

Dossiê Olhares Cruzados sobre a Normalização

‘Disforia’ e ‘incongruência’ de gênero: Notas sobre a gestão biomédica da(s) infância(s) e adolescência(s) ‘trans’

Júlia Clara de Pontes¹

Este artigo discute modalidades de compreensão e gestão fornecidas pelos saberes biomédicos para a assistência em saúde de crianças e adolescentes trans e/ou não conformes de gênero. Tomando como objeto as normas, diretrizes e resoluções que buscam estabelecer e regular práticas de saúde ao grupo em questão, como o DSM-V, as NDA da World Professional Association for Transgender Health (WPATH) e as diretrizes da Sociedade Americana de Endocrinologia, analisa-se as categorias diagnósticas, seus critérios e as orientações para o manejo das intervenções clínicas. Ao longo das três seções que compõem o texto, discute-se as relações entre as convenções biomédicas e determinados valores e concepções sociais de gênero presentes nos documentos. Conclui-se que apesar do caráter pretensamente técnico, os documentos atualizam expectativas socioculturais tanto na definição de categorias diagnósticas como na orientação para as intervenções hormonais.

Palavras-chave: crianças, adolescentes, gênero, transgeneridade, cuidado em saúde

Gender ‘Dysphoria’ and ‘Variability’: Notes on the Biomedical Management of Gender Nonconformity in Childhood and Adolescence discusses modalities of understanding and management provided by the biomedical knowledge for the health care of transgender/gender-nonconforming children and adolescents. Taking as its object the norms, guidelines and resolutions that establish and regulate health practices for the group in question, such as the DSM-V, the World Professional Association for Transgender Health (WPATH)’s Standards of Care (SOC) and the American Society of Endocrinology’s guidelines, it analyzes the diagnostic categories, their criteria and the orientations for the management of clinical interventions. Throughout the three sections of this article, the paper discusses the existing relationship between the biomedical and certain values and social concepts of gender present in these documents. The analysis suggests that despite the supposedly technical character they update some socio-cultural expectations as expressed both in the definitions of the diagnostic categories and in the orientations for hormonal interventions.

Keywords: children, adolescents, gender, transgender, health care

¹ Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e do Trabalho (PST) da Universidade de São Paulo (USP) e bacharela em psicologia pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). Integra o Laboratório Interdisciplinar Ciências Humanas, Sociais e Saúde (LICHSS), do Instituto Saúde e Sociedade (ISS), da Unifesp. E-mail: juliyclara.pontes@usp.br

Introdução

E no jejum, nada acontecia
Mas ela ia, mas ela ia
Acabou o país das maravilhas
E agora é vida, agora é vida
— Alice Guél, *Deus é travesti* (2017)²

Entre março e abril de 2017, a Rede Globo exibiu em canal aberto o documentário intitulado *Quem sou eu?*, dedicado a retratar aspectos da trajetória de pessoas que, nos termos da narrativa, “não se identificam com o sexo de nascença”³. Alice, personagem de Lewis Carroll, é utilizada no enredo para representar pessoas que “sentem que nasceram no corpo errado” e que “enfrentam um caminho difícil para assumir uma nova identidade”. No primeiro episódio, somos apresentados a uma criança de 11 anos, uma garota trans. As cenas exibidas nos conduzem, em um primeiro momento, ao espaço íntimo e privado da casa, mais especificamente ao quarto da menina, que se encontra de pernas cruzadas, sentada em sua cama, escrevendo em um diário de cor rosa. A garota tem cabelos longos e está vestida com roupas infantis, sendo praticamente impossível diferenciá-la de qualquer outra menina de sua idade. Entre pelúcias, bonecas, bolsas e estojos de cor rosa, a apresentadora questiona: “Desde quando você começou a não gostar que te chamassem de [nome de registro masculino]?”. Ao que ela responde: “[Desde] sempre, totalmente sempre”.

Do quarto à sala, o foco se volta aos pais da menina, buscando explorar suas possíveis dificuldades e receios diante da não-conformidade de gênero expressa pela filha. A apresentadora pergunta: “Quando que vocês perceberam que ela era uma menina e não um menino?”. O pai, aparentemente constrangido, responde: “Desde muito cedo, quando ela começou a usar roupas da mãe, os sapatos”. Há uma ênfase em retratar a trajetória da família que os levou ao Instituto de Psiquiatria (IPq) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP)⁴, onde teriam encontrado suporte e

² Trecho da música *Deus é travesti*, que compõe o álbum *Alice no País que Mais Mata Travestis*, de Alice Guél. De modo semelhante ao documentário mencionado na introdução do artigo, a artista faz referência à obra *Alice no País das Maravilhas*. Nota-se, no entanto, uma diferença significativa no uso da referência: diferentemente do documentário, que utiliza o enredo da história como metáfora para o processo de “transição de gênero”, na poesia de Alice Guél o “país das maravilhas” idealizado dá lugar ao “país que mais mata travestis”, sublinhando uma crítica à violência de gênero que atinge pessoas trans no Brasil, sobretudo travestis.

³ Os trechos citados em aspas foram transcritos integralmente do material do documentário em questão, disponível online em: <http://especiais.g1.globo.com/fantastico/2017/quem-sou-eu/>

⁴ O IPq da FMUSP abriga um dos primeiros ambulatórios no Brasil a atender crianças e adolescentes trans e seus familiares, em caráter experimental e vinculado a um projeto de pesquisa (BRASIL, 2015).

apoio de profissionais especialistas no assunto. Ao longo do episódio, que dura aproximadamente 15 minutos, acompanhamos o itinerário da família, que vai do espaço privado da residência ao contexto de um ambulatório especializado. A narrativa da criança e seus familiares é seguida pela narrativa de um médico psiquiatra, que fornece uma explicação mais geral acerca da transexualidade na infância e adolescência.

De caráter menos especulativo, a produção em questão apresenta uma perspectiva sobre as experiências trans na infância e adolescência que se aproxima daquelas encontradas em documentários elaborados em outros países, em especial de língua inglesa⁵. Trata-se de um enquadramento narrativo que reúne algumas características que merecem destaque. Em primeiro lugar, recorre-se a termos e categorias próprios aos saberes (bio)médicos e “psi”, como disforia de gênero, categoria diagnóstica inscrita na quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) (APA, 2014), difundindo-os para o público não especializado. Em segundo lugar, elege-se profissionais da saúde, sobretudo médicos, como interlocutores privilegiados para fornecer explicações sobre a existência de crianças e adolescentes que se identificam com um gênero distinto daquele designado no nascimento. Por fim, apresenta-se um quadro de intervenções clínicas possíveis, como bloqueio puberal e hormonioterapia, validando-as como parte de um protocolo sanitário de mudança de gênero. Forja-se, assim, um repertório específico acerca das infâncias e adolescências “trans” que as inscreve como uma questão para/de saúde.

Neste artigo, adotamos como tema de interesse a constituição desse repertório, ou seja, as modalidades de compreensão fornecidas pelos saberes biomédicos para a existência de crianças e adolescentes trans. Trata-se de um tema que merece atenção, haja vista o debate atual acerca da assistência em saúde a crianças e adolescentes trans e/ou com variabilidade de gênero no Brasil, mas também as recentes controvérsias em torno da interface entre infância/adolescência e gênero/sexualidade. Interessa, em particular, o modo como os saberes científicos, entre eles a endocrinologia, a psiquiatria e outros, têm definido modos de compreender e gerir questões relacionadas a sexo/gênero na infância e adolescência. Serão analisados documentos de relevância nacional e internacional que procuram estabelecer e regular a assistência em saúde a crianças e adolescentes trans, como o DSM-5, as Normas de Atenção (NDA) à Saúde das Pessoas Trans e com

⁵ São exemplos os documentários *My Secret Self: A Story of Transgender Children* (2007), exibido no programa 20/20 da rede de televisão ABC, *Living a Transgender Childhood* (2012), exibido pela emissora NBC, ou ainda o reality show *I am Jazz* (2016-) exibido no canal TLC e veiculado no Brasil sob o título de *A vida de Jazz*, no Discovery Home and Health.

Variabilidade de Gênero da World Professional Association for Transgender Health (WPATH)⁶ (COLEMAN *et al.*, 2012) e as Diretrizes da Sociedade Americana de Endocrinologia (HEMBREE *et al.*, 2017), em diálogo com as resoluções e pareceres do Conselho Federal de Medicina (CFM) (2013, 2019).

Faz-se importante ressaltar que as reflexões aqui elaboradas se limitam a discutir as categorias e convenções biomédicas. Adota-se, para tanto, uma perspectiva sociocultural acerca da assistência em saúde, enfatizando valores, concepções e significados que sustentam as normas e diretrizes discutidas. Procura-se analisar os arranjos sociais implicados na assistência em saúde de crianças e adolescentes trans (ou gênero-variantes), enfatizando a presença de aspectos socioculturais na construção de quadros clínicos (COTTET, BÉLIARD e NAKAMURA, 2019).

Este texto está organizado em três seções, além destas notas introdutórias e das notas finais. Na primeira, discute-se as convenções biomédicas mais recentes em torno das categorias “disforia” e “incongruência” de gênero, com ênfase nos critérios e definições gerais desses diagnósticos para a infância e adolescência. Em seguida, explora-se as interfaces entre gênero e (bio)tecnologias nas propostas de intervenções hormonais apresentadas nos documentos analisados, como hormonioterapia e bloqueio puberal. Por fim, na terceira seção, interroga-se o impacto dessa “nova” gestão biomédica das infâncias e adolescências trans e/ou com variabilidade de gênero na experiência social da(s) vivência(s) trans.

‘Disforia’ e ‘incongruência’ de gênero: categorias e convenções

As categorias atualmente empregadas para descrever as experiências trans têm se afastado de matrizes teóricas específicas e de uma classificação que enfatiza a identidade. No DSM-5, o diagnóstico de “disforia de gênero” substitui o “transtorno de identidade de gênero”, uma mudança que, como argumenta a APA (2013)⁷, pretende tornar o texto mais descritivo. Acompanhando esse movimento, o diagnóstico de “incongruência de gênero” na

⁶ A WPATH é uma associação internacional de profissionais e pesquisadores envolvidos na construção de diretrizes e normas de atenção, promoção de saúde e defesa dos direitos de pessoas trans e com variabilidade de gênero. Fundada em 1979, era conhecida pelo seu nome anterior: Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association.

⁷ O caráter pretensamente descritivo e empiricamente mensurável que caracteriza o DSM-5 é resultado de uma ruptura histórica, levada à cabo ainda em 1980, no DSM-3. Esse movimento, que deixou de priorizar o debate acerca da etiologia dos transtornos mentais, descartando categorias derivadas da psicanálise, foi responsável pela globalização da psiquiatria americana de viés biológico (RUSSO e VENÂNCIO, 2006).

nova Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-11)⁸ (WHO, 2019) substitui o de “transtorno da identidade sexual” da CID-10, alteração que ocorre em conjunto com a passagem da categoria diagnóstica do conjunto F (transtornos comportamentais e de personalidade) para o conjunto H (condições associadas à saúde sexual). Tais alterações tanto buscam responder às reivindicações pela despatologização das identidades trans (WINTER et al., 2019) quanto pretendem, supostamente, fornecer mais objetividade aos diagnósticos. Já nas NDA da WPATH (COLEMAN *et al.*, 2012), a disforia de gênero divide espaço com a categoria “variabilidade de gênero”. Com o uso de ambas, a Associação busca separar a experiência com o gênero – que denominam variabilidade – do sofrimento próprio à disforia, que pode ou não estar presente.

Entre as categorias citadas, “disforia” e “incongruência” podem ser consideradas centrais, uma vez que inscritas em documentos que pretendem fornecer consensos para o campo da saúde. Elas compartilham algumas características em comum, como: a divisão em etapas do desenvolvimento ou fases da vida (diferenciação entre crianças, adolescentes e adultos) e uma ênfase em certo mal-estar, desconforto ou sofrimento que constitui a base do diagnóstico. Em termos gerais, o DSM-5 define “disforia de gênero” como a:

[i]ncongruência acentuada entre o gênero experimentado/expresso e o gênero designado de uma pessoa, com duração de pelo menos seis meses (...) associada a sofrimento clinicamente significativo ou a prejuízo no funcionamento social, acadêmico ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo (APA, 2014, p. 452).

Nota-se, de início, uma correlação entre os textos. Ao definir a disforia, o manual utiliza o termo “incongruência”, empregado na CID-11. Vale dizer, no entanto, que embora a definição geral de disforia de gênero enfatize, em um primeiro momento, a “discrepância” (*Ibid.*, p. 453) entre o gênero designado e o gênero expresso – o que tornaria todas as pessoas trans pessoas “disfóricas” de gênero –, em um segundo momento o texto sublinha que deve haver “evidências de sofrimento causado por essa incongruência” (*Ibid.*). Assim, seria possível questionar: o que define a disforia é a “incongruência” de gênero, ou seja, a falta de

⁸ A CID é um documento de responsabilidade da Organização Mundial da Saúde (OMS) que classifica, agrupa e codifica doenças, sintomas, queixas e outros aspectos de relevância, procurando oferecer uma linguagem comum para profissionais de saúde, serviços e clínicas, bem como para seguradoras, pesquisadores etc. Já o DSM, publicação da American Psychiatric Association (APA), surge como alternativa à CID. Seu principal objetivo, nos termos de Russo e Venâncio (2006), é normalizar e homogeneizar a classificação de transtornos mentais.

“correspondência” entre sexo e gênero, ou o sofrimento? Essa indiferenciação e sobreposição de objetos permanece ao longo do texto, preservando certa ambiguidade definicional⁹.

Algo semelhante pode ser encontrado na CID-11, que apresenta definições ainda mais sucintas. De acordo com o texto:

A incongruência de gênero é caracterizada por uma incongruência marcada e persistente entre o gênero experimentado de um indivíduo e o sexo atribuído. O comportamento variante de gênero e as preferências por si só não são uma base para atribuir os diagnósticos neste grupo (WHO, 2019).

A definição apresentada é tautológica, destacando a não correspondência entre o gênero de identificação e o “sexo designado”. Nota-se que gênero e sexo são colocados em oposição e que a incongruência, por sua vez, designa o suposto desacordo entre eles. No entanto, ainda que o termo “incongruência” – assim como “disforia” – se pretenda mais descritivo em comparação com a categoria “transtorno de identidade de gênero”, ele supõe, por oposição, uma experiência de congruência. Em linhas gerais, ao subtrair quaisquer considerações acerca da diferenciação social de gênero, a definição de ambas as categorias tende a naturalizar o processo que marca alguns gêneros como congruentes, adequados, correspondentes – sinônimos de “congruência” – em oposição aos gêneros incongruentes, não-conformes, divergentes¹⁰.

Os critérios diagnósticos para incongruência e disforia também se aproximam. No DSM-5, eles são organizados em dois subgrupos: A (critérios para caracterização da incongruência entre o gênero experimentado e o gênero designado) e B (associação a um sofrimento clinicamente significativo) (APA, 2014). Apesar das diferenças do diagnóstico para a infância, a adolescência e a vida adulta, tanto a CID-11 quanto o DSM-5 adotam como base: 1) forte desconforto com o gênero designado ao nascer e/ou características sexuais primárias/secundárias; 2) forte desejo de ser de outro gênero, ou a identificação como membro de outro gênero; e 3) o desejo por adquirir caracteres sexuais primários/secundários associados ao gênero expresso. No entanto, apesar do esforço descritivo assumido pela APA e pela OMS, a localização da disforia/incongruência é pouco precisa: ela está no descompasso entre o gênero designado socialmente ao nascer e aquele

⁹ A APA afirma que emprega termos e conceitos “amplamente utilizados por clínicos de várias disciplinas com especialização nessa área” (APA, 2014, p. 451), sem, no entanto, defini-los propriamente no texto do DSM-5.

¹⁰ Entre todos os documentos citados, as NDA da WPATH são as que mais se aproximam de uma definição ampla, reconhecendo a importância das convenções sociais no debate sobre gênero.

assumido pela pessoa? Entre gênero e “sexo somático”? Essas questões se multiplicam caso as interrogações sejam estendidas aos termos “gênero” e “sexo”.

No caso de crianças pré-púberes, o DSM e a CID ressaltam o universo lúdico. O diagnóstico de “incongruência de gênero na infância” na CID-11 adota como um dos critérios a preferência por “brincadeiras de faz-de-conta, brinquedos, jogos ou atividades e companheiros de brincadeira que são típicos do gênero experimentado”, muito embora reconheça que, na ausência de outros aspectos, o comportamento não conforme de gênero não é suficiente para atribuir o diagnóstico (WHO, 2019). Na mesma direção, o DSM-5 oferece exemplos de manifestações culturais observáveis da disforia. No caso das crianças pré-púberes designadas meninos ao nascer, mas que se identificam com o gênero feminino, o texto enfatiza que elas:

Preferem usar trajes de meninas ou de mulheres ou podem improvisar roupas com qualquer material disponível (...) podem desempenhar papéis femininos em brincadeiras (p. ex., brincar de “mãe”) e com frequência se interessam intensamente por bonecas. Na maioria das vezes, preferem atividades, jogos estereotípicos e passatempos tradicionalmente femininos (p. ex., “brincar de casinha”, desenhar quadros femininos, assistir a programas de televisão ou vídeos com personagens femininos favoritos) (...). Eles evitam brincadeiras agressivas e os esportes competitivos e demonstram pouco interesse por brinquedos estereotipicamente masculinos (p. ex., carrinhos, caminhões). Alguns fingem que não têm pênis e insistem em urinar sentados (APA, 2014, pp. 453-454).

Tais descrições são fornecidas ao leitor sob o título “características diagnósticas” e pretendem resumir as expressões culturais indicativas da disforia. No texto, feminilidade e masculinidade são fixados como opostos simétricos: “brincar de mãe” ou “de casinha” são sublinhados como expressão do gênero feminino, evocando determinada associação entre passividade e domesticidade, em oposição a uma postura ativa, enérgica e agressiva, reservada à masculinidade. A prática de urinar sentado – decodificada como feminina – é descrita em oposição a “urinar em pé”, lida como masculina. Trata-se de uma descrição que acirra um dualismo sem interrogar os processos pelos quais brinquedos, práticas infantis e o próprio corpo são *generificados* socialmente.

Do outro lado dessa oposição, encontram-se as crianças designadas meninas ao nascer, mas que se identificam com o gênero masculino. De acordo com o manual, elas:

Preferem usar roupas e cortes de cabelo de meninos (...) geralmente apresentam reações negativas intensas às tentativas dos pais de fazê-las usar vestidos ou outros trajes femininos (...) sua preferência é por esportes de contato, brincadeiras agressivas e competitivas, jogos

tradicionalmente masculinos e ter meninos como pares. Elas demonstram pouco interesse por brinquedos (p. ex., bonecas) ou atividades (p. ex., usar vestidos ou desempenhar papéis femininos em brincadeiras) tipicamente femininos. Às vezes, recusam-se a urinar na posição sentada. Algumas meninas podem expressar o desejo de ter um pênis, afirmar ter um pênis ou que terão um pênis quando forem mais velhas. Também podem afirmar que não querem desenvolver seios ou menstruar (*Ibid.*, p. 454).

Neste segundo caso, nota-se uma ênfase na recusa da feminilidade pela criança, expressa pelas “reações negativas intensas às tentativas dos pais de fazê-las usar vestidos ou outros trajes femininos” (*Ibid.*, p. 453). As descrições também enfatizam a rivalidade como traços inerentes à posição masculina, traduzidas na preferência por esportes de contato e por ter meninos como seus pares.

Com base nas formulações apresentadas, parece possível argumentar que tanto a CID-11 quanto o DSM-5 recorrem a uma descrição fenomenológica como “prova incontestável e como ponto de explicação” (SCOTT, 1998, p. 301). As descrições fornecidas, sobretudo no DSM-5, se apoiam em um conjunto de símbolos culturalmente disponíveis¹¹ – a figura/imagem presumidamente passiva da mãe em oposição à figura ativa, competitiva e agressiva de alguém que pratica esportes – que evocam representações, realizando sobre elas uma interpretação que fixa seus sentidos. No interior de tais descrições, parece difícil conceber uma criança que se identifica com o “masculino”, mas que expressa interesse por brincar com bonecas ou, ainda, que não se interesse por brincadeiras agressivas e/ou competitivas, demonstrando que a estabilização de tais conceitos – de feminino e masculino – depende “da repressão de outras possibilidades alternativas” (*Idem*, 1995, p. 21). Os textos discutidos, sobretudo o DSM, parecem empregar determinados marcos socioculturais como horizonte de avaliação diagnóstica. Como ressalta a APA na versão discutida do DSM, muitos “dos critérios básicos fundamenta-se nas diferenças comportamentais de gênero bem comprovadas entre meninos e meninas com desenvolvimento normal” (APA, 2014, p. 455)¹².

¹¹ Bento (2016) alerta que, a despeito da tentativa de esgotar a diversidade cultural de gênero e manter seu alcance global, o DSM-5 adota como critérios marcos socioculturais particulares, universalizando-os.

¹² A identificação da incongruência/disforia em crianças menores pressupõe um adulto capaz de decodificar o cotidiano infantil a partir dos critérios diagnósticos, sejam eles os pais e/ou familiares ou ainda os profissionais de saúde. Evidencia-se assim como os olhos – de adultos – podem operar como “sistemas de percepção ativos” capazes de construir “traduções e modos específicos de ver, isto é, modos de vida” (HARAWAY, 1995, p. 22). Do descritivo ao performativo, tais documentos revelam seu potencial para atualizar e reforçar determinados códigos de gênero.

Já os diagnósticos para adolescência dedicam certa ênfase no corpo e nos caracteres sexuais primários e secundários. Com descreve o DSM-5 (*Ibid.*, p. 454), crianças prestes a entrar na puberdade se preocupariam cada vez mais “com as mudanças físicas iminentes”, manifestando um:

[f]orte desejo de livrar-se das próprias características sexuais primárias e/ou secundárias em razão de incongruência acentuada com o gênero experimentado/expresso (ou, em adolescentes jovens, desejo de impedir o desenvolvimento das características sexuais secundárias previstas) (...) forte desejo pelas características sexuais primárias e/ou secundárias do outro gênero (APA, 2014, p. 452).

Em ambos os diagnósticos, de “disforia” e de “incongruência”, as descrições enfatizam o conflito do adolescente com o corpo. De um lado, ressalta-se uma aversão que levaria ao desejo de livrar-se de determinados atributos corporais; de outro, um desejo por obter atributos corporais associados ao gênero de identificação por meio do uso de hormônios, cirurgias e outros procedimentos. Não há, no entanto, uma análise acerca dos processos subjacentes as descrições apresentadas.

Em face dos “sinais visíveis da puberdade” (*Ibid.*, p. 454), o DSM-5 enumera um conjunto de práticas protagonizadas por jovens, como: depilação, *tucking* (técnica de ocultamento do pênis), uso de faixas (*binders*) para tornar invisível ou diminuir o tamanho das mamas, uso de roupas mais folgadas (entre garotos trans) e uso de hormônios sem prescrição. O manual se limita a enumerá-las, apontando-as como características que apoiariam o diagnóstico. De modo semelhante, a CID-11 informa que adolescentes com incongruência de gênero podem procurar por tratamento hormonal, cirurgias e outros procedimentos a fim de “viver e ser aceito como um membro do gênero de identificação”, o que os permitiria “alinhar” corpo e identidade. Para estabilizar suas descrições, ambos os textos recorrem a certa divisão entre “sexo atribuído ou somático” e “gênero”, caracterizando a disforia ou incongruência como o sofrimento que acompanha a não correspondência entre ambos. Para que tal descrição mantenha sua estabilidade, os textos precisam excluir qualquer debate sobre o horizonte normativo que advoga pela linearidade regulatória entre sexo-gênero-desejo (BUTLER, 2013). Ou seja, apesar de citar termos como “reconhecimento” e “aceitação” e relacioná-los com a procura por procedimentos hormonais e/ou cirúrgicos, os documentos não os discutem.

Nota-se, assim, que os textos não fazem menção à dimensão sociocultural do gênero, mas recorrem a descrições centradas no indivíduo. Essa individualização acompanha uma

naturalização do corpo e da puberdade, compreendidos como entes naturais, universais e imutáveis. Contudo, se assumirmos que não existem formas e atributos corporais pré-discursivos (*Idem*), ou seja, anteriores à significação sociocultural, poderíamos questionar: é possível separar o incômodo em relação a determinados atributos corporais do que eles implicam em termos sociais de gênero? A necessidade de um jovem trans de diminuir a aparência das mamas com faixas, por exemplo, pode ser tematizada sem levar em consideração as implicações dessa característica para o reconhecimento de sua identidade? Ou ainda: podem os corpos trans serem tematizados sem menção aos regimes de leitura social de que derivam expectativas sociais de gênero? Trata-se de refletir sobre a constituição da própria materialidade do corpo no interior de sistemas que impõem à matéria-prima biológica formas manifestas de sexo e gênero, de modo a recusar uma interpretação que localiza nele o substrato irredutível da diferença sexual (PRECIADO, 2018; RUBIN, 2017[1975]).

Embora procurem responder às reivindicações pela despatologização das identidades e experiências trans¹³, tanto a CID-11 quanto o DSM-5 empregam o termo “gênero” a fim de denotar a identidade ou – mais especificamente o DSM-5 – o “papel público desempenhado (e em geral juridicamente reconhecido) como menino ou menina, homem ou mulher” (APA, 2014, p. 451). No entanto, de modo distinto das ciências sociais, que vêm utilizando gênero como categoria analítica para interrogar as diferenças socioculturais atribuídas a uma noção de natureza universal e imutável (HARAWAY, 2004), os textos parecem recorrer ao termo como índice de normalidade, naturalizando diferenças entre homens e mulheres¹⁴. O silêncio em relação ao papel desempenhado pelas normas, regras e convenções sociais na produção e regulação das diferenças de gênero acompanha, como apresentado e discutido, certa naturalização das diferenças entre feminino/masculino. Nesse sentido, o próprio “gênero” se torna uma categoria “diagnóstica” (BENTO, 2016), sendo utilizado como um termo operativo de protocolos, diretrizes e normas que, como veremos a seguir, estão suscetíveis a certo imperativo de normalização.

¹³ Apesar das mudanças nas nomenclaturas, alguns autores têm questionado a pertinência dos diagnósticos de disforia e incongruência de gênero na infância, sobretudo entre crianças pré-púberes. Como defendem Winter *et al.* (2019), tais diagnósticos seriam inapropriados, desnecessários e prejudiciais, uma vez que patologizam a experiência de crianças que estão apenas “explorando sua experiência de gênero” (p. 672).

¹⁴ Vale ressaltar que, a despeito das mudanças nas classificações diagnósticas, o DSM tem sido alvo de críticas pela proximidade com normas socioculturais. Como argumenta Bento (2016), os critérios diagnósticos se confundem, por vezes, com “normas sociais hegemônicas definidoras do que é apropriado às meninas e aos meninos” (p. 512).

Intervenções clínicas: interfaces entre gênero e (bio)tecnologias

As diretrizes da Sociedade Americana de Endocrinologia (HEMBREE *et al.*, 2017), as NDA da WPATH (COLEMAN *et al.*, 2012), o parecer nº 8 (CFM, 2013) e a resolução nº 2.265/2019 do CFM (*Idem*, 2019) orientam práticas interventivas que podem ser divididas em dois eixos: 1) acolhimento, avaliação e acompanhamento psicossocial, protagonizados por profissionais de saúde mental (psicólogos e psiquiatras); e 2) intervenções hormonais, ou seja, bloqueio puberal e hormonioterapia cruzada, com maior participação de endocrinologistas. O primeiro eixo, de acordo com Hembree *et al.* (2017), deve contar com profissionais aptos a diagnosticar o quadro de disforia/incongruência de gênero a partir dos critérios do DSM-5 e da CID-11, respectivamente, diferenciando-os de outras condições psiquiátricas. Ainda de acordo com os autores, os profissionais devem ter competência para “considerar e referir os sujeitos aos tratamentos adequados” (*Ibid.*, p. 3870). As NDA da WPATH (COLEMAN *et al.*, 2012).

Após a avaliação clínica, os documentos discutem a transição social como etapa possível para assumir publicamente a identidade de identificação e seus códigos sociais (nome, vestimentas, nome, cortes de cabelo etc.). Em relação às crianças pré-púberes, a transição social não envolve intervenções hormonais, dependendo, em geral, da autorização e apoio dos familiares. Não obstante, com exceção das NDA da WPATH (*Ibid.*), os documentos dedicam pouca atenção ao tema, à sua inserção do campo da saúde e à participação dos profissionais. É a “adolescência” que recebe mais atenção, tendo em vista as mudanças físicas e seu impacto para a transição de gênero. A discussão sobre adolescência e puberdade acompanha o debate acerca do bloqueio puberal e da hormonioterapia cruzada. Nesses casos, a elegibilidade para as intervenções depende da adequação aos critérios diagnósticos para a disforia de gênero, anteriormente discutidos (HEMBREE *et al.*, 2017; COLEMAN *et al.*, 2012; CFM, 2013; 2019).

As intervenções hormonais em corpos púberes têm sido divididas em duas modalidades: “intervenções totalmente reversíveis”, como o bloqueio puberal, e “intervenções parcialmente reversíveis”, como a hormonioterapia cruzada. No primeiro caso, os agonistas de GnRH¹⁵ permitem suspender, por tempo limitado, o desenvolvimento

¹⁵ O GnRH estimula a secreção dos hormônios luteinizante (LH) e folículo-estimulante (FSH) que, por sua vez, estimulam a produção de esteroides sexuais (testosterona e estrógeno). Os agonistas são substâncias que inibem a secreção de gonadotrofinas hipofisárias (LH e FSH) e, portanto, a produção de esteroides sexuais, retardando o desenvolvimento puberal. Vale dizer que tais substâncias são empregadas também em protocolos

de determinados atributos corporais. O bloqueio puberal é sugerido na fase 2 de Tanner¹⁶ e, como salientam os textos discutidos, justifica-se pela possibilidade de: 1) prolongar o tempo para explorar a experiência de gênero e 2) impedir a aparição de caracteres sexuais difíceis de reverter. Entre os critérios definidos pelas NDA da WPATH (COLEMAN *et al.*, 2012) estão: intensidade e longa duração das experiências de variabilidade de gênero e/ou disforia; agravo da disforia com o início da puberdade; consentimento informado dos sujeitos acompanhados e de seus familiares. O bloqueio, defendem as normas, poderia evitar “consequências sociais e emocionais negativas da disforia de gênero” (*Ibid.*, p. 22). Após os 16 anos, no entanto, as equipes, junto aos familiares e adolescentes, podem decidir pelo início da hormonioterapia¹⁷.

Na “hormonioterapia cruzada”, a administração regular e gradual de estrógeno ou testosterona induz o aparecimento de atributos corporais associados ao gênero de identificação. Se, como demonstrado anteriormente, o DSM-5 e a CID-11 recorrem à noção de “puberdade” como um fato natural, o debate acerca das intervenções hormonais – com o emprego de expressões como “indução de puberdade” – parece depor contra esse paradigma: a “verdade” do dimorfismo sexual é confrontada com práticas de gestão (bio)tecnológica do corpo. Na esteira das reflexões de Machado (2005) acerca da gestão biomédica de corpos intersexo, o que se observa é que o uso de (bio)tecnologias fragiliza a divisão já tênue entre sexo e gênero (ou natureza e cultura), demonstrando um arranjo em que o “social” atua sob o *orgânico-molecular*, a fim de restaurar e/ou produzir certa natureza idealizada. A puberdade, tida como processo biológico universal, torna-se objeto de uma gestão biomédica que, por sua vez, expõe um paradigma semelhante ao que Preciado (2018) denomina de “tecnogênero”, ou seja, um conjunto de tecnologias – visuais, hormonais, textuais, pedagógicas etc. – acionadas a fim de produzir corporalidades/subjetividades.

Não obstante, diferente dos corpos intersexo, cuja “ambiguidade” genital é a justificativa para intervenções que pretendem devolver o corpo à norma (GAUDENZI,

que não envolvem necessariamente pessoas trans e/ou com variabilidade de gênero, como na gestão de puberdade precoce.

¹⁶ Criada em 1962 pelo médico inglês J. M. Tanner, a escala de Tanner é uma ferramenta utilizada para avaliar o desenvolvimento puberal. Ela descreve as mudanças corporais observáveis ao longo da puberdade, classificando-as em cinco estágios principais. O desenvolvimento de caracteres sexuais primários e secundários é avaliado por meio dessa escala, que diferencia entre “sexo” masculino e feminino.

¹⁷ Apesar das indicações, o processo decisório em torno das intervenções hormonais é marcado por controvérsias e impasses. Como discutido em pesquisa anterior (PONTES; SILVA e NAKAMURA, 2020), a decisão de autorizar ou não o bloqueio puberal e/ou hormonioterapia expõe incertezas profissionais, receios e expectativas parentais, entre outros aspectos.

2018; MACHADO, 2005), no caso de crianças e adolescentes trans e/ou com variabilidade de gênero, é a noção de sofrimento que justifica o emprego de (bio)tecnologias em corpos considerados “saudáveis”. Atribui-se à supressão e indução de puberdade um caráter terapêutico, já que seriam responsáveis por aliviar a disforia de gênero. As NDA da WPATH argumentam que tais procedimentos podem “ajudar as pessoas a se sentirem confortáveis consigo mesmas” (COLEMAN *et al.*, 2012). Já as diretrizes da Sociedade Americana de Endocrinologia (HEMBREE *et al.*, 2017, p. 3880) sublinham que, para adolescentes com disforia e/ou incongruência de gênero, “as mudanças físicas puberais são insuportáveis”, o que faz das intervenções hormonais uma alternativa possível. Algo muito semelhante é encontrado nas resoluções e pareceres do CFM, que descrevem as intervenções hormonais como forma de responder ao sofrimento psíquico intenso que resultaria da “relação complexa estabelecida entre a criança ou adolescente púbere e seu corpo não congruente com sua identidade de gênero” (CFM, 2019, p. 4).

É consenso entre os documentos discutidos que o sofrimento, designado sob a noção de disforia e incongruência, é passível de ser diagnosticado e opera como a principal justificativa para as intervenções hormonais. Não se trata de um aspecto novo, afinal, o sofrimento tem sido o articulador das práticas clínicas em torno de pessoas trans (BARBOSA, 2015). Nota-se, no entanto, a ausência de uma definição capaz de estabelecer o que pode ou não ser considerado sofrimento e quais as formas de compreendê-lo. Como afirma o DSM-5, crianças mais jovens:

podem demonstrar sinais de sofrimento (p. ex., choro intenso) somente quando os pais dizem que ela ou ele não é “realmente” membro do outro gênero, mas apenas “deseja” ser. O sofrimento pode não se manifestar em ambientes sociais que apoiam o desejo da criança de viver o papel do outro gênero e pode surgir somente se houver alguma interferência nesse desejo (APA, 2014, p. 455).

Já entre adolescentes e adultos, o sofrimento é atribuído à “forte incongruência entre o gênero experimentado e o sexo somático”, que pode ser mitigado “por ambientes que apoiam e pela existência de tratamentos biomédicos” (*Idem*). Em acordo com reflexão elaborada anteriormente (PONTES; SILVA e NAKAMURA, 2020), a análise dos documentos sugere que a noção de “sofrimento” abriga uma sobreposição de diferentes acepções. De um lado, encontram-se os sofrimentos resultantes de práticas discriminatórias e do não reconhecimento da identidade de gênero, que, de acordo com a WPATH, seriam “socialmente provocados e não inerentes ao fato de ser uma pessoa trans ou com

variabilidade de gênero” (COLEMAN *et al.*, 2012, p. 5). De outro, encontra-se o sofrimento próprio ao quadro de disforia/incongruência, “diagnosticável e para o qual existem diferentes opções de tratamento” (*Ibid.*, p. 6). Suspeita-se que essa sobreposição, no entanto, tem como um de seus efeitos submeter questões de ordem coletiva – como discriminação e estigmatização – ao âmbito individual, com consequências diretas para a gestão clínica das intervenções hormonais.

A proposta da “intervenção médica precoce” (CFM, 2013, p. 3; COLEMAN *et al.*, 2012) permite analisar melhor essa sobreposição. De acordo com os documentos já citados, a supressão da puberdade e a hormonioterapia cruzada permitiriam: mitigar os sofrimentos que resultam do desenvolvimento puberal (disforia); prolongar o tempo para avaliar a identidade de gênero, melhorando a precisão diagnóstica; e evitar “resultados desfavoráveis” relacionados a procedimentos tardios. A WAPTH menciona que a não realização “das intervenções médicas apropriadas para adolescentes poderia prologar a disforia de gênero e contribuir a uma aparência que contribui a abusos e estigmatização” (COLEMAN, *et al.*, 2012, p. 23). Já Hembree *et al.* (2017, p. 3880) observam que “os resultados físicos [com a intervenção precoce] são melhorados em comparação com o início da transição física após a puberdade ter sido concluída”, uma vez que “parecer um homem ou mulher vivendo como o sexo oposto cria barreiras difíceis com enormes desvantagens para a vida” (*Ibid.*, p. 3880-3881). As expressões selecionadas têm algo em comum: elas enfatizam a conformação físico-corporal a ideais de gênero como horizonte para a “gestão” clínica.

Nota-se certa ambiguidade nessas descrições: ao passo que reconhecem que a não adequação a normas e expectativas sociais de gênero pode expor pessoas trans à violência, estigmatização e outras “desvantagens”, a leitura parece sugerir que a “intervenção precoce” – ao administrar a conformidade de gênero – liberaria o sujeito de tais reveses sociais e suas consequências. Esse processo, por meio do qual uma pessoa trans passa a ser lida socialmente como “cis”, tem sido denominado “passabilidade” (PONTES e SILVA, 2017) e parece estar em jogo nos documentos. Em termos gerais, considerando que haja, como propõe Butler (2013), uma matriz social que produz inteligibilidade a partir da atribuição de um “sexo” (que unifica características corporais), de uma designação de gênero (em acordo com esse sexo) e de um desejo que pressupõe os elementos anteriores, a passabilidade procura denominar um corpo que, embora escape a essa matriz, é lido e decodificado socialmente como coerente, tornando-se *passável*. O termo parece fazer referência a dois processos: o de leitura social, que pode ser aproximado da ideia de

inteligibilidade discutida por Butler, e o de circulação social, afinal, “corpos que passam” são aqueles que circulam socialmente sem serem diretamente rastreados em suas diferenças.

Aqui temos uma pista das convenções que guiam os protocolos e diretrizes discutidos. A produção de gêneros coerentes – ou seja, aqueles em que sexo-gênero e desejo atendem a uma linearidade regulatória – depende e exige que “certos tipos de identidade não possam existir” (*Ibid.*, p. 39). Essa produção instaura e alimenta um regime social que reconhece algumas modalidades de existência como culturalmente inteligíveis e outras como abjetas, ou seja, aqueles que sobrevivem nas “zonas ‘inóspitas’ e ‘inabitáveis’ da vida social” (*Idem*, 2003, p. 155). Esse regime social regula o reconhecimento de algumas vidas como “humanas” e outras como inumanas/semi-humanas, uma atribuição diferencial de status que acompanha, por sua vez, uma distribuição desigual da violência, aspecto discutido por Butler em outro texto (*Idem*, 2015). Mas como tais questões se vinculam com a gestão biomédica das infâncias e adolescências trans? Ora, ainda que mencionem o risco à violência associado à não conformidade de gênero e o impacto dessas desvantagens para a saúde mental, os documentos parecem sugerir a produção de um corpo conforme – passável – como forma de evitá-las (PONTES; SILVA e NAKAMURA, 2020).

Essa proposta de gestão clínica, sobretudo a ênfase na “transição precoce”, se distancia de propostas como as de Robert Stoller (1968), que enfatizava o fortalecimento de uma identidade de gênero “congruente” com o “sexo”¹⁸ como horizonte de “tratamento” para crianças e jovens trans e/ou não conformes de gênero. Não obstante, o apelo à “transição precoce” (CFM, 2013, 2019) parece expor o compromisso, ainda que implícito, de tais recomendações com certas normas de gênero. Em outras palavras, a otimização corporal individual, ao produzir corpos socialmente passáveis, é apontada como solução. Neste ponto, poderíamos interrogar: em que medida a individualização do sofrimento é resultado de um limite teórico ou parte de uma gramática específica que enfatiza a conformidade corporal como princípio de gestão das diferenças de gênero?

¹⁸ De acordo com Stoller (1968), o tratamento visaria conduzir o estabelecimento de uma identidade masculina (crianças nascidas com pênis). O autor defendia que crianças tratadas ainda cedo “começam a valorizar seus pênis (...) desenvolvem fobias; atacam fisicamente mulheres – bonecas e meninas, sendo o prazer mais do que a raiva o afeto dominante” (*Ibid.*, p. 29). É possível localizar no trabalho de Stoller compromissos com certa normatividade de gênero e, sobretudo, com determinadas expectativas de masculinidade.

‘Travestis’, ‘transexuais’ e ‘crianças e adolescentes trans’ no contexto da saúde: marcos históricos?

Júlio Simões (2018), ao discutir as mudanças e continuidades na resposta à epidemia de HIV/AIDS e na experiência social da homossexualidade masculina, propõe uma perspectiva de análise de processos socioculturais por meio da categoria geração. A partir do diálogo com Joan Scott, Avtar Brah e E. P. Thompson, Simões afirma que a experiência social é o “domínio das realidades sociais vividas dentro e através de arranjos e rearranjos históricos de categorias, classificações e enquadramentos de sentidos e sentimentos, que constituem tanto os sujeitos quanto sua capacidade de ação” (*Ibid.*, p. 315). A noção de geração, neste caso, permite discutir o impacto “de respostas coletivas em face de determinadas questões existenciais, políticas e culturais, tornadas significativas” (*Ibid.*, p. 316) na definição de trajetórias pessoais e coletivas. Sob influência dessa formulação, interrogamos a “nova” gestão biomédica das infâncias e adolescências trans e/ou com variabilidade de gênero e seu impacto na experiência social da(s) identidade(s) trans. Sugerimos que o sistema classificatório e as modalidades de intervenção clínica instituídas pelos saberes biomédicos e psi, discutidos nas sessões anteriores, reconfiguram arranjos sociais importantes, redefinindo as trajetórias pessoais e coletivas.

No contexto brasileiro, programas e políticas desenvolvidos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) desempenharam e ainda desempenham um papel central no processo de cidadanização das pessoas trans. A literatura aponta dois marcos socioculturais importantes para a definição da experiência social das identidades trans: a resposta programática formulada no Brasil diante da epidemia de HIV/AIDS e, posteriormente, a instituição do Processo Transexualizador no SUS. A resposta programática para a epidemia de HIV/AIDS exerceu forte influência na organização política e na constituição de identidades coletivas, sobretudo das travestis. Como discutem Carvalho e Carrara (2013) e Simões e Facchini (2009), é a partir da década de 1980 que a categoria travesti começa a ser utilizada no processo de associação política dos grupos de travestis, respondendo a uma necessária diferenciação em relação aos homossexuais no contexto da epidemia. Não obstante, como ressalta Barbosa (2015, p. 84), é na passagem do final da década de 1990 para 2000 que há tanto uma “sedimentação da identidade coletiva travesti” quanto uma “incorporação da discussão sobre a identidade transexual”. Esse primeiro marco político levou ao que Larissa Pelúcio (2009, 2011) denomina “cidadanização”, ou seja, a incorporação política de travestis por meio dos programas e políticas relacionados ao HIV/AIDS.

O trabalho de Pelúcio (2011, p. 82) ressalta que antes da AIDS inexisteriam políticas públicas não punitivas específicas para as travestis, visto que suas vidas “eram consideradas como desimportantes”. Os programas de prevenção emergentes naquele período tinham, no entanto, uma contradição importante, pois ao mesmo tempo que implicavam certo reconhecimento das travestis como sujeitas de direitos, exigiam que elas se enquadrassem em práticas e concepções alheias ao seu universo/contexto. Pelúcio argumenta que as travestis¹⁹ compartilhavam uma visão de mundo “holista” que não diferia entre identidade de gênero e sexualidade, e que relatavam práticas de cuidado que divergiam daquelas próprias ao saber (bio)médico. É nesse escopo, distante dos saberes biomédicos, que se encontrava a figura da *bombadeira*²⁰, compreendida entre as travestis como “detentora legítima de uma série de saberes sobre corpo, saúde, sofrimento e cura” (*Ibid.*, p. 77). Entre as travestis entrevistadas pela autora, a lógica de produzir o corpo e inscrevê-lo nos códigos de gênero diferia daquela que organizava o saber biomédico e psi. Do espaço controlado do consultório/hospital ao espaço das ruas e pensões, do saber biomédico aos conhecimentos “informais”, observa-se uma cisão que se refletia na história das categorias “travesti” e “transexual”.

O segundo marco político para a definição da experiência social das identidades trans é dado pela instituição do Processo Transexualizador no SUS em 2009. A partir da resolução nº 1.482/1997 do CFM, o quadro das práticas e modalidades de alteração corporal deixa o âmbito da “*mutilação*” e adquire a inteligibilidade ética que irá garantir sua aplicabilidade em hospitais universitários. Tal conjunto de práticas e seus pressupostos é normatizado pelo Ministério da Saúde (portarias nº 1.707/2008 e nº 457/2008), responsável por definir as diretrizes para os procedimentos voltados a pessoas trans do contexto do SUS. Com o Processo Transexualizador, a categoria “transexual” e sua nosologia, tal como inscrita no DSM-IV e CID-10, foram incorporadas como eixo definidor, de modo que seus critérios diagnósticos foram adotados como base da avaliação clínica que decidia quem estava ou não apto para as práticas de transformação corporal. De

¹⁹ É preciso considerar que o trabalho de Pelúcio (2009) faz referência a uma geração específica de travestis e que, portanto, não esgota a diversidade de experiências da(s) travestilidade(s). Outros trabalhos, como o de Duque (2009), enfatizam mudanças socioculturais importantes no ideal de corpo feminino (valorização de formas mais esguias) e nos investimentos corporais para alcançá-lo, sugerindo que o “universo das travestis” passou por significativas transformações.

²⁰ A categoria “bombadeira” é utilizada para identificar, em geral, uma travesti que faz a aplicação de silicone industrial, a fim de imprimir ao corpo daquelas que se submetem ao procedimento formas e atributos considerados femininos, como seios, quadris e outros (PELÚCIO, 2009).

acordo com Barbosa (2015), a noção de transexual terá dois aspectos centrais: 1) sofrimento diante da incongruência entre sexo e gênero, com desejo pela cirurgia genital; e 2) etiologia definida como resultante de um “erro da natureza”. Trata-se de um processo de cidadanização que se dará, em particular, pelo acesso a procedimentos de transformação corporal mediado pelo diagnóstico e saber biomédico. Nesse outro arranjo, a figura do médico endocrinologista se destaca ao lado de outros profissionais de saúde, que passam a ocupar um lugar central na gestão do corpo.

Como argumentam Leite Junior (2011) e Barbosa (2015), a forte influência da lógica biomédica no debate e nas disputas em torno do Processo Transexualizador instaurou certa tensão entre as categorias “travesti” e “transexual”, que foram reinterpretadas de modos distintos, atualizando valores morais e diferenças de classe e raça/etnia. A distinção psiquiátrica inicial entre travestis e transexuais diferenciava entre os “bons” perversos – alvo de compaixão da opinião pública e da ciência – e os “maus” – os pervertidos, aqueles que se afastam dos códigos de boa conduta, associados à marginalidade. No contexto nacional, por sua vez, a relação entre travestis e perversão foi atualizada na relação com a prostituição e os/as transexuais foram associados à condição psiquiátrica: as “putas” e as “doidas” (BARBOSA, 2013). De modo semelhante à importação da noção de “homossexual”, responsável por apagar outras formas de classificar a experiência social de homens que faziam sexo com homens (PERLONGHER, 1987), a categoria transexual passa a reconfigurar a experiência social das identidades trans.

É preciso, no entanto, enfatizar que os marcos aqui descritos são recortes na história e, portanto, não resumem a complexidade que define todo “o vasto negócio do mundo”, ou seja, “o que as pessoas fazem e o que é feito a elas” (GEERTZ, 1989). Contudo, tanto a epidemia de HIV/AIDS como o Processo Transexualizador no SUS são ao mesmo tempo efeitos e produtores de rearranjos no enquadramento de sentidos e nos sistemas de classificações em meio aos quais relações, pessoas e suas ações se definem. Algumas gerações de pessoas trans foram mais fortemente interpeladas por tais marcos, outras menos. A reflexão sobre tais processos sugere que se trata de um tensionamento entre dois modelos de reconhecimento político – ‘cidadanização’ e ‘cidadanização’ – que, por sua vez, respondem por distinções e hierarquias morais entre modos de vida mais aceitáveis do que outros. Diante disso, parece possível questionar: como a regulamentação recente da assistência em saúde a crianças e adolescentes trans, bem como suas categorias e práticas correlatas, se articula aos marcos apresentados?

Em solo nacional, a atenção em saúde às demandas de crianças e adolescentes trans e/ou com variabilidade de gênero e seus familiares foi regulamentada a partir do parecer nº 8 do CFM (2013), que autoriza e orienta modalidades de intervenção que incluem: bloqueio puberal (no estágio 2 de Tanner) e terapia hormonal cruzada, aos 16 anos. A resolução nº 2.265/2019 do CFM incorpora as convenções do parecer nº 8 e amplia o debate sobre o cuidado em saúde a pessoas trans e/ou com incongruência de gênero. É impossível prever, ao analisar os documentos, o impacto desse escopo de práticas e categorias nas trajetórias coletivas e pessoais, aspecto que ressalta a urgência de pesquisas que privilegiem a interlocução com profissionais de saúde e com as pessoas atendidas nos serviços. Por outro lado, a análise elaborada neste artigo sugere que a preocupação com o diagnóstico “precoce” e com a realização das intervenções hormonais em idade “adequada”, ao enfatizar a possibilidade de melhor adequar corporalidades a certos modelos ideais de masculinidade e feminilidade, evidenciam um imperativo de otimização do gênero que tem como objetivo promover a “passabilidade”. A questão permanece em aberto: quais os possíveis impactos desse processo na experiência social das identidades trans?

Notas finais

A discussão elaborada neste texto sugere que, a despeito do caráter pretensamente técnico de parte dos documentos discutidos, sobretudo do DSM-5 e da CID-11, as convenções biomédicas mais recentes sobre disforia/incongruência de gênero na infância e adolescência tendem a atualizar valores e concepções socioculturais de gênero. Como discutido na primeira seção, os critérios diagnósticos são, por vezes, indistinguíveis de modelos ideais de feminilidade e masculinidade. A noção de “gênero”, neste caso, se converte em uma categoria que naturaliza determinadas diferenças ao subtrair seu respectivo caráter histórico e social. A individualização do sofrimento, aliada ao não reconhecimento da dimensão social das diferenças de gênero e à consequente naturalização do corpo, da puberdade e do “sexo”, parece compor um arranjo específico que, apesar de reconhecer as experiências trans e de variabilidade de gênero na infância e adolescência, está suscetível a certo imperativo de normalização. Apesar dos notáveis avanços orientados pela despatologização, o repertório fornecido para descrever as

experiências de não conformidade de gênero na infância e adolescência parecem reforçar algumas convenções socioculturais restritivas.

A atualização de determinadas convenções socioculturais de gênero é algo encontrado também no debate acerca das intervenções hormonais. Se, por um lado, o bloqueio puberal e a hormonioterapia cruzada permitem tensionar modelos de identidade baseados em diferença corporais, interrogando o suposto caráter imutável, universal e pré-discursivo do corpo e do “sexo biológico”, por outro lado, a ênfase no diagnóstico precoce e nas intervenções em idade “adequada” evidenciam que a conformação às normas de gênero permanece em questão. Não obstante, como discutido em outra ocasião (PONTES, SILVA e NAKAMURA, 2020), os questionamentos levantados não pretendem negar a existência de crianças e adolescentes trans e/ou com variabilidade de gênero, tampouco a legitimidade e os possíveis benefícios de intervenções hormonais na infância e adolescência, apresentados pela WPATH (COLEMAN *et al.*, 2012), mas também pelo CFM (2013, 2019). Interroga-se, no entanto, os possíveis efeitos de estabelecer a “passabilidade” como objetivo a ser alcançado pelas intervenções, sobretudo no caso de crianças e adolescentes e de seus familiares. Trata-se de uma interrogação que aponta para a(s) gramática(s) disponível(is) para descrever as experiências não conformes de gênero na infância e adolescência e seus respectivos limites.

Referências

APA. **DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. American Psychiatric Association (APA). Porto Alegre: Artmed, 2014.

BARBOSA, Bruno Cesar. **Imaginando trans: Saberes e ativismos em torno das regulações das transformações corporais do sexo**. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.

BARBOSA, Bruno Cesar. “‘Doidas’ e ‘putas’: Usos das categorias travesti e transexual”. **Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana**, vol. n. 14, pp. 352-379, 2013.

BENTO, Berenice. “Disforia de gênero: Geopolítica de uma categoria psiquiátrica”. **Revista direito e práxis**, vol. 7, n. 15, pp. 496-536, 2016.

BRASIL Ministério da Saúde. **Transexualidade e travestilidade na saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BUTLER, Judith. “Corpos que pensam: Sobre os limites discursivos do sexo”. *In*: LOURO, Guacira Lopes (org). **O corpo educado: Pedagogias da sexualidade**. Belo Horizonte: Autêntica, 2003.

BUTLER, Judith. **Quadros de guerra: Quando a vida é passível de luto**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2015.

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

BUTLER, Judith. “Corpos que pensam: Sobre os limites discursivos do sexo”. *In*: LOURO, Guacira Lopes (org). **O corpo educado: Pedagogias da sexualidade**. Belo Horizonte: Autêntica, 2003.

CARVALHO, Mario Felipe Lima; CARRARA, Sérgio. “Em direção a um futuro trans? Contribuição para a história do movimento de travestis e transexuais no Brasil”. **Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana**, n. 14, pp. 319-351, 2013.

CFM. **Resolução nº 2.265, de 20 de setembro de 2019**: Dispõe sobre o cuidado específico à pessoa com incongruência de gênero ou transgênero. Conselho Federal de Medicina (CFM), 2019. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-n-2.265-de-20-de-setembro-de-2019-237203294>

CFM. **Resolução nº 1.482, de 10 de setembro de 1997**. Conselho Federal de Medicina (CFM), 1997. Disponível em: https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/1997/1482_1997.pdf

CFM. “Parecer nº 8. Terapia hormonal para adolescentes travestis e transexuais”. Conselho Federal de Medicina (CFM). **Portal Médico**, 2013. Disponível em: http://www.portalmédico.org.br/pareceres/CFM/2013/8_2013.pdf

COLEMAN, Eli *et al.* “Normas de atenção à saúde das pessoas trans e com variabilidade de gênero”. **World Professional Association for Transgender Health (WPATH)**, Standards of Care. Disponível em: <https://www.wpath.org/publications/soc> (acesso em: 21/04/2012).

COTTET, Pablo; BÉLIARD, Aude; NAKAMURA, Eunice. “Conceitos, trajetórias e perspectivas sobre ‘agitação’ e ‘crianças não conformes’: Experiências sociais e culturais no Brasil, Chile e França”. **Saúde e Sociedade**, vol. 28, n. 1, pp. 6-11, 2019.

DUQUE, Tiago. **Montagens e desmontagens: Vergonha, estigma e desejo na construção das travestilidades na adolescência**. Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2009.

GAUDENZI, Paula. “Intersexualidade: Entre saberes e intervenções”. **Cadernos de Saúde Pública**, vol. 34, pp. 1-10, 2018.

GEERTZ, Clifford. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: LTC, 1989.

HARAWAY, Donna. “Gênero para um dicionário marxista: A política sexual de uma palavra”. **Cadernos Pagu**, n. 22, pp. 201-246, 2004.

HARAWAY, Donna. “Saberes localizados: A questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial”. **Cadernos Pagu**, n. 5, pp. 7-41, 1995.

HEMBREE, Wylie *et al.* “Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/Gender-Incongruent Persons: An Endocrine Society* Clinical Practice Guideline”. **The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism**, vol. 102, n. 11, pp. 3869–3903, 2017.

LEITE JUNIOR, Jorge. **Nossos corpos também mudam: A invenção das categorias “travesti” e “transexual” no discurso científico**. São Paulo: Annablume, 2011.

MACHADO, Paula Sandrine. “O sexo dos anjos: Um olhar sobre a anatomia e a produção do sexo (como se fosse) natural”. **Cadernos Pagu**, n. 24, pp. 249-281, 2005.

PELÚCIO, Larissa. “Marcadores sociais da diferença nas experiências travestis de enfrentamento à aids”. **Saúde e Sociedade**, vol. 20, n. 1, pp. 76-85, 2011.

PELÚCIO, Larissa. **Abjeção e desejo: Uma etnografia travesti sobre o modelo preventivo de aids**. São Paulo: Annablume, 2009.

PERLONGHER, Néstor. **O negócio do michê: A prostituição viril em São Paulo**. São Paulo: Brasiliense, 1986.

PONTES, Júlia Clara; SILVA, Cristiane Gonçalves. “Cisnormatividade e passabilidade: Deslocamentos e diferenças nas narrativas de pessoas trans”. **Revista Periódicus**, vol. 1, n. 8, pp. 396-417, 2017.

PONTES, Júlia Clara; SILVA, Cristiane Gonçalves; NAKAMURA, Eunice. “Crianças’ e ‘adolescentes’ trans: A construção de categorias entre profissionais de saúde”. **Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro)**, n. 35, pp. 112-132, 2020.

PRECIADO, Paul Beatriz. **Testo Junkie: Sexo, drogas e biopolítica na era farmacopornográfica**. São Paulo: n-1 edições, 2018.

RUBIN, Gayle. “O tráfico de mulheres: Notas sobre a economia política do sexo”. *In: Políticas do sexo*. São Paulo: Ubu Editora, 2017, pp. 8-21.

RUSSO, Jane; VENÂNCIO, Ana Teresa “A. Classificando as pessoas e suas perturbações: A ‘revolução terminológica’ do DSM III”. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, vol. 9, n. 3, pp. 460-483, 2006.

SCOTT, Joan Wallach. “A invisibilidade da experiência”. **Projeto História**, n. 16, pp. 297-325, 1998.

SCOTT, Joan Wallach. “Gênero: Uma categoria útil para a análise histórica”. **Educação e Realidade**. vol. 20, n. 2, pp. 71-99, 1995.

SIMÕES, Júlio Assis. “Gerações, mudanças e continuidades na experiência social da homossexualidade masculina e da epidemia de HIV-AIDS”. **Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana**, n. 29, pp. 313-339, 2018.

SIMÕES, Júlio Assis; FACCHINI, Regina. **Na trilha do arco-íris: Do movimento homossexual ao LGBT**. São Paulo: FPA, 2009.

STOLLER, Robert Jesse. **Sex and Gender: On the Development of Masculinity and Femininity**. Nova York: Science House, 1968.

WHO. **ICD-11: International Classification of Diseases 11th Revision**. WHO, 2019. Disponível online: <https://icd.who.int/en> (acesso em: 18/11/2020).

WINTER, Sam *et al.* “ICD-11 and Gender Incongruence of Childhood: A Rethink is Meeded”. **The Lancet Child & Adolescent Health**, vol. 3, n. 10, pp. 671-673, 2019.

Recebido em: 15/05/2020

Aprovado em: 20/02/2021