



**DIAGNÓSTICOS BENEVOLENTES NA INFÂNCIA:
CRIANÇAS TRANS E A SUPOSTA NECESSIDADE DE UM TRATAMENTO
PRECOCE**

**BENEVOLENT DIAGNOSES IN CHILDHOOD:
TRANS CHILDREN AND THE SUPPOSED NEED FOR EARLY TREATMENT**

**DIAGNÓSTICOS BENEVOLENTES EN LA INFANCIA:
NIÑOS TRANS Y LA SUPOSTA NECESIDAD DE UN TRATAMIENTO PRECOCE**

Sofia Ricardo Favero¹
Paula Sandrine Machado²

RESUMO

O objetivo deste artigo é analisar a repercussão que o diagnóstico de Incongruência de Gênero tem na infância, situando os manuais de transtornos mentais como eixos centrais da discussão. Para tanto, reconhece-se o uso estratégico da patologização das identidades trans e travestis na adolescência e vida adulta, mas ressalta os desafios quando essa mesma patologização destina-se a crianças. Diferente de quando ocorre com pessoas adultas, compreende-se que o diagnóstico de gênero na infância se justifica a partir de uma concepção de cuidado e benevolência. Em conclusão, propõe-se abandonar o pensamento em saúde que se baseia na preocupação e tutela para pensar em um compromisso ético e político com a diferença.

Palavras-chave: Diagnóstico. Crianças. Travestis. Pessoas trans.

ABSTRACT

The objective of this article is to analyze the repercussion that the diagnosis of Gender Incongruence has on childhood, placing the manuals of mental disorders as central axes of the discussion. For this, the strategic use of the pathologization of trans and “travestis” identities in adolescence and adulthood is recognized, but it highlights the challenges when this same pathologization is aimed at children. Different from when it occurs with adults, it is understood that the diagnosis of gender in childhood is justified from a conception of care and benevolence. In conclusion, it is proposed to abandon the

Submetido em: 26/02/2019

Aceito em: 10/04/2019

Publicado em: 01/06/2019

¹ Mestranda em Psicologia Social e Institucional pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-5179-1154>

² Professora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional (UFRGS).



thought in health that is based on the concern and tutela to think about an ethical and political commitment with the difference.

Keywords: Diagnosis. Children. “Travestis”. Trans people.

RESUMEN

El objetivo de este artículo es analizar la repercusión que el diagnóstico de Incongruencia de Género tiene en la infancia, situando los manuales de trastornos mentales como ejes centrales de la discusión. Para ello, se reconoce el uso estratégico de la patologización de las identidades trans y travestis en la adolescencia y la vida adulta, pero resalta los desafíos cuando esta misma patologización se destina a niños. Diferente de cuando ocurre con personas adultas, se comprende que el diagnóstico de género en la infancia se justifica a partir de una concepción de cuidado y benevolencia. En conclusión, se propone abandonar el pensamiento en salud que se basa en la preocupación y tutela para pensar en un compromiso ético y político con la diferencia.

Palabras clave: Diagnóstico. Niños. Travestis. Personas trans.

INTRODUÇÃO

“E mais, assumida a nossa responsabilidade, daremos a ela o direito de se criar para ser aquilo que ela entende ser, ou seja, se tornar aquilo que ela é?”

Amara Moira (2015)

Diagnosticar a transexualidade não é um trabalho exatamente novo para os consultórios de saúde ao redor do mundo. Desde que o endocrinologista Harry Benjamin decidiu se dedicar a estudar o tema, um olhar psicopatológico sobre o gênero passou a ser consolidado. Foi na década de 1960, com o lançamento do seu livro *O Fenômeno Transexual*, que Benjamin (1966) definiu a transexualidade a partir de critérios diagnósticos, que iam desde a repulsa ao genital à vontade intensa de remover as características primárias e secundárias do sexo designado.

De acordo com a “Etiologia da Transexualidade”, maneira pela qual Benjamin (1966) encontrou para formular suas diretrizes clínicas, os pacientes transexuais deveriam ser divididos entre aqueles que eram “verdadeiros” e aqueles que eram “falsos”. Ser um transexual de verdade, segundo essa lógica, implicaria em uma relação

de necessidade profunda com intervenções hormonais e cirúrgicas. Os pacientes que não desejassem tais procedimentos, logo, seriam considerados inaptos à cirurgia de transgenitalização – vulgarmente conhecida como cirurgia de “mudança de sexo”. Naquele contexto, acreditava-se que as vias cirúrgicas seriam as únicas possibilidades terapêuticas frente a pacientes transexuais, sob o argumento que “desde que é evidente, portanto, que a mente do transexual não pode ser ajustada ao corpo, é lógico e justificável propor o oposto, ajustar o corpo à mente” (BENJAMIN, 1966, p. 53, tradução nossa).

Apesar desse esforço para distanciar as psicoterapias, deve-se levar em consideração que o que estava em jogo não era exatamente uma escuta desligada de preconceitos, mas tratamentos que muitas vezes visavam certo resgate “às origens”, a um passado que foi desvirtuado. Em outras palavras, psicoterapias de reversão sexual e de gênero. Ainda assim, ao passo que Benjamin (1966) descartava a eficácia desses atendimentos, também desconsiderava a opção de um exercício psicológico baseado na busca pela autonomia. Nesse sentido, foi-se compreendendo que a transexualidade era uma questão de saúde, mas, mais especificamente, uma questão dos médicos. Conforme aponta Leite Jr. (2011), foi também devido a essa noção que as travestis passaram a ser vistas como um problema, pois não se comportavam como a nosologia esperava.

De todo modo, foi a partir da década de 1980 que a transexualidade passou a ser gestada dentro dos guias de patologias da mente, aparecendo no lançamento da nona *Classificação Internacional de Doenças* (CID), bem como na divulgação da terceira versão do *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (DSM). Entretanto, esse é um processo que ainda se encontra em disputa. Até então, a transexualidade aparecia catalogada como “transexualismo”, mas passou a ser referida enquanto Transtorno de Identidade de Gênero (TIG) em ambos os guias. Todavia, TIG deu lugar à Disforia de Gênero do DSM-IV para o DSM-5, e promete ganhar a cara de Incongruência de Gênero (CID-11) na próxima versão que está prevista para 2019.

Sendo assim, temos atualmente os diagnósticos de Disforia de Gênero (DSM-5) e Incongruência de Gênero (CID-11) – caso as notícias de lançamento da CID-11 se



confirmem³. Convém destacar que essas duas transformações se deram dentro de um campo de supostas estratégias despatologizantes, ou seja, tanto o DSM-5 quanto a CID-11 afirmam estar despatologizando as identidades trans e travestis⁴ conforme fazem mudanças gramaticais. E embora essa seja a interpretação de um primeiro momento, é necessário irmos além desse olhar superficial, pois mudam-se os termos, mas não se mudam as práticas. Dizemos isso tendo em vista a permanência de critérios diagnósticos nos dois guias, ligados à temporalidade do processo, aos sentimentos de ojeriza ao genital e à intensa vontade de transformar o corpo no do sexo oposto.

No DSM-5 (2013), o tempo estipulado de acompanhamento psicológico é de seis meses e as diretrizes diagnósticas referem-se mais a aspectos sexistas do desenvolvimento, possuindo um longo segmento para discutir a Disforia de Gênero na infância. Então, situam alguns aspectos que podem ser sinalizadores da transexualidade em crianças, a respeito da inversão dos papéis normativos do sexo-gênero-desejo, como gostar de brincar de boneca (p. ex. *barbie*, p. 454), carrinho e até mesmo interesse em brincar de casinha ou a preferência por sentar ao urinar. Desempenhar o papel de mãe, ter personagens femininos favoritos, evitar brincadeiras agressivas ou jogos competitivos, tudo isso dá sustentação clínica para diagnosticar o (trans)gênero. Contudo, tais critérios denunciam a fragilidade de um processo que deveria ser científico, mas que esbarra em estereótipos há muito combatidos por diversos setores sociais, entre eles o movimento feminista e os próprios ativismos trans, indicando como são recorrentes as críticas à pretensa neutralidade da ciência e seu caráter – também – ideológico.

Seguindo adiante, o DSM-5 se encontra com a linguagem da CID-10, e define que na adolescência e vida adulta, com a chegada da puberdade, podem surgir desconfortos com o próprio sexo, fazendo com que o sujeito recorra a intervenções cirúrgicas ou não. Referimo-nos a um encontro com a linguagem da CID-10 a partir de

³ A revisão provisória da CID-11 pode ser vista em: <<https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fcd%2fentity%2f411470068>>. Acesso em: 29 de jan. de 2019.

⁴ Aqui deixamos de nos referir apenas à transexualidade, por entendermos que os desafios se expandem às travestis e demais pessoas trans. Não houve a intenção de utilizar a categoria “transexualidade” como termo guarda-chuva, mas de compreendê-la como peça central no jogo da medicina.



um entendimento que, para o manual da *Organização Mundial da Saúde* (OMS), há um apelo psicopatológico mais pronunciado. Dito de outro modo, se no DSM-5 é possível achar indícios de que azul é cor de menino e rosa é cor de menina, na CID-10 o que impera é uma concepção de transexualidade ligada ao sofrimento, dor e angústia. Por esse ângulo, os dois guias se encontram quando concordam que é necessário apresentar uma aflição clinicamente considerável, assim como um prejuízo social significativo.

AS TEMPORALIDADES DA INCONGRUÊNCIA DE GÊNERO

O que a CID-11 traz de novo não é somente uma tímida despatologização, deixando de nomear a transexualidade de “transtorno” para tratá-la como incongruência, mas uma série de impasses que devem ser considerados quando pensamos em diagnósticos estratégicos. Mais uma vez seguindo os passos do DSM-5, a CID-11 decidiu fracionar o diagnóstico de Incongruência de Gênero em etapas da vida: infância (HA61) e adolescência e vida adulta (HA60). Ademais, o diagnóstico⁵ deixou de estar na divisão F.64.0, referente às categorias de “perturbação da identidade sexual”, para estar agora em uma seção de “condições relacionadas à saúde sexual”. Em outras palavras, a transexualidade deixou o campo referente aos transtornos mentais, o que pode ser bastante interessante em termos de um processo despatologizante, mas não deixou de situá-la a partir de critérios diagnósticos.

Ora, se o que a CID-11 pretende fazer, ao dividir a transexualidade em tempos distintos da vida, é o mesmo que o DSM-5 fez em 2013, de modo que não estaríamos aqui falando de uma movimentação inovadora. Todavia, convém destacar algumas especificidades em relação a tais manuais, pois embora pareçam repercutir das mesmas formas, seus efeitos são diferentes. Enquanto o DSM tem uma proposta narrativa e descritiva acerca dos transtornos a que se refere, a CID se apresenta enquanto uma convenção médica que determina as características das patologias a médicos e outros

⁵ Nessa seção também há a presença de um diagnóstico não específico de Incongruência de Gênero, sob o rótulo HA6Z.



operadores de saúde (BENTO e PELÚCIO, 2012). Ademais, o DSM costuma circular mais entre psiquiatras e profissionais de saúde mental do que entre outros operadores de saúde. Diante disso, a CID tem uma capacidade de reverberar com maior intensidade não só entre os que trabalham com adoecimentos psíquicos, mas também entre enfermeiros, fisioterapeutas, odontólogos, entre outros.

Dessa forma, ainda que o diagnóstico de Incongruência de Gênero na Infância (CID-11) esteja dando continuidade a um processo que teve início com a Disforia de Gênero na Infância (DSM-5), o que se inaugura é uma série de desafios novos. Pois, se assumimos que o DSM tem um potencial de impacto mais tímido, é necessário declarar que a CID ampliou a possibilidade de intervenção na infância. Dito de um modo simples, se a CID é utilizada por mais profissionais e se consolidou como um tratado internacional de saúde, logo, seus códigos repercutem com maior expressão. De fato, ao diagnosticar uma infância – supostamente trans – como incongruente não se está apenas propondo um modelo de atendimento em saúde, mas situando a transexualidade como um *a priori* clínico. E essa proposta deriva da ideia de que o natural é ser cisgênero. Como traz Jesus (2015), a cisgeneridade refere-se às pessoas que não são trans, ou seja, são aqueles que se identificam com o gênero designado ao nascer. *Cis*, do latim, significa “do lado de cá”. Entretanto, o conceito não para por aí, ele surge com a proposta de substituir os termos “mulher biológica” ou “homem de verdade” que faziam com que as pessoas trans fossem vistas como artificiais ou paródias de um gênero “verdadeiro”. Por esse ângulo, V. (2016) afirma que o ato de nomear a cisgeneridade é um ato de nomear a norma, mas por que é tão importante nomear a norma? É que, do contrário, ela se apresenta como natural, e os que dela escapam passam a ser vistos como desvirtuados.

A cisgeneridade passa a ocupar um eixo central de análise, paralelo a conceitos como “branquitude”, “sexismo” e “heteronormatividade”. Útil para pensar como uma infância aparentemente trans é alvo de intrometimentos da ciência porque trata-se de uma expressão não-normativa, que não preenche uma esperada coerência entre sexo, gênero e desejo (BUTLER, 2015). Talvez a pergunta seja se faria sentido um



diagnóstico de heterossexualidade na infância, ou quem sabe um diagnóstico de cisgeneridade na infância, mas isso seria ilógico, uma vez que o que importa não é compreender os modos de produção de desigualdade a partir dos marcadores sociais da diferença, mas patologizar essa mesma diferença através de condutas que aparecem como “bem-intencionadas”.

Bem-intencionadas em razão de duas questões: se por um lado os diagnósticos de Disforia (DSM-5) ou Incongruência (CID-11) são articulados de maneira estratégica para adultos, tendo em vista que a legislação de alguns países só oferece assistência em saúde a partir de um código nosológico (BENTO e PELÚCIO, 2012), por outro lado não temos os mesmos ganhos quando pensamos o deslocamento desses diagnósticos para a infância. No Brasil, as proposições da CID-10 servem de guia para o Processo Transexualizador n.º 2.803 (LIONÇO, 2009), isto é, a política pública mais expressiva que é destinada à população de transexuais e travestis. Na ausência de um amparo da OMS, o Sistema Único de Saúde (SUS) poderia suspender o Processo Transexualizador.

Nesse sentido, o que esteve em disputa foi a possibilidade de se manter um diagnóstico de gênero para pessoas adultas, mas sem o teor psicopatológico. Em outras palavras, se trata de não situar a transexualidade como um transtorno mental, mas a deslocar para seções que discutam “outras questões relacionadas à saúde” – processo parecido com o que está em iminência na CID-11. E aqui convém destacar que essa nova organização no guia foi apresentada pela mídia⁶ como a despatologização da transexualidade, mas que não se trata exatamente disso, tendo em vista que os critérios diagnósticos permanecem existindo, bem como a própria ideia de “incongruência” que situa as identidades trans e travestis como antinaturais.

Justifica-se, portanto, a existência de um diagnóstico para pessoas adultas, pois com ele poderão acessar serviços de hormonioterapia e intervenções cirúrgicas. Por isso, o uso do diagnóstico é considerado estratégico (ARÁN, MURTA E LIONÇO, 2009), devido à sua capacidade de prover acesso à saúde por meio da direção menos psicopatológica diante das possibilidades. Contudo, não se pode considerar estratégico

⁶ Disponível em: <https://brasil.elpais.com/brasil/2018/06/18/internacional/1529346704_000097.html>. Acesso em: 30 de jan. de 2019.

um diagnóstico de gênero na infância, nem fazer um uso estratégico do mesmo, pois seus objetivos não são semelhantes às demandas da adolescência e vida adulta. Ora, não se pretende harmonizar uma criança “trans” e tampouco operá-la genitalmente antes da chegada da puberdade, é algo que sequer tem amparo⁷ do próprio Conselho Federal de Medicina (CFM).

Desse modo, seria prudente considerar que os diagnósticos, tanto na infância quanto na adolescência/vida adulta, cumprem a mesma função? Parece-nos que na infância ele perde o seu caráter estratégico, pois é desnecessário garantir acesso a algo que, primeiramente, desinteressa à própria infância. E talvez o ponto inicial dessa discussão seja compreender as temporalidades da Incongruência de Gênero, que não vão ter as mesmas consequências para todos os pacientes, mas que, sim, irão dispor de efeitos distintos a depender das etapas da vida a que tais diagnósticos se destinam. Ora, avaliar, diagnosticar e tratar sujeitos adultos se equivale a fazer o mesmo com sujeitos crianças?

DIAGNÓSTICOS BENEVOLENTES

Se não é esperado encaminhar uma criança com diagnóstico de Incongruência de Gênero a endocrinologistas e cirurgiões, o que remanesce é a oferta psicoterápica. Ao menos tem sido essa a posição assumida pelo Programa de Identidade de Gênero (PROTIG) e Ambulatório Transdisciplinar de Identidade de Gênero e Orientação Sexual (AMTIGOS), em artigo submetido à revista *Archives of Sexual Behavior*. São duas instituições de estados distintos, mas que têm trabalhado juntas na defesa da permanência da GIC (*Gender Incongruence of Childhood*⁸) na nova revisão da CID.

No documento, Lobato *et al* (2016) afirma que:

[...] crianças gênero disfóricas necessitam urgentemente de serviços para prevenir e reduzir os riscos associados às experiências horripilantes que

⁷ O CFM concebe a hormonioterapia somente a sujeitos que tenham mais de 16 anos. Disponível em: <http://www.portalmédico.org.br/pareceres/cfm/2013/8_2013.pdf>. Acesso em: 30 de jan. de 2019.

⁸ Incongruência de Gênero na Infância (IGI).

impactam muitos adultos que nunca tiveram nenhum suporte de profissionais de saúde mental (tradução nossa, n. p.).

E continuam a defesa ao diagnóstico, discorrendo que ele se faz necessário:

[...] pela proteção e suporte às crianças transgêneras do nosso contexto, que continuam marcadas por um grave preconceito e discriminação devido à diversidade sexual e de gênero. É crucial que a GIC continue na CID (LOBATO *et al*, 2016, tradução nossa, n. p.).

Encaminhado para a *World Professional Association for Transgender Health* (WPATH), esse mesmo documento propõe-se a convencer os outros membros da associação acerca da importância da Incongruência de Gênero constar na CID-11, apesar das discordâncias entre aqueles que compõem a WPATH, pois com esse diagnóstico seria possível dar suporte e proteção às crianças, assim como prevenir e reduzir riscos associados a experiências de violência. Em outros termos, é demandada a permanência de um código de adoecimento no referido manual de saúde, algo que pode ser estigmatizante, para que possam prevenir futuros estigmas. Um paradoxo. Querem criar o problema, para depois resolvê-lo.

Tal visão parte do princípio que as patologias de gênero não interferem em outros campos da vida do sujeito, como se uma determinação nosológica não esbarrasse em esferas como a família, o direito, a educação, entre outras. Essa é uma perspectiva amplamente abordada por Bento (2014), quando a autora afirma que a patologização das identidades trans não se restringe à área da saúde, mas que escapa para o social. Por esse ângulo, seria arriscado pressupor que a existência de um diagnóstico de “incongruência” ou “disforia” viabiliza mais vulnerabilidade?

De acordo com Butler (2009), sim. O diagnóstico de gênero exerce pressão social. Ademais, embora seja dito que ele é útil para possibilitar um encontro do sujeito consigo mesmo, ao passo que pode fazer isso, também produz uma versão mais engessada das normas de gênero. Nesse sentido, a autora irá apontar que tal diagnóstico percorre um caminho ambíguo, pois é aquele que leva ao alívio do sofrimento enquanto causa esse próprio sofrimento que necessita ser aliviado (BUTLER, 2009). Dessa forma, parece-nos que os esforços do PROTIG e do AMTIGOS acarretam na criação de

um círculo vicioso, uma vez que pretendem oferecer serviços para estigmas que têm sido ignorados.

Diagnóstico de gênero, quando não relacionado a fins estratégicos, fabrica mais adoecimento do que possibilidade de ação (BUTLER, 2009), mas é aqui que a infância o autoriza a se apresentar de outra forma: através de sua benevolência. Não se busca diagnosticar a infância para fazê-la mal de alguma forma, mas para protegê-la de algo: da ausência de políticas públicas, do preconceito, da escola, dos próprios pais, etc. E em nome das próprias crianças, o diagnóstico de Incongruência de Gênero tem sido defendido. Não é devido ao interesse dos profissionais em realizar suas pesquisas, ou à determinada reserva de mercado, mas em suposta razão do bem-estar da infância. O que nos revela o aspecto tutelar do diagnóstico de gênero na infância, por entendê-la como um risco eminente que deve receber amparo de consultórios em saúde mental.

A valer, o dado é que a psicologia nunca precisou de um diagnóstico para prover suporte e proteção a alguma população, especialmente crianças. E também não necessitou recorrer a um manual de saúde para isso. Tendo o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) em mãos, o psicólogo terá acesso à Lei n° 8.069, de 1990, responsável por garantir que nenhuma criança ou adolescente seja alvo de negligência, discriminação, violência, crueldade e opressão. Esse deslocamento implica pensar o cuidado não somente através da saúde, mas a partir de âmbitos outros, tais como os Direitos Humanos e a Constituição Brasileira.

De outro modo, estaríamos assumindo que a psicologia e as ciências médicas sempre precisaram de um rótulo nosológico para poder agir. E, afinal, não é possível atender sem diagnóstico? Se o código de Incongruência de Gênero na Infância é útil para nortear crianças às psicoterapias, levando em consideração a pouca idade e o prematuro desenvolvimento físico para intervenções mais dramáticas, então ele é desnecessário. Os serviços garantidos pelo Processo Transexualizador (Portaria n.º 2.803) são de acompanhamento clínico, pré e pós-hormonioterapia, assim como de acompanhamento pré e pós-operatório. Sabe-se, contudo, que não são serviços direcionados ao público infantil.



Dizemos que é desnecessário, então, um código de patologia para garantir a oferta psicoterápica, mas não que ela – a psicoterapia em si – seja desnecessária. São coisas diferentes. Entretanto, talvez por se tratar de um atendimento psicológico/psiquiátrico, se apresenta a ideia de que ele é benéfico para o paciente. E esse é um estereótipo clássico na história da saúde mental. As psicoterapias podem, sim, ser bastante potentes e interessantes clinicamente, mas também são capazes de produzir adoecimentos (BRASIL, 2009), especialmente quando desnecessárias.

Nesse contexto em que o diagnóstico de gênero na infância insiste em se exibir como benévolo, tendo como embasamento teórico a preocupação e o cuidado dos profissionais envolvidos com essa população, não se avalia crianças consideradas trans a partir de uma perspectiva científica, mas a partir da generosidade dos operadores em saúde. Diagnostica-se porque querem cuidar. Diagnostica-se porque querem prevenir. Diagnostica-se porque há um atravessamento filantrópico em suas práticas. E o que, a não ser a infância, seria tão capaz de produzir essa compaixão-epistemológica? Assim vai sendo traçado o caráter tutelar do diagnóstico de gênero na infância.

É a partir disso que entendemos que, diferente do uso estratégico da patologização na vida adulta de pessoas trans, tal diagnóstico na infância acompanha um suposto processo benevolente dentro das ciências médicas e da saúde mental, situando a “proteção” como justificativa para atendimento de crianças consideradas trans. Contudo, manter a Incongruência de Gênero na Infância na revisão da CID-11 perante esse argumento é algo que perde o sentido a partir do momento que se procura o fortalecimento de direitos a partir de outros setores, desobrigando a saúde de garantias que cabem à Constituição Federal e ao ECA.

Não se trata de dizer que tais profissionais e instituições não possam expressar compaixão com os temas de suas pesquisas, ou de sequer duvidar de suas preocupações, que são legítimas, o que está em discussão é pensar que um código de patologia na CID requer uma justificativa nosológica mais convincente do que a que está sendo apresentada. Seria imprudente desconsiderar a importância do exercício de seus trabalhos frente a famílias que testemunham o gênero para além da binariedade. Longe

de ser um atendimento fácil, convém reconhecer o caráter desafiador em lidar com gênero e infância em nossos cotidianos laborais. Apesar disso, a via do diagnóstico é apenas uma forma, e talvez a mais controversa delas, de promover a cidadania de um sujeito. Pode-se tencionar que, se há implicação em gerar serviços para prevenir e minimizar os efeitos do preconceito, porventura fosse mais interessante pensar em lutas para fortalecer, enquanto profissão, as garantias constitucionais voltadas à infância e adolescência.

“QUANTO ANTES COMEÇAR, MELHOR FICARÁ”

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

Pensar a oferta psicológica a crianças “trans” é um processo que só faz sentido se abandonarmos a obviedade que se apresenta junto à própria psicoterapia. Pois bem, caso não pensássemos que a transexualidade é uma demanda clínica, talvez não considerássemos óbvia a ideia de que pessoas trans devem procurar atendimentos em saúde mental, independentemente de serem crianças ou pessoas adultas. Pressupõe-se que ser trans é uma adversidade, e que isso se configura como uma demanda clínica. Todavia, pode acontecer da transexualidade não ser vista pelo sujeito como um problema a ser discutido com o profissional de saúde mental, fazendo com que o impulso por discutir essa questão de gênero apareça muito mais da parte do profissional do que do paciente.

Não se busca questionar se uma psicoterapia durante a infância seria capaz de gerar benefícios para alguém, isso nos parece alcançável. O que procuramos questionar

é a razão disso ser protocolado a um tipo de infância apenas, que é a pertencente às pessoas trans e travestis. Infâncias aparentemente heterossexuais, segundo essa lógica, devem não precisar do mesmo tipo de suporte técnico. Noção que se deve ao fato da heterossexualidade não ser encarada como um desvio da infância, mas a infância em seu mais perfeito funcionamento.

Soma-se a isso a ideia de que as intervenções no campo dos hormônios sexuais devem ser iniciadas cada vez mais cedo. E o mais irônico em relação ao adiantamento progressivo da terapia hormonal é que essa demanda surge para garantir um melhor resultado estético. Nesse sentido, perdem força as afirmações do documento *Guidelines for Psychological Practice With Transgender and Gender Nonconforming People* (APA, 2015). O guia relata que uma transição tardia pode alcançar mudanças somente superficiais, sem graves transformações devido ao decréscimo de hormônios naturais ao envelhecimento. Ou seja, dá indícios de considerar estimado que tais intervenções aconteçam o quanto antes.

Embora esteja em jogo um reconhecimento de como o estradiol e a testosterona atuam com mais eficácia conforme sejam usados mais cedo, é interessante pensar como essa se trata de uma orientação controversa. Se o indicado ao paciente é que inicie logo a sua terapia hormonal, em determinada corrida contra o tempo, com objetivo de alcançar um sucesso estético posterior, é preciso não tomar esse “sucesso” como um dado irrelevante. Afinal, de qual resultado estamos falando? Ora, as mesmas diretrizes que afirmam a importância de uma intervenção precoce orientam que o profissional tenha uma postura crítica em relação aos papéis de gênero.

Em outros termos, ao mesmo tempo em que há um estímulo à antecipação das intervenções hormonais, que faria o paciente melhor adequar-se a uma aparência ideal do sexo oposto, existe um consenso de que a psicoterapia deve problematizar essa concepção normativa acerca da estética de homens e mulheres. Nas palavras de Prado (2018), isso ocorre pois:

olhamos para os corpos trans a partir de uma visão patologizadora, buscando neles coerência do sistema sexo-gênero. Os miramos buscando sempre a

ideia de que se é mulher esse corpo tem que ser feminino, se é homem tem que ser masculino (p. 33).

Convém destacar, entretanto, que o desejo por parecer o mais próximo do modelo “feminino” não se trata exatamente um problema. Que um paciente queira, deseje e busque estar dentro de um padrão de feminilidade não é, necessariamente, um sinal de alerta. Que a psicologia corrobore com isso, ainda que com boas intenções, compreendendo que devem ser feitos esforços na infância para resultados melhores na vida adulta, é uma proposta incompatível até mesmo com o objetivo do referido documento. De acordo com a APA (2015), “psicólogos podem auxiliar pessoas TGNC⁹ a desafiar as normas e estereótipos de gênero, bem como a explorar sua singular identidade de gênero e expressão de gênero” (p, 835, tradução nossa).

Fora questionar a necessidade de um resultado “satisfatório” ocasionado pelo uso precoce de bloqueadores ou hormônios em crianças diagnosticadas como trans, é preciso interrogar que resultado é esse. O que garante satisfação? Por que propor que os resultados devem ser melhores? Melhores em relação a quê? Se distanciar o máximo possível de características que denunciem a transexualidade entraria no quadro de uma percepção satisfatória? Caso essa hipótese esteja correta, quais são os efeitos terapêuticos de um discurso que impõe a própria identidade do sujeito como algo a ser disfarçado? Ademais, desde quando uma disciplina que se importava com o sentir, pensar e agir passou a se preocupar com a aparência dos pacientes?

De fato, a depender do grau de diretividade da abordagem psicológica, não é que a aparência dos pacientes seja desimportante, mas se um paciente nos procura porque quer perder peso, e perde peso durante o processo terapêutico, não caberá a nós, enquanto profissionais, comemorarmos esse emagrecimento. Pelo contrário, caberá estar interessado em entender o sentido que o paciente dá à perda de peso. Celebrar seu emagrecimento poderia fazer com que, posteriormente, frente a um possível ganho de peso, o paciente se sentisse pressionado, como se tivesse falhado de alguma forma.

⁹ TGNC, no documento da APA (2015), significa *transgender and gender nonconforming*. Em português, seria equivalente a “transgênero e gênero não-conforme”.



Do mesmo modo, um paciente que, por exemplo, busque ajuda para “deixar de parecer trans” não faz com que o foco do tratamento seja fazê-lo realizar cirurgias ou iniciar a terapia hormonal, mas auxiliá-lo a entender os desdobramentos do contexto social em sua própria identidade. Daí em diante ele pode decidir se operar ou não. Pode decidir se hormonizar ou não. E ocasionalmente isso até deixe de ser um conflito. As possibilidades são múltiplas. Como bem lembra Teixeira (2012), é um reducionismo considerar as pessoas trans e travestis como presas em um corpo errado à espera de uma cirurgia que irá trazer inteligibilidade e reconhecimento.

Evidentemente que uma aparência mais próxima da norma pode fazer com que o sujeito consiga não vivenciar algumas violências cotidianas. Assim, ter passabilidade, o que segundo a APA (2015) seria relacionado a ser percebido enquanto cisgênero, não é necessariamente um objetivo negativo. E a própria associação reconhece isso. O ponto é que nos soaria inadequado guiar o paciente tanto a uma busca pela aparência cisgênera quanto à recusa dessa estética, uma vez que as consequências disso não serão enfrentadas pelos profissionais. Cabe pensar a trans-autonomia como uma saída, uma prática, não um conceito, útil para possibilitar a determinação do próprio gênero para além das exigências institucionais de confirmação diagnóstica (ARÁN, MURTA e LIONÇO, 2009).

INFÂNCIAS (IM)POSSÍVEIS

Embora o diagnóstico de Incongruência de Gênero na Infância destine-se especificamente a crianças consideradas trans, ele não se esgota nesse campo. Afinal, ao se produzir uma infância incongruente, o que se faz é também o contrário: produz-se uma infância normativa. Em outras palavras, definir como incongruente um tipo de infância é fazer com que se desenhem os contornos de uma infância congruente, mas de qual congruência estamos falando?

Na perspectiva de Canguilhem (1995), os fenômenos patológicos não são variações dos fenômenos saudáveis, o que nos leva a afirmar que as infâncias trans não se tratariam de versões variadas das infâncias cis. Todavia, não é através dessa

compreensão que funcionam os diagnósticos de gênero, pois se baseiam na ideia de que a transexualidade “infantil” é um desvio da cisgeneridade “infantil”, fazendo com que os esforços clínicos conduzam-se através de uma leitura psicopatológica. Apesar disso, é preciso ter em mente que a patologia não pode ser analisada de acordo com a pretensa coerência da saúde (CANGUILHEM, 1995).

É a partir desse entendimento que se questiona os fundamentos nosológicos que impõem a clínica psicológica às infâncias incongruentes, sob o argumento de que seria um benefício a elas. De fato, quais níveis de benefícios podem ser gerados por um processo psicoterapêutico que se insiste, se decreta e se divulga enquanto necessário? Ora, parte-se da noção de que, diferente das outras crianças, as que são trans devem possuir alguma incapacidade intrínseca de lidar com o próprio desenvolvimento. Um olhar individualista acerca do sujeito, pois o que realmente interessa à análise não são as habilidades sociais da criança, e sim as normas de gênero que não concebem a existência dessa infância.

Vale destacar, entretanto, que essa restrita oferta psicológica direciona-se às crianças consideradas trans sem maiores questionamentos. Surge como uma questão evidente. Se os que são cisgêneros crescem e permanecem se identificando com os signos masculinos (pênis) e femininos (vagina), constituindo-se como normais, os que subvertem esse roteiro devem passar por uma avaliação – e os encarregados de fazê-la são os profissionais de saúde mental. Seja para atender. Seja para tratar. Seja para fins de pesquisa. E ainda de acordo com Canguilhem (1995), o patológico surge apenas quando analisado em uma relação, isto é, fora da relação com a cisgeneridade as crianças trans não adquiririam a condição de anormal.

Mais uma vez, não se trata de afirmar que o caminho para resolver essa oferta restrita seria ampliar a psicoterapia a toda e qualquer criança. É menos sobre dizer que partir desse momento todas as infâncias devem ser supervisionadas por psicólogos e psiquiatras, e mais sobre pensar que algumas crianças tidas como trans podem precisar de suporte psíquico, mas que isso não deve ser generalizado. Afinal, ser trans é um dentre vários outros marcadores que compõem o sujeito. De outro modo, estaríamos

contribuindo com a ideia de que pessoas trans não podem ter um transtorno mental, conforme aponta o CFM, na Resolução nº 1.955, referente à cirurgia de transgenitalização no Brasil.

Nessa Resolução, o Conselho reassegura que o paciente transexual trata-se daquele que sente um desconforto intenso com o sexo anatômico, assim como um desejo de eliminar os genitais e as características primárias e secundárias do próprio sexo. Tal determinação define os limites de acesso à categoria transexual, relegando às margens os sujeitos trans que não se enquadram nesse perfil psicopatológico clássico. Ainda, é demandado pelo CFM que o sujeito vivencie esses sintomas pelo período mínimo de dois anos. Tempo que serve para observar se a transexualidade se articula a (mais) algum transtorno, conforme a lógica de que as identidades trans e travestis se tratam de adoecimentos. O Art. 4º da Resolução diz que o sujeito transexual não deve ter “outro” transtorno mental, fornecendo indícios de que é inadmissível a presença de alguma comorbidade¹⁰ com a transexualidade.

No entanto, esse artigo foi alterado posteriormente, sendo possível observar a edição onde consta uma nota para que o leitor entenda “outro transtorno” como “algum transtorno”. Embora essa reformulação dê indícios de que o CFM tem deixado de encarar a transexualidade como um transtorno, ela sugere que as comorbidades permanecem não sendo permitidas. Ou seja, em caso de algum paciente transexual apresentar algum diagnóstico que não seja o de F.64.0, o profissional pode acabar entendendo que a transexualidade é um sintoma de algo – de um transtorno psicótico, por exemplo, mas não em si mesma. Assim, a transexuais não são permitidos quaisquer tipos de adoecimentos psíquicos, apesar de que, paradoxalmente, sejam reconhecidas as violências sociais que acometem essa população.

Ainda pensando através dessa lógica, em que algumas coisas não são consentidas clinicamente em relação à transexualidade, nos parece que a infância parte de um funcionamento similar. E um dos instrumentos sociais para impedir a relativização da infância é o delineamento de seus limites. Não é apenas sobre definir

¹⁰ Essa é uma discussão apontada por Arán e Murta (2009).



até onde a infância pode ir, mas entender que essas fronteiras precisam ser consideradas perigosas, pois assim passam a ser evitadas. É a partir disso que as infâncias que subvertem os sistemas de sexo e gênero passam a ser vistas como riscos à saúde do sujeito, quando não à sua própria vida.

Não obstante, o diagnóstico de gênero na infância pulveriza em outras identidades, como é o caso da intersexualidade, fazendo com o debate se complexifique ainda mais. Amplamente discutida por Machado (2005), as crianças e jovens *intersex* são submetidas a algum tipo de cirurgia de “correção” da genitália logo cedo. Parte-se da compreensão de que é necessário operá-las o quanto antes, caso contrário, surgirão disfunções psicológicas e sociais ao longo do desenvolvimento. Todavia, tais cirurgias não têm impedido o aparecimento dessas exatas questões, podendo inclusive ser as propulsoras de tais sofrimentos. Mobilizações recentes de profissionais do Hospital das Clínicas do Rio Grande do Sul, afirmam que as cirurgias de “binarização” sexual devem ser realizadas precocemente, pois a espera para realizá-las depois pode ocasionar em consequências catastróficas na vida adulta (HEMESATH *et al*, 2019).

Furar a orelha de uma menina, tratar seu cabelo com químicas, expor meninos a brincadeiras violentas para legitimar um tipo de masculinidade, essas e outras situações não se apresentam como ameaças a um corpo infantil, mas como um processo necessário à reiteração da norma. Dizer-se trans, todavia, emerge uma série de apontamentos em relação ao bem-estar daquele corpo, pois a transexualidade é vista como um perigo. Um perigo clínico, assim como um perigo social. Clínico segundo uma interpretação nosológica, de que aquela criança pode ter manifestado isso devido a algum evento traumático, e social em razão do contexto transfóbico a que são submetidas as pessoas trans.

E apesar de ser, sim, imprudente afirmar que não exista perigo social, tal constatação não se direciona a um tensionamento das normas de gênero, que produzem e sustentam as violências transfóbicas, mas procura fazer evitar com que as crianças sequer sejam trans. Cautela, no entanto, com o sentido dado a essa afirmação. Ao longo do presente trabalho, buscamos situar as crianças tidas como trans a partir de uma

postura hesitante, mas não para dizer que a transexualidade é uma fase, e sim para pensar que o engessamento da mesma pode funcionar de forma contraproducente. O fato é que não nos interessa afirmar que existem crianças trans, em oposição às investidas de setores conservadores¹¹ que dizem que tais infâncias simplesmente não existem. O que nos interessa é deslocar o modo que realizamos as perguntas e elaboramos nossas explicações.

Nesse sentido, não nos é fundamental responder à insistência dos que querem saber se, afinal, existem crianças trans ou não. Pensar infância e gênero é uma atividade que exige abrir mão do modo tradicional de interrogar. Mas o que queremos dizer com isso? Alguém que passou pela adolescência, vida adulta e somente quando mais velho decidiu transicionar, teria sua infância interpretada como trans? Ou então, alguém que na infância chegou a ser diagnosticado como transexual, mas que ao longo da adolescência decidiu rever essa decisão, deixaria de ter sido uma criança trans? Parece a nós que tais perguntas revelam a necessidade de discutir infância e gênero através de um outro funcionamento.

É pouco relevante, portanto, saber se é trans ou não, mas compreender quais são as possibilidades de emergência dessas infâncias em primeiro lugar. Ou não nos chama atenção o fato da infância que subverte o gênero ser chamada de infância “trans” e nunca de infância “travesti”? Uma infância travesti significaria não somente um rompimento com as investidas nosológicas, visto que a travestilidade não foi capturada da mesma forma que a transexualidade pelo discurso médico, mas significaria também associar à infância uma identidade profundamente ligada à precariedade, trabalho informal e liberdade sexual.

Aparentemente, existe uma forma adequada até mesmo para ser uma criança trans, pois é por meio de seu apelo clínico que se constrói uma rede de apoio familiar, escolar e social. O que, de fato, é bastante interessante. É menos sobre ler as intervenções em saúde como necessariamente ruins, e mais sobre entender que é exclusivamente por meio delas que tem sido possível alcançar cidadania. Acolhem-se os

¹¹ Sobre o pânico moral relacionado à suposta “ideologia de gênero”, ler Miskolci e Campana (2017).

pacientes que reproduzem a narrativa diagnóstica, que segundo Bento (2006) seriam aqueles que melhor se enquadram à norma. Agora, sim, a pergunta: o que acontece às travestis e pessoas trans que, independentemente de suas idades, são incapazes de invocar a piedade da clínica?

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O diagnóstico de gênero não é exatamente uma novidade. Transexualismo. Transtorno de identidade de gênero. Disforia de gênero. Incongruência de gênero. Enfim, foram diversos os termos utilizados ao longo da história da psiquiatria para classificar os “desviantes” de gênero. Mais recentemente, as noções de disforia e incongruência têm trabalhado juntas para diminuir a carga patologizante que “transexualismo” e “transtorno de identidade de gênero” traziam.

Todavia, disforia e incongruência são termos relacionais, ou seja, funcionam justamente porque se referem a algo que é tanto eufórico quanto congruente: a cisgeneridade. Identidades trans e travestis são julgadas de acordo com a coerência de corpos cisgêneros, fazendo com que sejam encaradas enquanto variações, mas não possibilidades. Nesse percurso, uma série de disputas se apresenta, e uma delas é em relação à retirada ou manutenção do diagnóstico de gênero em pessoas adultas, pois ele permitiria o acesso e garantia de direitos. Decide-se, portanto, por mantê-lo, sob a condição de deslocá-lo a uma seção relativa a outras condições de saúde, fazendo com que perca, pouco a pouco, suas características psicopatológicas.

Meio a isso, durante um processo que prometia despatologizar a transexualidade, ou minimamente realocá-la de maneira estratégica, surge um diagnóstico de gênero para a infância, com promessa de ser tão benéfico quanto. Embora as ferramentas que o diagnóstico dispõe, ou seja, a hormonioterapia e as cirurgias genitais, sejam desinteressantes à própria infância. De todo modo, instituições envolvidas com o atendimento a essa população têm se mostrado interessada na permanência desse diagnóstico na nova revisão da CID, prevista para 2019.

E paralelo a elas, se encontram os ativismos trans divididos, pois se existe um grupo que entende a periculosidade de ampliar as intervenções na infância, há também aquele contingente que considera solidária uma proposta patologizante em crianças consideradas trans. Essa concordância paradoxal entre ativismos e operadores de saúde pode fazer com que se tornem uma realidade os tratamentos precoces em casos de transexualidade. Ainda, a antecipação de tais tratamentos sendo justificadas sob o rótulo de que proporcionarão melhores resultados no futuro. Esses melhores resultados, contudo, não são simples melhorias estéticas, mas aproximações com a norma.

Controversamente, os atendimentos psicológicos têm se baseado em diretrizes, em outras palavras, em recomendações, para que os profissionais de psicologia incentivem os pacientes a questionar os padrões de gênero. Cria-se o problema para poder resolvê-lo. Em perspectiva contrária, entendemos que existem riscos envolvidos na defesa de um tratamento precoce para as identidades trans e travestis, tendo em vista que isso abre portas para que crianças absorvam a narrativa médica acerca do que é ser homem e do que é ser uma mulher.

Não se tratando de um diagnóstico estratégico, a Incongruência de Gênero na infância deve ser analisada com mais cautela, pois apesar de surgir em forma de preocupação e cuidado por parte dos operadores de saúde envolvidos com essa população, é preciso reconhecer que nem sempre boas intenções levarão a boas práticas. E que a insistência em atender crianças vistas como trans, a todo e qualquer custo, fornece indicativos de ser um exercício tutelar. Uma vez questionada a benevolência do diagnóstico de gênero para crianças, espera-se que seja possível notar como se trata de um processo que carece de cientificidade, mas serve a interesses de pesquisa e mercado. Ora, mesmo sendo evidente, convém destacar que (des)diagnosticar não impede a continuidade das pesquisas, não dificulta o seguimento dos tratamentos terapêuticos e certamente não implica em desassistência (PRADO, 2018).

É possível fazer pesquisa, atender e promover assistência sem fortalecer valores de uma infância dita normal. Necessita-se mesmo de um rótulo nosológico para pesquisar a saúde da mulher, da população negra e indígena? Aparentemente, não. A



ética, os direitos humanos e as garantias constitucionais, assim como os contextos de vulnerabilidade desses sujeitos, dão amparo e sustentação às propostas de investigação que se destinam a estudar tais temas. Desde quando foi necessário patologizar para atender? E sob qual justificativa se entende que é preciso intervir precocemente em infâncias consideradas incongruentes de gênero?

Caso seja preciso intervir mais cedo devido ao contexto opressor em que está situado o sujeito, para prepará-lo de alguma forma em termos de suportabilidade, os esforços diagnósticos deveriam ser voltados para as violações sociais, e não para o indivíduo. Se é devido à possibilidade de melhoria na aparência ou níveis hormonais do sujeito, decerto, convém refletir se a psicologia realmente desejará ser esse espaço de estímulo e aprimoramento estético. E, assim, assumir a sua posição enquanto disciplina conivente com a norma.

De toda forma, definir que crianças tidas como trans precisam tanto de diagnóstico quanto de assistência precoce é uma atribuição psicologicamente ambígua, por 1) basear-se em um lugar-comum, que se refere às identidades trans e travestis como causadoras de sofrimento; 2) reproduzir a lógica de atendimentos individuais para tentar dar conta de questões estruturais; 3) e ampliar as intervenções na infância. Por fim, que um paciente tenha pressa, certamente, é algo compreensível. Não nos causa espanto entender a impaciência de um sujeito que viveu períodos de sua vida sem ter seu gênero legitimado. Que nós tenhamos pressa para vê-lo mudar, e mudar o quanto antes, com efeito, é um trabalho que pode ter vários nomes, mas o menos adequado talvez fosse chamá-lo de “terapia”.

REFERÊNCIAS

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



ARÁN, Márcia; MURTA, Daniela. Do diagnóstico de transtorno de identidade de gênero às redescrições da experiência da transexualidade: uma reflexão sobre gênero, tecnologia e saúde. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 15-41, 2009.

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. DSM-VI. 4.ed. Washington, DC: APA, 1994.

_____. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. DSM-5. 5.ed. Washington, DC: APA, 2013.

_____. Guidelines for psychological practice with transgender and gender nonconforming people. *American Psychologist*, v. 70, n. 9, p. 832-864, 2015.

BENJAMIN, Harry. *The Transsexual Phenomenon*. New York: Julian Press, 1966.

BENTO, Berenice; PELUCIO, Larissa. Despatologização do gênero: a politização das identidades abjetas. *Rev. Estud. Fem.*, Florianópolis, v. 20, n. 2, p. 559-568, ago. 2012.

_____. Nome social para pessoas trans: cidadania precária e gambiarra legal. *Contemporânea*, São Carlos, v. 4, n. 1, p. 165-182, 2014.

_____. *A reinvenção do corpo: sexualidade e gênero na experiência transexual*. Rio de Janeiro, Garamond, 2006.

BRASIL. Estatuto da Criança e Adolescente. *Lei n.º 8.069*, de 13 de julho de 1990. Brasília, 1990.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. *Humaniza SUS: clínica ampliada e compartilhada*. Brasília, DF, 2009.

_____. *Portaria n.º 2.803* de 19 de novembro de 2013 que redefine e amplia o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 de novembro de 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2803_19_11_2013.html>. Acesso em: 30 de jan. de 2019.

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

_____. *Problemas de gênero: feminismo e subversão de identidade*. 8 ed. Tradução de Renato Aguiar. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2015.



CANGUILHEM, Georges. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1995.

_____. Aspectos do Vitalismo. In: *O Conhecimento da Vida*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, pp. 85-105, 2012.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Resolução nº 1.955/2010*. Dispõe sobre a cirurgia de transgenitalismo e revoga a Resolução n. 1.652/2002, de 03 de setembro de 2010. Disponível em: http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/cfm/2010/1955_2010.htm. Acesso em: 03 de fev. de 2019.

HEMESATH, Tatiana; DE PAULA, Leila; CARVALHO, Clarissa; LEITE, Julio; GUARAGNA-FILHO, Guilherme; COSTA, Eduardo. Controversies on Timing of Sex Assignment and Surgery in Individuals With Disorders of Sex Development: A Perspective. *Front. Pediatr.* 6: 419, 2019.

JESUS, Jaqueline. *Homofobia: identificar e prevenir*. Rio de Janeiro: Metanoia, 2015.

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

LIONÇO, Tatiana. Atenção integral à saúde e diversidade sexual no Processo Transexualizador do SUS: avanços, impasses, desafios. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 43-63, 2009.

LOBATO, Maria; SAADEH, Alexandre; CORDEIRO, Desiree; et al. *Arch Sex Behav* 46: 2511, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10508-016-0864-6>. Acesso em: 30 de jan. de 2019.

MACHADO, Paula Sandrine. O sexo dos anjos: um olhar sobre a anatomia e a produção do sexo (como se fosse) natural. *Cad. Pagu*, Campinas, n. 24, p. 249-281, June, 2005.

MISKOLCI, Richard; CAMPANA, Maximiliano. “Ideologia de gênero”: notas para a genealogia de um pânico moral contemporâneo. *Soc. estado.*, Brasília, v. 32, n. 3, p. 725-748, Dec. 2017.

MOIRA, Amara. *De onde vêm nossas disforias?*. Transfeminismo. Disponível em: <https://transfeminismo.com/de-onde-vem-nossas-disforias/>. Acesso em: 03 de fev. de 2019.



ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Manual de classificação internacional de doenças, lesões e morte*. Nona revisão, 1975. São Paulo: Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português; 1978.

_____. *Classificação internacional de doenças e problemas relacionados à saúde*. Décima revisão. São Paulo: Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português, 1993.

PRADO, Marco Aurélio Máximo. *Ambulare*. Belo Horizonte (MG): PPGCOM UFMG, 2018.

TEIXEIRA, Flavia do Bonsucesso. Histórias que não têm era uma vez: as (in)certezas da transexualidade. *Rev. Estud. Fem.*, Florianópolis, v. 20, n. 2, p. 501-512, Aug. 2012.

V, Viviane. Por inflexões decoloniais de corpos e identidades de gênero inconformes: uma análise autoetnográfica da cisgeneridade como normatividade. Salvador, 2016. *Dissertação de mestrado*. Programa Multidisciplinar de Pós-Graduação em Cultura e Sociedade, Universidade Federal da Bahia.