desenvolvimentalista sobre a *consolidação* progressiva do Self

reforço da designação de gênero na psiquiatria da aceitação gay

os livros e estratégias terapêuticas discutidos não são sobre a "violência invasiva" heterossexual, mas sobre uma certa frustração em relação à expectativa de um "resultado não-gay" no contexto do desenvolvimento subjetivo

LINHA DO TEMPO – SAÚDE TRANS

1997 – Resolução n. 1.482 (CFM)

RECONHECE COMO LEGÍTIMA A CIRURGIA DE TRANSGENITALIZAÇÃO (NEOVAGINA)

2002 – Resolução n. 1.652 (CFM)

RETIRA O CARÁTER EXPERIMENTAL DE PROCEDIMENTOS PARA MULHERES TRANS

2008 – Portaria MS n. 457 e 1.707

INSTITUI O PROCESSO TRANSEXUALIZADOR NO SUS (APENAS MULHERES TRANS)

2010 – Resolução n. 1.955 (CFM)

AMPLIA O ROL DE PRÁTICAS CIRÚRGICAS (EM MULHERES E HOMENS TRANS)

2013 – Portaria MS n. 859

INCLUI SERVIÇO CLÍNICO DE ACOMPANHAMENTO PARA CRIANÇAS (5 ANOS) E BAIXA A IDADE PARA HORMONIOTERAPIA (16 ANOS)

2013 – Portaria MS n. 2.803

AMPLIA O PROCESSO TRANSEXUALIZADOR NO SUS (MULHERES E HOMENS TRANS + TRAVESTIS)

2013 – Parecer n. 3 (CFM)

AUTORIZA BLOQUEIO PUBERAL (TANNER II) E HORMONIOTERAPIA AOS 16 ANOS

2019 – Resolução n. 2.265 (CFM)

REGULAMENTA A PRÁTICA MÉDICA PARA ATENDIMENTO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES

LIMITES DO PROCESSO TRANSEXUALIZADOR



TESE MÁRCIA BRASIL

Buscou-se ouvir: Movimento Social, Judiciário, Gestão MS, Pesquisadores, Técnicos e coordenadores das Unidades de Atenção Especializada

LIMITES:

Surgiu de forma patologizadora/psiquiatrizante

Focada nas cirurgias

Alta especialização/focalização cirúrgica em detrimento da atenção primária/integral

Baixo envolvimento dos estados e municípios na organização e prestação da assistência

Despreparo/desinteresse de gestores e profissionais de saúde com a assistência em nível nacional

Transfobia, em suas diversas manifestações

Régua/escalonamento de prioridades assistenciais

Concentração em apenas cinco dentre os mais de cinquenta hospitais universitários

A formulação e institucionalização da política, de cima para baixo, sem o envolvimento dos estados e municípios - seja por meio de seus conselhos estaduais e municipais de saúde, seja por meio de estímulo/contrapartida financeira direta aos entes subnacionais -, configurou-se num forte elemento de fragilidade do programa, contribuindo para as dificuldades de legitimação/aceitação do processo transexualizador nos âmbitos locais.

LIMITES DO PROCESSO TRANSEXUALIZADOR



TESE MÁRCIA BRASIL

Na medida em que os programas pré-existentes foram alçados à condição de integrantes efetivos de uma política pública sem terem os seus dilemas locais, minimamente enfrentados, os problemas já existentes se avolumaram.

Nacionalização e institucionalização da precariedade que já existia em cada um dos serviços.

**CRIANÇAS E ADOLESCENTES
TRANS E/OU COM
VARIABILIDADE DE GÊNERO**





CRIANÇAS E ADOLESCENTES TRANS E/OU COM VARIABILIDADE DE GÊNERO

infância

- definição etária (ECA): até 12 anos
- etimologia: se refere ao indivíduo que ainda não fala

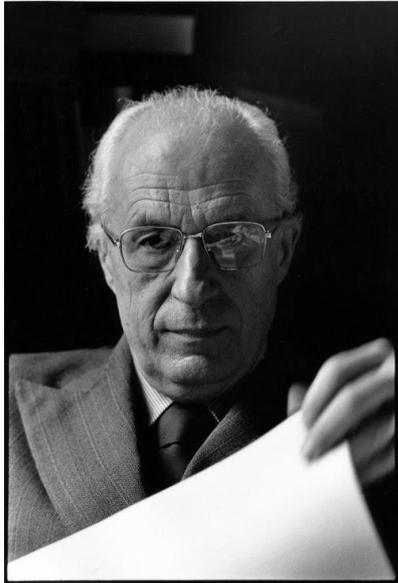
adolescência

- definição etária (ECA): dos 12 aos 18 anos
- etimologia: *adulescens* ou *adolescens* (latim), que significa crescer

IDEIAS/NOÇÕES SOCIAIS

- **crianças:** período de ludicidade e brincadeira; inocência e fragilidade; ausência de preocupações; fase de descobertas e experimentações; “folha em branco”.
- **adolescentes:** período de crise e “rebeldia”; oposição à autoridade; incertezas e mudança radical de opinião; “procura pela identidade”; fase de passagem; hormônios e desenvolvimento corporal.

dimensão histórico-social



Philippe Aries (1878)

INFÂNCIA

Categoria social inventada na modernidade (séc. XIX). Antes disso, crianças tendiam a ser vistas como **adultos em miniatura**.

A "emergência" da infância acompanha: i) reificação do modelo de família nuclear; ii) divisão de papéis de gênero; iii) industrialização das sociedades.

ADOLESCÊNCIA

Vivência possível, como conhecemos, a partir do século XX, após a instauração da ideia de infância.

Aspectos que a dimensiona: i) realidade tecnicista, com maior exigência de formação para mercado de trabalho; ii) moratória social (maior dependência financeira dos pais).

ARTICULAÇÃO ENTRE INFÂNCIA/ADOLESCÊNCIA & GÊNERO

PONTOS DE TENSÃO

- Aceitação social da "incompletude" e do caráter "exploratório" da infância e adolescência, que esbarra nas proibições envolvendo gênero & sexualidade (quando escapam da norma);
- Negação do gênero/sexualidade como tema a ser discutido na infância e adolescência; reforço de normas e expectativas sociais de gênero desde o nascimento (ex. chá revelação).

POLÊMICAS E CONTROVÉRSIAS MORAIS

- Ideologia de gênero: cruzadas morais que opõe direitos sexuais e reprodutivos (ex. educação sexual nas escolas) e defesa da família, associando lutas sociais a certo potencial corruptivo de crianças e adolescentes.
-

**QUAL ESPAÇO EXISTENCIAL POSSÍVEL
PARA A VIVÊNCIA DE CRIANÇAS E
ADOLESCENTES TRANS? E PARA SEUS
FAMILIARES?**





**ASPECTOS EM SAÚDE:
CONCEITOS, ABORDAGENS E
DEBATES ATUAIS**

conceitos



DISFORIA DE GÊNERO (DSM 5)

O sofrimento que pode acompanhar a incongruência entre o gênero experimentado e/ou expresso e o gênero designado de uma pessoa. Embora essa incongruência não cause desconforto em todos os indivíduos, muitos acabam sofrendo se as intervenções físicas desejadas por meio de hormônios e/ou cirurgia não estão disponíveis.

Dois conjuntos principais, sendo: A (**incongruência acentuada entre o gênero experimentado/expresso e o gênero designado** de uma pessoa, com duração de pelo menos seis meses); B (a condição está associada a **sofrimento clinicamente significativo** ou prejuízo no funcionamento social, acadêmico ou em outras áreas importantes da vida).

INCONGRUÊNCIA DE GÊNERO (CID-11)

Gender incongruence is characterised by a marked and persistent incongruence between an individual's experienced gender and the assigned sex. Gender variant behaviour and preferences alone are not a basis for assigning the diagnoses in this group.

(APA, 2013)



Critérios Diagnósticos

Disforia de Gênero em Crianças

302.6 (F64.2)

- 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 ao 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 somente 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 outras áreas importantes da vida do indivíduo.

abordagens para a assistência



"live in your own skin"

Ken Zucker & Susan Bradley (CA)

- identidade de gênero maleável em crianças, o que possibilita alterá-la e evitar procedimentos médicos, estigma/discriminação e sofrimentos;
- intervenção comportamental; reconstrução da dinâmica familiar.
- bloqueio puberal na adolescência, como alternativa ao plano inicial.

"watchful waiting"

Peggy Cohen-Kettenis (NL)

- crianças e adolescentes podem ter identidades de gênero não-cis, mas deve-se esperar até a adolescência para maiores intervenções.
- maior ênfase na observação na infância, transição social, bloqueio puberal (Tanner II) e hormonioterapia cruzada a partir dos 16 anos;

"gender affirmative"

Diane Ehrensaft (EUA)

- crianças e adolescentes podem ter identidades de gênero não-cis e poder expressá-la impacta positivamente os desfechos de saúde mental;
- transição social, bloqueio puberal (Tanner II) e hormonioterapia cruzada;

marcos no contexto brasileiro



práticas

Resolução CFM N. 2.265 (2019)

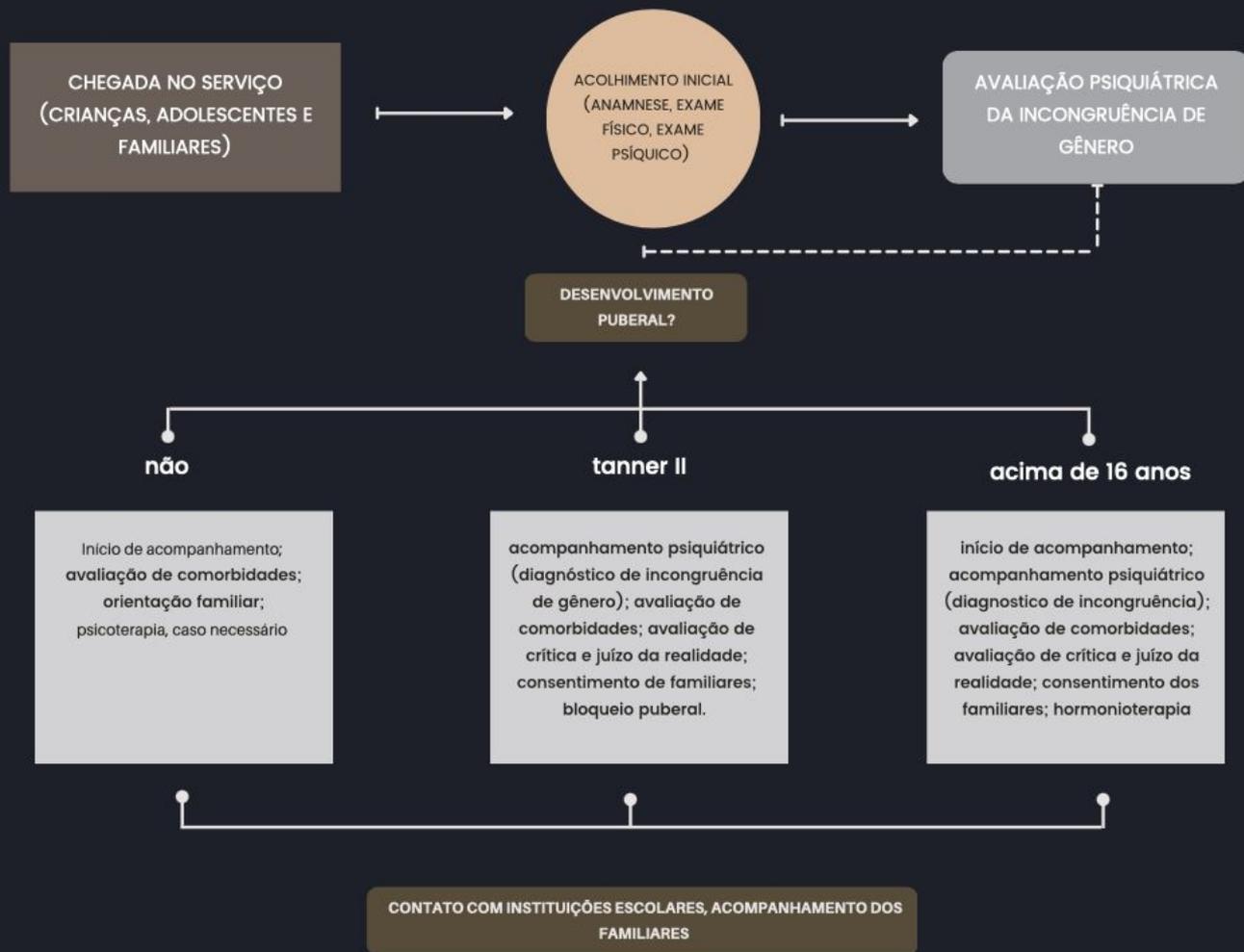
- suporte multiprofissional para familiares, crianças e adolescentes, com destaque para avaliação psiquiátrica para diagnóstico de disforia/incongruência de gênero.
- apoio para transição social na infância, quando permitido pelos familiares;
- bloqueio puberal (Tanner II) e hormonioterapia cruzada (a partir dos 16 anos), sob acompanhamento médico, após confirmação de hipótese diagnóstica e exclusão de comorbidades (saúde mental).

serviços

- Serviços em modalidade ambulatorial (atenção secundária), vinculado a hospitais universitários.
- maior ênfase na observação na infância, transição social, bloqueio puberal (Tanner II) e hormonioterapia cruzada a partir dos 16 anos;
- equipe mínima: pediatra, psiquiatra, endocrinologista, ginecologista, urologista, cirurgião plástico e equipe multidisciplinar (não específica).



PERSPECTIVAS DE FAMILIARES E PROFISSIONAIS DE SAÚDE



chegada no(s) serviço(s)

(Pontes, Nakamura,
Silva, 2020)

crianças menores e alguns adolescentes "chegam" pelo pais.

- relação entre **variabilidade de gênero e crise no exercício de parentalidade** (vínculo social entre projeto de filhos e identidade dos pais);
- quebra da "expectativa" mobiliza procura por respostas, na figura do especialista (psiquiatras e psicólogos);
- familiares: vergonha, medo, "angústia", preocupação e incertezas.

A maioria das crianças que a gente acompanha não são crianças trans... **são crianças trazidas pelos pais por apresentarem um comportamento desviante do que eles têm como norma.** Então, são meninos que gostam de brincadeiras tidas como de menina, meninas que gostam de brincadeiras tidas como de menino, não necessariamente eles têm alguma dúvida em relação a identidade de gênero [...] **é, muitas vezes, uma demanda dos pais de falarem sobre as suas dificuldades.**(Médico psiquiatra [1])

Elas [as crianças e adolescentes atendidos] chegam muito mais através da ansiedade dos pais. O desejo dos pais está completamente colocado aí, tanto na angústia de achar uma resposta, quanto na angústia de não ter uma [...] porque se veio procurar, é porque em alguma coisa está querendo ajudar, está querendo ouvir, está querendo entender. Mas a angústia é muito grande, e principalmente: o nível de ansiedade por uma resposta: 'por favor, me diz o que meu filho é'. (Psicóloga [1])

avaliação feita pelos profissionais

(Pontes, Nakamura,
Silva, 2020)

colocam em dúvida a perspectiva dos familiares para ouvir/observar a criança/adolescente

- perspectiva dos profissionais *versus* a perspectiva dos familiares (critérios diagnósticos *versus* aspectos socioculturais);
- implicações para a prática: necessidade de diferenciar quem são as crianças/adolescentes trans (quais os critérios?)

As crianças elas chegam pelos pais. Mas eu vou te falar a verdade: as crianças que eu mais vejo não são crianças que eu encaixaria no diagnóstico de crianças trans [...] então, muitas crianças que eu recebo, os pais me contam que ela diz que não quer ser menino ou não quer ser menina, mas eu demoro muito para escutar isso, quando eu escuto da criança. Então, eu acho, assim, é isso: existem crianças trans, existem crianças que falam com muita clareza, mas não são a maioria que eu vejo. (Psicóloga [1])

Então, a gente precisa escutar o que essa criança está falando, né? E perceber algumas nuances. Do tipo, uma criança falar 'Ah, eu quero ser uma menina' é diferente de uma criança que chega e fala 'Eu sou uma menina', né? E é a partir disso que a gente pode abrir e ir ampliando o conteúdo desse indivíduo: 'Tá, que menina? Quem é essa menina que você está falando?' [...] Então, falar sobre crianças e adolescentes trans é muito amplo, e a gente tem que ter na cabeça essa ideia da amplitude e da diversidade. (Médico [1])

avaliação feita pelos profissionais

(Pontes, Nakamura,
Silva, 2020)

sofrimento como aspecto central, da perspectiva dos profissionais

- o sofrimento acaba se destacando como um dos aspectos centrais na avaliação que os profissionais fazem das crianças/adolescentes atendidos (disforia & incongruência de gênero).

Questão: sofrimento é [apenas] individual ou também dimensionado socioculturalmente?

Quando tem sofrimento, a gente tem que entender o porquê que está sofrendo. A primeira criança que eu vi [no serviço] foi uma criança que estava deprimida, ela não queria mais ir para a escola, ela queria por um vestido, era uma criança que foi designada menino ao nascer e que se entendia enquanto menina. Ela já tinha dado um nome para ela mesma, ela tinha 4 anos, recém feitos. Os pais já estavam desesperados, porque ela já não queria mais comer de tão deprimida que ela estava. Se uma criança chega nesse ponto, seja por qual motivo for, a gente tem que olhar. (Psicóloga [1])

A gente tem já crianças de 9 anos que já fizeram transição social, que essa é uma disforia de gênero bem mais intensa, então a família já chega com essa criança já feita a transição em alguns espaços, né? Na escola ainda não. Porque viu que o sofrimento estava intenso (Médico [2])

adolescência e demandas relacionadas ao corpo

adolescentes: maior autonomia (relativa)

- maior autonomia relativa, quando comparados com as crianças menores: falam por si mesmos, têm acesso a internet e outros repertórios.
- demandas mais relacionadas ao corpo, dada a intensificação de marcadores corporais (caracteres sexuais secundários) na identificação social do gênero.

Questões: por que a "disforia" aumenta?

[...] quando tem a questão já próxima da puberdade, aí as demandas são mais em questão das intervenções. Então, aumentam os sintomas disfóricos, a família já vem buscando bloqueio, na adolescência uma hormonização. (Médica [3])

[...] essa incongruência de gênero fica mais marcada quanto mais vai se aproximando da adolescência, aí a gente encaminha para a endocrinologia pediátrica, que pensa junto, tanto com a criança e os pais, quanto com as equipes, como é que a gente pode ajudar. (Médico [1])

(Pontes, Nakamura,
Silva, 2020)

diagnóstico: acesso e impasses

diagnóstico, gênero e multiplicidade das experiências

- função dupla do diagnóstico: limitar a experiência, submetendo-a a critérios específicos *versus* proporcionar reconhecimento social.
- dificuldade dos profissionais em colocar em prática certa racionalidade diagnóstica.

[...] muitas vezes, os pais querem respostas muito objetivas, muito exatas: ‘E aí, Doutor, do que você conheceu do meu filho, da minha filha, é uma criança trans? E em sendo, como é que eu lido com isso? Em não sendo, o que que eu tenho que fazer para melhorar?’ E a gente sempre responde que não sabe: ‘Ah, mas meu filho é uma criança trans?’ [...] Então, um pouco é lidar com a angústia dos pais, e os pais têm que lidar com o não saber, e às vezes é difícil para um pai e uma mãe lidar com esse vazio de possibilidades, né? (Médico psiquiatra [1])

Então, quando você chega e fala ‘olha, a gente não tem como garantir para você que seu filho vai ser trans ou não, enfim, ele vai ser o que ele for, agora não dá para saber’, os pais perguntam: ‘então qual é o papel de estar aqui?’. (Médico psiquiatra [2])

(Pontes, Nakamura,
Silva, 2020)

diagnóstico: acesso e impasses

processos decisórios: tensões, controvérsias e responsabilidade

- Afinal, quem pode decidir sobre o corpo da criança/adolescente? familiares e autoridade jurídico-legal & profissionais e a autoridade técnico-científica.
- impossibilidade de prever o futuro e os impasses da tensão entre permanência/mudança, desistência/persistência.

Ah, eu me pego, às vezes, em um vazio, estando em uma ilha, em uma ilha mesmo em relação aos cuidados, eu acho que tem pouquíssimos profissionais [...], e já me peguei muito em dúvida se encaminhava uma criança para bloqueio puberal ou não. (Médico psiquiatra [1])

O que me angustia com a equipe médica é essa questão do tempo: o médico, ele escuta uma demanda, e ele quer ajudar, ele quer que isso acabe, ele quer que esse sofrimento pare de existir. Quanto a nós psicólogos... a questão é, 'tá, tenha calma, esse aqui é o seu espaço, você vai ter esse espaço para fazer isso', não que nada vai ser feito, mas que a gente respeite que as coisas não são assim. Mas é difícil isso, a gente quer por um tempo, a gente entende que é um tempo dolorido (Psicóloga [2])

(Pontes, Nakamura,
Silva, 2020)

síntese de achados na literatura

- TRANSIÇÃO SOCIAL : possibilidade de a criança ter mais espaço para explorar sua identidade e impacto positivo nos desfechos de saúde mental, sobretudo quanto a questões como baixa autoestima, bem estar e funcionamento psicológico

(Coleman et al., 2012; Olson et al., 2016; Olson et al., 2022).

- BLOQUEIO PUBERAL: mais tempo para a pessoa explorar a identidade e decidir sobre etapas futuras; impedir sofrimentos associados a puberdade endógena, com melhora no bem estar e funcionamento global; impedir o desenvolvimento de caracteres secundários indesejados e promover melhores resultados físicos

(Coleman et al., 2012; De Vries, Cohen-Kettenis, 2012; Khatchadourian, Amed, Metzger, 2014; Edwards-Leeper, Leibowitz, Sangganjanavanich, 2016; Hembree et al., 2017; Chen et al., 2018; Telfer et al., 2018).

- HORMONIOTERAPIA CRUZADA: Impacto positivo nos desfechos de saúde mental, com diminuição de sofrimento psíquico e sintomas de ansiedade, depressão, estresse social e melhora na qualidade de vida.

(Chen et al., 2018; Telfer et al., 2018; Sansfaçon et al., 2019)



VIDA ADULTA

alguns tópicos para reflexão

- transição de gênero: família, escola e trabalho;
- gestação e parto de homens trans, questões de saúde reprodutiva em geral
- prevalência do trabalho sexual como ocupação principal de mulheres trans e travestis
- exposição ao HIV/Aids
- violência física e psicológica em contextos de prazer e perigo (sexualidade e afetividade)
- experiências no cárcere e gestão generificada da punição
- o próprio encarceramento como destino ou trajetória de gênero

Que scripts e que cenas sociais?

Que oportunidades de intervenção em Saúde?



VIDA ADULTA

Angonese e Lago (2017) apontam uma certa "esterilidade simbólica" decorrente da falta de escolha pela reprodução e constituição familiar/relações, ressaltando que diversos documentos públicos, como regulamentações e portarias, se dedicam unicamente a garantir o acesso à afirmação de gênero.

Portaria no 1.707 18/08/2008
Institui o processo transexualizador no SUS
Ausência de conteúdo sobre a possibilidade de preservar gametas no caso de quem passa pela cirurgia ou inicia o uso de hormônios.

Portaria no 457, de 19/08/2008
Regulamento o processo transexualizador no SUS
Aspectos psicossociais a serem acompanhados, entre os quais está a vivência familiar: "Ainda, considerar a existência ou desejo de constituição de núcleo familiar no qual o usuário transexual seja genitor".



VIDA ADULTA

PNSILGBT (Brasil, 2010)
"documento norteador e legitimador das necessidades e especificidades LGBT"

- "Garantir os direitos sexuais e direitos reprodutivos de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no âmbito do SUS"
- "Definir e implementar estratégias de serviços para a garantia dos direitos reprodutivos para LGBT" (foco recai sob gays e lésbicas cis)
- "Atender, mediante adoção de protocolo, as demandas por mastectomia e histerectomia em transexuais masculinos como procedimentos a serem oferecidos nos serviços do SUS"

Caráter impensável da reprodução trans e direcionamento aos procedimentos de mastectomia e histerectomia



VIDA ADULTA

PNSILGBT (Brasil, 2010)
"documento norteador e legitimador das necessidades e especificidades LGBT"

- "XII - prevenir novos casos de cânceres ginecológicos entre lésbicas e mulheres bissexuais e ampliar o acesso ao tratamento qualificado".

Ausência de menção dos homens trans no objetivo XII da Política como alvo do exame preventivo de Câncer de Colo do útero.

OMS, 2021

- "O rastreamento e o tratamento do câncer do colo do útero devem ser fornecidos a homens trans e pessoas não-binárias e indivíduos intersexuais que têm colo do útero".
- "Considerações especiais de implementação e intervenções bem-sucedidas para superar as barreiras à triagem também são necessárias para esses grupos de pessoas".



VIDA ADULTA

A escuta e compreensão sobre as vivências afetivo sexuais possibilita:

- Maior eficácia na discussão sobre prevenção de ISTs
- Maior conforto nas orientações sobre meios de concepção e contracepção
- Prevenção à gestação indesejada e ao aborto

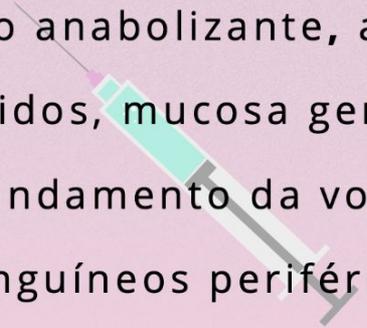
EFEITOS DA TESTOSTERONA NA FERTILIDADE:

- Amenorreia, cerca de 3 a 6 meses após início do uso de T. A reversão está relacionada com o tempo de uso da testosterona, podendo ser irreversível em alguns casos.
- A orientação contra o uso da T. como método contraceptivo é muito importante!

Testosterona

Tem ação periférica

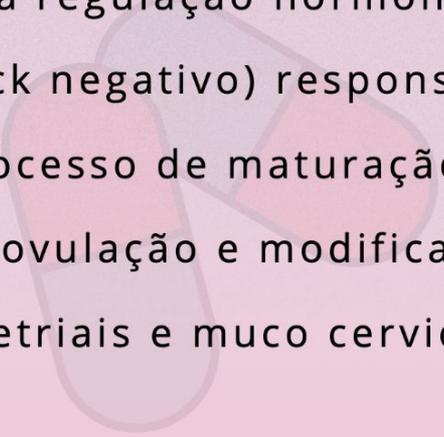
efeito anabolizante, age em tecidos, mucosa genital, aprofundamento da voz, vasos sanguíneos periféricos, aumenta a atividade androgênica



Contraceptivos Hormonais

Têm ação no eixo hipotálamo-hipófise-gonadal.

age na regulação hormonal (feedback negativo) responsável pelo processo de maturação de oócitos, ovulação e modificações endometriais e muco cervicais





VIDA ADULTA

sobre métodos contraceptivos

- Métodos hormonais (progesterona e combinação com estrogênio) e métodos não hormonais
- Possibilidade de disforia de gênero devido aos efeitos feminizantes dos hormônios; facilidade de adesão e discrição do método
- Potencial invasivo de alguns métodos contraceptivos (DIU, DIAFRÁGMA, ANEL VAGINAL); pensar a relação da pessoa transmasculina com o seu aparelho reprodutivo e genital
-

→ **Suspensão da Testosterona, especialmente no 1º Trimestre**

Efeitos teratogênicos

Alterações irreversíveis de formas e funções causadas por agentes externos (medicamentos, meio ambiente, alimentação) (WILLIAMS, 2016)

Fusão Labial, Clitomegalia, Persistência do Seio Urogenital (mal desenvolvimento de parte do sistema urinário), interferência na diferenciação do sexo no período embrionário

Krempasky, C., Harris, M., Abern, L., & Grimstad, F. (2020)

→ **Atenção especial à atrofia do aparelho reprodutor**

Influência da T. nos tecidos da mucosa genital causando atrofia local e maior desconforto à manipulação.

Pomada Local de Estrogênio | Laserterapia



Assistência Integrada
(Interdisciplinar e
Multiprofissional)



Acolhimento e
respeito
(pronomes)

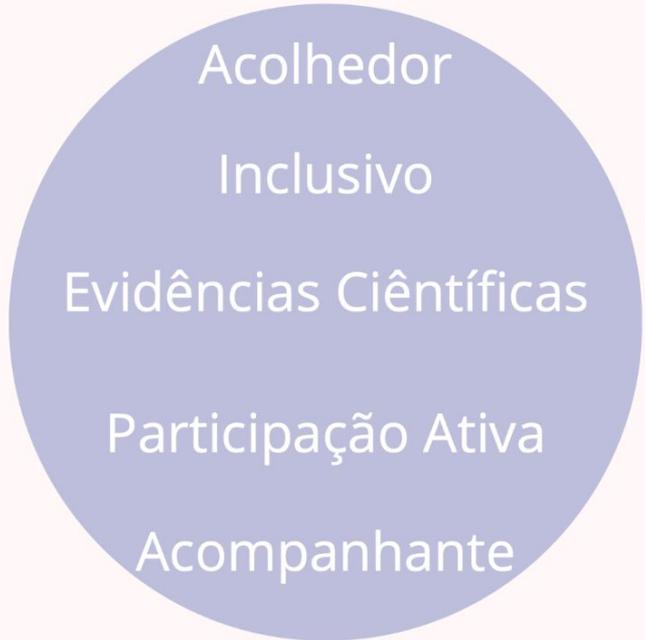
Se não há fatores
de risco, o pré
natal de homens
trans não é
patológico

O plano de parto



- Instrumento altamente recomendado pela OMS e com validade legal. **EXTREMAMENTE** importante, especialmente para pessoas Transmasculinas
- Processo de elaboração ainda no pré natal e em conjunto com a parceria
- Deve-se levar em consideração as condições para a sua implementação tais como a organização do local de assistência, limitações (físicas, recursos) relativas à unidade e a disponibilidade de certos métodos e técnicas; (BRASIL, 2018)

O local de parto



Domiciliar

- Menos intervenções
- Diminuição do tempo de trabalho de parto
- Menor risco de Hemorragia Pós Parto
- Menor risco de Distócia no parto
- Maior risco de lacerações de III e IV grau
- Menor disponibilidade de tecnologia
- Questionada pela literatura médica

Hospitalar

- Menor risco de laceração perineal grau III e IV
- Menor conforto
- Maior risco de distócia e cesárea
- Maior acesso à tecnologia em tempo oportuno
- Maior segurança em casos de urgências



ENVELHECIMENTO E TEMPORALIDADE "CIS"

ALGUMAS QUESTÕES DE PARTIDA:

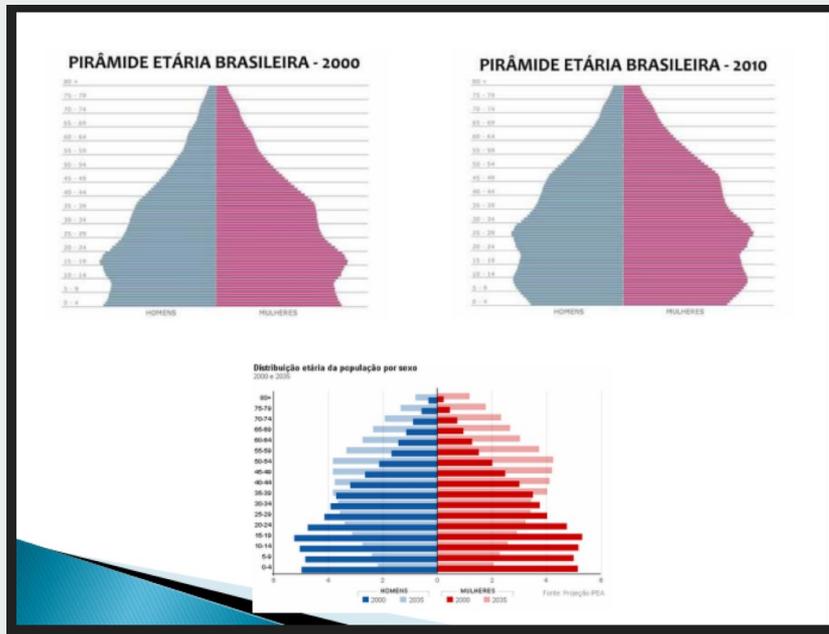
- Redimensionamento da pirâmide etária populacional e expectativa de vida trans;
- Quanto tempo dura uma vida?
- Sentidos e marcadores do processo de envelhecimento (perspectivas sociais e simbólicas, além da epidemiológica)
- Solidão, ausência de apoio e contexto desfavorável: destransição forçada (necessidade de negociar o fim/luto, com o horizonte da morte)

Que questões de saúde são específicas?

Ex.: Chronic inflammation and immune activation, observed typically in elderly people and defined as 'inflammaging', can be present in HIV+ patients who experience a type of premature ageing, which affects the quality of life significantly.

Pensar o uso de substâncias e alimentação em relação ao ciclo de vida

ENVELHECIMENTO E TEMPORALIDADE "CIS"



Projeções apontam que, no ano de 2050, a população mundial com mais de 60 anos será equivalente a 2,1 bilhões de pessoas, aproximadamente 22%. Aproximadamente, 80% estarão em países considerados em desenvolvimento, de média e baixa renda (Who, 2005; United Nations, 2013).

Dados brasileiros apresentados pelo último censo realizado pelo IBGE no ano de 2010, apontam que 10,8% da população brasileira tinha 60 anos ou mais, o que corresponde a 19,6 milhões de brasileiros; Estima-se que, no ano de 2030, esse contingente representará 18% da população e, no ano de 2050, 29,3% da população brasileira será idosa, isto é, 66,5 milhões de pessoas (IBGE, 2018).

Esse fenômeno de transformação etária se dá em um contexto de significativa desigualdade e com poucas e frágeis políticas de proteção social, o que tende a comprometer as condições de manutenção da vida e, conseqüentemente, de envelhecimento populacional.



ENVELHECIMENTO E TEMPORALIDADE "CIS"

Desde uma perspectiva epidemiológica, apresentam-se como desafios primordiais do envelhecimento as condições crônicas de saúde (comorbidades), e as condições funcionais (incapacidades) relacionadas ao desempenho de atividades básicas da vida diária (ABVD).

Esses elementos são atravessados e justapostos por questões sociais, políticas, econômicas e culturais, que, muitas vezes, configuram-se como definidores dos modos e possibilidades de exercício, oferta e acesso ao cuidado e aos serviços de atenção à saúde por pessoas Trans.

Perda de qualidade de vida e de autonomia!



ENVELHECIMENTO E TEMPORALIDADE "CIS"

Mudanças políticas e culturais são necessárias estruturalmente e também no que se refere à formação e sensibilização de profissionais de saúde, no âmbito dos serviços, para que estes tornem-se mais atrativos, na medida em que inspirem confiança aos usuários, e mais seguros na medida em que se tornem menos perpetradores de violência e violação de direitos;

Necessidade de aprender com a comunidade de práticas, envolvendo a população nos processos de formulação do cuidado;

Construção e manutenção de bons hábitos em alimentação e saúde como parte dos direitos humanos e sociais aos quais toda população, supostamente, deve ser assegurada.

Alguns fatores compõem as dificuldades de acompanhar o envelhecimento populacional:

- baixa eficiência de ações preventivas;
- dificuldades de realização de tratamentos complexos, crônicos e de alto custo;
- dificuldades de acesso ao cuidado e à atenção em saúde;

E ainda: questões decorrentes das formas de hierarquização e precarização da vida (biopolítica), mobilizando violências de caráter estrutural e ordinário, e que definem lugares, relações e posições sociais, perpetuando múltiplas formas de segregação no Brasil.

Ex.: cabotegravir injetável em protocolo de Prep (não recomendado para mulheres trans que utilizam silicone industrial) - necessidade de inclusão nos estudos clínicos desde as primeiras etapas!



ENVELHECIMENTO E TEMPORALIDADE "CIS"

Para a OMS, o envelhecimento é dividido em 3 estágios:

Idoso 60-74 anos;

Ancião 75-90 anos;

Velhice extrema acima dos 90 anos.

Essas marcações de faixas etárias, que servem de referência para elaboração de políticas públicas, leis, projetos e pesquisas, fazem sentido para todos?

Podemos pensar nas velhices para além dos marcadores cronológicos de passagem do tempo?



ENVELHECIMENTO E TEMPORALIDADE "CIS"

De que forma atribuímos, coletivamente, valor e significado ao envelhecimento e à velhice?

Fazemos isso sempre da mesma forma?

Simone de Beauvoir (1970) denuncia uma conspiração do silêncio em torno da velhice; marginalização dos idosos, abandono dos velhos pela sociedade.

Valores hegemônicos vigentes, social e culturalmente difundidos, são informados por perspectivas biomédicas:

Velhice = declínio biológico; perda funcional; doenças; perda de autonomia; dificuldades de locomoção; aumento da dependência; perda de memória; apagamento do desejo; decadência; fase de mortificação da vida (espera pela morte).



ENVELHECIMENTO E TEMPORALIDADE "CIS"

QUEREMOS VIVER MUITO MAS
NÃO QUEREMOS ENVELHECER

Outras referências culturais (ancestralidade):

- indígenas da América Tropical;
- filosofias afro-diaspóricas (Candomblé)

importante preservar a possibilidade de temporalidades diferenciadas, com risco de etnocentrismo e reprodução da branquitude estrutural

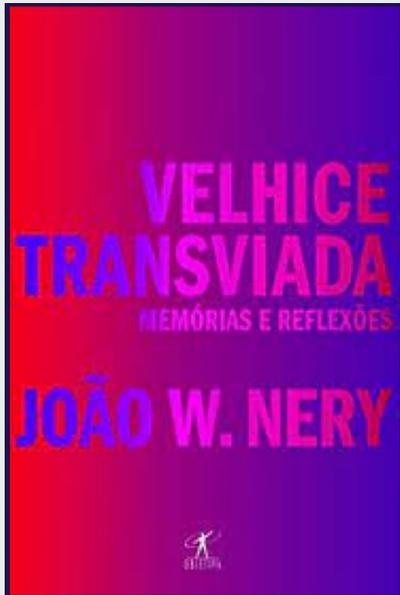
Responsabilização do indivíduo - Debert (1999) chama de reprivatização da velhice, que assume, potencialmente, duas formas:

Velhice negativa/abominada: solidão, imaginário social que a relaciona à doença e morte; perda funcional; infantilização; dificuldade de aceitação da própria imagem; despesa social; improdutividade; velhice daquele que foi negligente com a própria saúde; VELHICE INDESEJADA

Velhice positiva/ideal: que consegue negar e driblar o envelhecimento e seus efeitos. É a velhice jovem e ativa; mercado de consumo; aquele que cuidou da própria saúde; VELHICE ALMEJADA

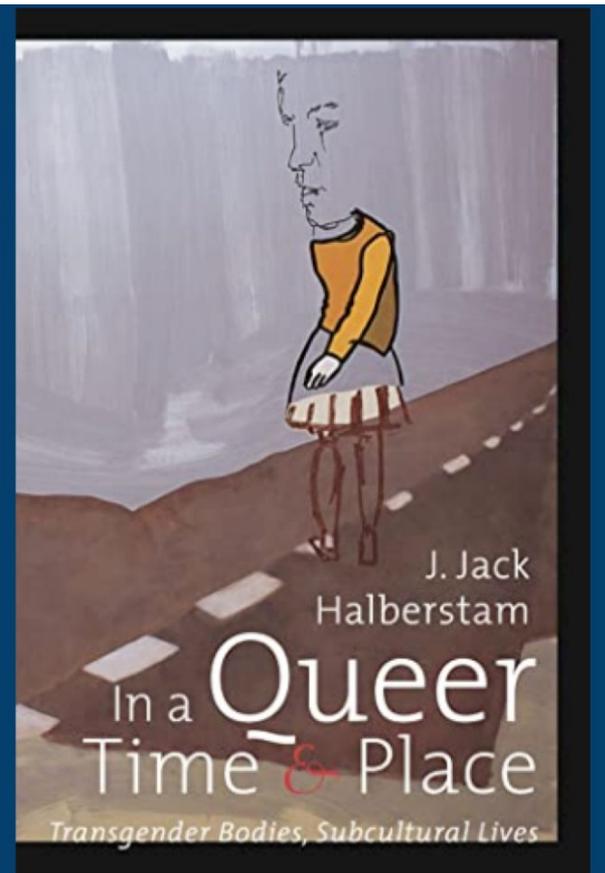
Que questões de racialidade e gênero?

ENVELHECIMENTO E TEMPORALIDADE "CIS"



“As estatísticas provam que as pessoas cisgênera a cada ano se tornam mais longevas, vivendo uma velhice com menos sofrimento, usufruindo dos avanços da biotecnologia. Mas nós, transgêneros, que não temos nosso gênero assinalado no nascimento, vivemos cada vez menos. São muito poucos os que conseguem chegar à senescência, ou seja, que têm o direito de se tornar senis na idade avançada. Estima-se que a média de vida de uma travesti seja de 35 anos. No Brasil, não há estatísticas oficiais para determinar quantos somos, tanto vivos quanto mortos. Como as nossas vidas são marginais, sofrendo humilhações e violências simbólicas e físicas, considero que quem sobrevive acima dos cinquenta anos já pode ser considerado uma pessoa transvelha” (Nery, 2019)

- In a Queer Time and Place - Judith/Jack Halberstam (2005)
- Afirma existir tempo e espaço queer; que desafiam e questionam os pressupostos humanistas sobre os marcos temporais que regulam e diferenciam os estágios da vida; que produzem a diferença entre imaturo x maduro; jovem x adulto; novo x velho; irresponsável x responsável.



ritos de marcação do tempo na estrutura cis-HT
o tempo dissidente está fora do tempo da família

fora da família = fora do tempo de reprodução capitalista
* ravers, traficantes de drogas, trabalhadores sexuais,
desempregados, sem teto; moradores de ocupações *

referências



Ariès, P. (1981). História social da infância e da família. Rio de Janeiro: LTC

Chen, D., Edwards-Leeper, L., Stancin, T., & Tishelman, A. (2018). Advancing the practice of pediatric psychology with transgender youth: State of the science, ongoing controversies, and future directions. *Clinical Practice in Pediatric Psychology*, 6(1), 73.

Chen, D., Hidalgo, M. A., Leibowitz, S., Leininger, J., Simons, L., Finlayson, C., & Garofalo, R. (2016). Multidisciplinary care for gender-diverse youth: A narrative review and unique model of gender-affirming care. *Transgender Health*, 1(1), 117-123.

Coleman, E. et al. 2012. Normas de atenção à saúde das pessoas trans e com variabilidade de gênero. 7a ed. [online] WPATH. Disponível em: Disponível em: <https://www.wpath.org/publications/soc>.

Cohn, C. (2005). Antropologia da criança. São Paulo: Companhia das Letras.

Conselho Federal de Medicina (CFM). (2019). Resolução nº 2.265: Dispõe sobre o cuidado específico à pessoa com incongruência de gênero ou transgênero [online].

Ehrensaft, D. (2017). Gender nonconforming youth: current perspectives. *Adolescent health, medicine and therapeutics*, 8, 57.

referências



Edwards-Leeper, L., Leibowitz, S., & Sangganjanavanich, V. F. (2016). Affirmative practice with transgender and gender nonconforming youth: Expanding the model. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 3(2), 165.

Hembree, W. C. et al., (2009). Endocrine treatment of transsexual persons: an Endocrine Society clinical practice guideline. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 94(9), 3132-3154.

Hembree, W. C. et al., (2017). Endocrine treatment of gender-dysphoric/gender-incongruent persons: an endocrine society clinical practice guideline. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 102(11).

Khatchadourian, K., Amed, S., & Metzger, D. L. (2014). Clinical management of youth with gender dysphoria in Vancouver. *The Journal of pediatrics*, 164(4), 906-911.

Pontes, J. C. D., Silva, C. G. D., & Nakamura, E. (2020). "Crianças" e "Adolescentes" trans. A construção de categorias entre profissionais de saúde. *Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro)*, 112-132.

Sansfaçon, A. et al., (2019). The experiences of gender diverse and trans children and youth considering and initiating medical interventions in Canadian gender-affirming speciality clinics. *International Journal of Transgenderism*, 20(4), 371-387.

Telfer, M. M., Tollit, M. A., Pace, C. C., & Pang, K. C. (2018). Australian standards of care and treatment guidelines for transgender and gender diverse children and adolescents. *Medical Journal of Australia*, 209(3), 132-136.