

CRIANÇAS COM DISFORIA DE GÊNERO E TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA: O DESPREPARO DOS PROFISSIONAIS DA PSICOLOGIA.

Willian Silva de Lira

Graduando do Curso de Psicologia da Universidade Federal do Tocantins - UFT, lirapsicologiauft@gmail.com;

Ítila Cristina Ferreira da Silva

Graduada pelo Curso de Psicologia da Universidade Federal do Tocantins - UFT, itilacferreira@gmail.com;

Tamires Bonfim da Silva

Graduanda do Curso de Psicologia da Universidade Federal do Tocantins - UFT, tamires.bonfim@mail.uft.edu.br;

Sarug Dagir Ribeiro (Orientadora do Trabalho)

Doutora pelo Curso de Psicologia da Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG, Professora Adjunta no Curso de Psicologia da Universidade Federal do Tocantins - UFT, sarug.dagir@mail.uft.edu.br;

Resumo

Segundo o DSM-5 o transtorno do espectro autista (TEA) é mais preponderante em crianças com disforia de gênero (DG) encaminhadas para atendimento clínico do que na população em geral. Estudos recentes preveem uma incidência de 7,8% de TEA em amostras de crianças com DG. Contudo, essas crianças são negligenciadas por muitos psicólogos(a)s, fato que acaba alicerçando práticas de violência e de invisibilidade dessas crianças. A perplexidade e o negacionismo por parte do(a) psicólogo(a) nesse tipo de situação passa tanto pelo desconhecimento das políticas públicas voltadas para à saúde mental dos indivíduos com autismo e transexuais como pela racionalidade diagnóstica

subjacente às suas práticas. Essa racionalidade diagnóstica postula que os processos de subjetivação mesmo em uma criança autista deva ser baseada na correspondência entre o par de opostos mulher/homem, dentro da lógica binária sexo/gênero que tornam os indivíduos inteligíveis no sistema heteronormativo. Nosso referencial teórico-metodológico se baseia na crítica a essa racionalidade diagnóstica que comumente leva o profissional ao sentimento de estranheza quando uma criança autista desafia a matriz binária de inteligibilidade herteronormativa. Nosso objetivo é identificar e entender quais são as fragilidades no cuidado dessa população. Nossos resultados preveem a influência da exclusão social contra a população LGBTQ+ se somar ao preconceito contra o autismo. A condição transexual desumaniza mais a criança autista, levando a negação do reconhecimento de sua condição humana. Contudo, sabemos que não é somente um déficit na teoria psicológica que está na raiz dessas disposições de preconceito e segregação.

Palavras-chave: disforia de gênero; criança; transtorno do espectro autista; violência.

Introdução

O termo Transtorno de Identidade de gênero (TIG) descrito no Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais DSM-IV foi substituído por Disforia de gênero (DG) no DSM-5 (Associação Americana de Psiquiatria, 2014). Essa mudança na terminologia se deve à compreensão de que essa população sofre preconceito. Então, reconheceu-se que a palavra Transtorno atribuída a essa situação atribuiria um sentido mais negativo, evocando assim mais preconceitos e discriminação. De acordo com o DSM-5, a disforia de gênero refere-se ao sofrimento que pode acompanhar a ausência de concordância entre o gênero que foi designado no nascimento e o gênero experimentado/expresso. Utilizaremos ao longo desse trabalho o termo gênero para denotar o papel público desempenhado e juridicamente reconhecido por uma pessoa (reconhecimento obtido a partir da lei Provimento de número 73 que garante a pessoa transgênero o direito de mudança de nome e alteração de sexo no registro civil). Embora não se fale muito na comorbidade entre disforia de gênero e transtorno do espectro autista em crianças, existem estudos nacionais e internacionais que sinalizam para essa condição comórbida (Costa, 2019; De Vries, Noens, Cohen-Kettenis, Van Berckelaer-Nones & Doreleijers, 2010; Tateno, Tateno, & Saito, 2008; Kraemer, Delsignore, Gundelfinger, Schnyder & Hepp, 2005; Perera, Gadambanathan & Weerasiri, 2003; Mukaddes, 2002; Landen & Rasmussen, 1997; Williams, Allard & Sears, 1996). Contudo, em todas essas pesquisas é unânime a preocupação e a dificuldade no estabelecimento de ambos diagnósticos, de TEA e de disforia de gênero. Sabemos que os diagnósticos de ambos os transtornos são basicamente clínicos e os testes psicológicos apenas auxiliam nessa tarefa (Del Nero, 2016).

A heteronormatividade é compreendida como um processo de regulação sexual, desencadeando a conduta da heterossexualidade como padrão, referência e norma, situando as outras formas de expressões sexuais como “desviantes” (p.606) ou até mesmo “patológicas” (p.606) (Sales & Paraíso, 2013). De acordo com Scopel & Gomez (2006), as pessoas que não fazem parte dessa normatividade estabelecida na sociedade, acabam sujeitas a um olhar de estranhamento e desprestígio, e muitas vezes são negadas o direito de viver a própria identidade. Apesar da sociedade brasileira ser reconhecida

pela sua diversidade étnica e cultural, ainda trata de forma hostil os sujeitos com comportamentos que fogem do modelo estabelecido socialmente - modelo heterossexual. O psicólogo deve ter uma escuta qualificada, se atentando aos sinais apresentados para contribuir com um diagnóstico mais preciso das queixas apresentadas pela população LGBTQ+. Sua conduta como profissional deve se basear na ética do psicólogo, buscando promover a saúde e a qualidade de vida das pessoas e das coletividades, sem desconsiderar ou realizar negligências no diagnóstico que ocasione um sofrimento psíquico ainda maior para o paciente. Em suas técnicas aplicadas se veda “Induzir a convicções políticas, filosóficas, morais, ideológicas, religiosas, de orientação sexual ou a qualquer tipo de preconceito, quando do exercício de suas funções profissionais”. (Conselho Federal de Psicologia, 2005, p. 9). Para explicar essas condutas, tomamos como metodologia neste artigo uma vinheta clínica. Nela abordado o caso de uma criança com DG e TEA. Há na vinheta a postura do profissional de psicologia que não cogita no seu diagnóstico a comorbidade desses transtornos. Essa postura é um reflexo do despreparo dos profissionais da psicologia quando o tema é disforia de gênero e transtorno do espectro autista. Seria esse despertar reflexo de uma lógica diagnóstica heteronormativa?

Metodologia

É pertinente a apresentação de uma vinheta clínica que melhor caracterize nosso problema de pesquisa, trata-se de uma vinheta de caso fictício:

A Sra. Silva tem 38 anos de idade e é uma jornalista, casada com o sr. Silva, um técnico em enfermagem que trabalha em um hospital particular da cidade. Os dois possuem dois filhos, Luisa de 3 e Isaque com 4 anos de idade. Assim que Isaque fez 3 anos, a Sra. Silva passou a ficar menos tempo em casa, às vezes passava dias em viagem de trabalho e na mesma época o filho foi diagnosticado com TEA (Transtorno do Espectro Autista) pelo pediatra e neurologista da família. Eles descrevem suas rotinas com os filhos e o trabalho como extremamente cansativos, até convidaram a avó das crianças para morarem juntos e ajudá-los no dia a dia. Principalmente por causa do filho mais velho que passou a fazer uma série de acompanhamentos para desenvolver habilidades no seu desenvolvimento biopsicossocial.

O pai diz que mesmo antes do diagnóstico percebeu que seu filho era diferente, pois nunca gostou de interação social, se irritava muito fácil com barulhos, apresentava pouco contato visual e nunca sorria como outras crianças geralmente fazem. Além disso, nos dois últimos anos o menino vem exibindo uma série de comportamentos que ele acredita serem típicos das meninas. Por exemplo, Isaque demonstra interesse em objetos mais femininos tais como boneca, maquiagem, etc. No dia a dia se veste com muita relutância as roupas que lhe são compradas e nunca se atenta quando é chamado pelo nome. A avó de Isaque relata que já o pegou tentando usar os vestidos da irmã e que calça os sapatos da mãe, e sempre que o mesmo é repreendido por tais comportamentos começa a chorar e repetir consigo mesmo frases que seus pais geralmente dizem: “Você não pode brincar.....brincar....brincar”, “são brinquedos de menina”, “você não é uma menina” “você, você, você”... numa ecolalia tão rápida que atropela as palavras que sai da sua boca. A família diz que percebeu esses comportamentos pela primeira vez poucos meses depois que Isaque fez 3 anos, pensaram que diminuiria a frequência com o tempo, mas só aumentaram desde então. O Sr. Silva disse que não sabe como lidar com esses comportamentos, acredita que Isaque sabe que tem um pênis e que ele é menino. Disse também, que o filho frequentemente durante o banho gosta de esconder o pênis entre as pernas e perguntar se agora ele pode ser uma menina, pois não possui mais um pênis. O pai confessou que odeia a ideia de Isaque ser feminino. E assume que faz comentários de desaprovação a Isaque quando ele se veste de menina.

A Sra. Silva acredita que ela própria contribuiu um pouco para a confusão de gênero de Isaque. Até recentemente, ela lia para ele contos de fadas como a Cinderela, com personagens femininas com as quais Isaque parecia realmente se conectar. No início, ela tentou ignorar as tendências do gênero oposto e não fez nenhum comentário. No entanto, ela disse que tirou os contos de fadas e os substituiu por quadrinhos com personagens masculinos. Isaque prestou alguma atenção aos itens recém-introduzidos, mas logo perdeu o interesse. Quando questionada por que achava que Isaque exibia esses comportamentos de gênero oposto, a Sra. Silva citou muitas explicações comportamentais. Relatou que provavelmente está relacionado ao apego dele a ela. A Sra. Silva disse que quando Isaque tinha 3 anos precisou se afastar do lar por causa do seu trabalho e ele costuma ter ataques de raiva na

ausência da mãe. Ela acreditava que estando longe de casa poderia se manter neutra com relação ao comportamento de gênero de Isaque.

O psicólogo procurou trabalhar as questões de identidade de gênero com Isaque para que ele pudesse perceber a diferença sexual e entendesse qual a categoria da divisão dos sexos ele se encaixava. O psicólogo passou algumas orientações para retirar esse desejo compulsivo de pertencer ao gênero oposto que Isaque apresentava. Disse aos pais para não se preocuparem, pois é comum em pessoas autistas ter fixação compulsiva em algo (DSM-5), e esse era o caso do Isaque, mas que poderia ser amenizado e até revertido com a terapia. Foi recomendado pelo psicólogo que Isaque fosse estimulado a diferenciar práticas masculinas e femininas: no vestir, nas cores, nas brincadeiras e até mesmo nas profissões. Justificou que o comportamento dele era possivelmente para chamar a atenção da mãe que está passando menos tempo em casa, mas que poderia ser revertido. Por fim, ao serem expostos os fatos, a família recebeu as informações de como funcionaria o cronograma das terapias. E que eles deveriam levar Isaque 3 vezes na semana ao consultório para se trabalhar as questões de gênero com ele.

Resultados e discussão

Na vinheta clínica acima podemos observar três aspectos importantes: o comportamento da criança, a atitude dos pais e o procedimento do psicólogo.

Sobre a descrição do comportamento de Isaque percebemos a concomitância da sintomatologia da DG e do TEA seja pelo déficit na reciprocidade social, déficits de comunicação, interação social e linguagem, comportamentos repetitivos e interesses restritos. Quanto a esse último, o foco do interesse é o gênero. Isaque tem 4 anos de idade, sabemos da rigidez nas crenças relacionadas ao gênero em crianças pequenas (Ruble, Taylor, Cyphers, Greulich, Lurye & Shrout, 2007; Ruble, Martin & Berenbaum, 2006). E esses traços ocorrem frequentemente em crianças com disforia de gênero. Alguns dos critérios diagnósticos para diagnosticar a disforia de gênero em criança está relacionado ao desejo pertinente de permanecer ao gênero oposto, nos meninos há um forte desejo de se travestir de mulher usando roupas e acessórios femininos, há também uma forte prevalência por brincar com crianças do sexo oposto, forte desgosto pela genitália

e entre vários outros critérios (DSM-5), com isso fica evidente que a rigidez nas crenças relacionadas ao gênero algo que é bem mais frequente em crianças com disforia de gênero do que nas que não possuem tal diagnóstico já que para ser diagnosticada com DG a criança necessariamente precisa ter tais critérios acima citados.

Sobre a atitude dos pais, observamos fatores de risco familiares para o desenvolvimento da psicopatologia, pois com base em evidências de pesquisas podemos aferir como possível causa da DG a ansiedade de separação severa da mãe que precedeu a expressão do comportamento feminino no menino (Isaque). Os sintomas da DG surgiram para restaurar o vínculo físico com a mãe ausente (Coates & Person, 1985). Dessa maneira, ao imitar mamãe Isaque confunde 'ser mamãe' com 'ter mamãe' e "o comportamento do gênero oposto parece acalmar, em parte, a ansiedade gerada pela perda da mãe" (p. 708, tradução nossa). Por outro lado, a cognição social baseada em gênero fornece uma janela de como as crianças com disforia de gênero constroem um senso subjetivo de si mesmo como um menino ou como uma menina. É claro que poderia ser argumentado que a cognição social do gênero é meramente um epifenômeno de um processo de desenvolvimento mais fundamental relativo à identidade de gênero, isto é, simplesmente uma maneira que as crianças tentam explicar para si mesmas sua identidade de gênero (Coates & Person, 1985). Por outro lado, pode-se argumentar que a compreensão limitada das crianças pequenas da cognição social de gênero exige cautela ao assumir o quão fixa é sua identidade de gênero e que, com o desenvolvimento, algumas crianças desenvolvem uma compreensão mais flexível de que existem maneiras diferentes de se ser menino ou menina.

De acordo com Zucker, Bradley, Kuksis, Pecore, Birkenfeld-Adams & Doering (1999), crianças com DG parecem ter um atraso de desenvolvimento na aquisição da constância de gênero do que crianças com desenvolvimento típico. Contudo, de um modo geral, a literatura científica aponta que as crianças pequenas, mesmo aquelas com desenvolvimento típico, não têm um entendimento completo da constância de gênero. A constância de gênero se refere ao entendimento cognitivo da criança de que o gênero é uma parte invariável de si mesma. Portanto, a capacidade de se auto-rotular como menino ou menina ou de compreender a constância de gênero ao longo do tempo é uma capacidade que só vai se desenvolver plenamente após

o período do pensamento operacional concreto, depois 5 e 7 anos de idade, ou seja, essas crianças frequentemente combinam identidade de gênero com expressões superficiais de comportamentos de gênero (Kohlberg, 1966; Ruble, Martin, & Berenbaum, 2006). Daí a dificuldade no estabelecimento do diagnóstico comórbido de DG e TEA numa criança tão nova como Isaque, pois, além de ser uma criança de apenas 4 anos de idade, o mesmo ainda possui o diagnóstico de TEA. Com isso, as dificuldades para diagnosticar a DG só aumentam pois sabemos que crianças autistas podem apresentar um forte padrão repetitivo que pode ser designado há um interesse, comportamento ou atividade (DSM-5) e que se tal interesse for mantido no gênero há uma grande chance de o profissional não saber diferenciar se é algo do TEA ou se é um outro diagnóstico, como por exemplo o da disforia de gênero que também apresenta como característica o interesse e foco no gênero. No caso do pequeno Isaque o psicólogo acreditava somente ser uma característica do TEA e por não estar suficientemente preparado para diferenciar tais diagnósticos o mesmo não concluiu que poderia sim se tratar do diagnóstico de Disforia de Gênero.

Sobre o procedimento do psicólogo podemos perceber o despreparo e a falta de perícia do profissional e uma grande fragilidade no reconhecimento da responsabilidade pelo cuidado da DG e do TEA. De acordo com Bento (2006), para compreender as experiências transexuais, deve-se entender que há um deslocamento entre corpo e sexualidade e deve-se negar a ideia comumente difundida de que a origem das identidades sexuais se dá por suas diferenças sexuais anatômicas. Pela atuação do psicólogo, percebe-se a lógica binária de gênero expresso em corpos-homens e corpos-mulheres. Caberia ao psicólogo reformular sua racionalidade diagnóstica para contemplar o diagnóstico comórbido de DG e TEA em Isaque. Do nosso ponto de vista, há falhas no estabelecimento do diagnóstico e na direção do tratamento nesse caso. Dessa maneira, é imprescindível continuar o compromisso de teorizar a partir de pressupostos que estejam em consonância com as rupturas de pensamento que se fizerem necessárias para compreendermos melhor o mundo em que vivemos para alcançarmos de uma maneira mais inteligível o sofrimento das crianças como Isaque.

Segundo pesquisas, na Zona Sul da cidade de São Paulo, no CAPSI (Centro de Atenção Psicossocial Infância-Juvenil), 46,7% dos pacientes

atendidos foram diagnosticados com transtorno global do desenvolvimento (Toledo, 2004). Através desse estudo, Silva (2016) pôde perceber que as crianças com TEA são o grupo que mais utiliza os serviços dos CAPSIs da grande Cidade. Nesse mesmo estudo, a partir de dados epidemiológicos, também é mostrado que em países desenvolvidos as crianças com TEA frequentam nove vezes mais os serviços de saúde do que outras crianças diagnosticadas com distintas patologias e até três vezes mais que crianças com Deficiência Intelectual.

Percebe-se nessas pesquisas a simultaneidade entre o diagnóstico do Transtorno do espectro autista e outras comorbidades. Os profissionais da área de saúde mental precisam de capacitação [...] por conta da grande demanda nesses casos, pesquisas de cunho bibliográfico e documental embasadas em publicações do Ministério da saúde mostram a grande necessidade dessas especializações (Silva; Oliveira; Kamimura, 2014). Enquanto na formação do psicólogo é demonstrado demasiadamente uma falta de preparo para atender estes públicos. Esse reflexo se dá tanto nos atendimentos de clínicas particulares, quanto nos atendimentos da rede pública. Manifestando uma incapacidade para realizar o diagnóstico preciso sobre essas comorbidades, por falta de conhecimento/técnicas para proceder com a demanda apresentada.

Hilse-Gorman (2019), após realizar um estudo que analisou 292.572 crianças que tinham idade entre 2 e 18 anos, sendo destas 48.762 com transtorno do Espectro Autista e o restante era considerado o subgrupo “controles saudáveis” (p. 7), comprovou que crianças que apresentavam TEA têm uma probabilidade quatro vezes maior de serem diagnosticadas com DG se comparando com outro subgrupo de crianças (grupo controle). Com isso, fica evidente que há uma correlação entre esses diagnósticos. Costa (2019) analisando esse estudo e de vários outros que foram realizados por diversas regiões como na Austrália e Suécia, a autora mais uma vez confirma o diagnóstico de comorbidade que há entre o TEA e DG, afirmando que tal diagnóstico é mais comum do que se ouve falar. O que a autora conclui em seu estudo é que esse diagnóstico precisa ser feito de forma minuciosa para que não ocorra erros e que é preciso ter um tratamento adequado para essas crianças já que as mesmas apresentam alguns distúrbios internalizantes como a depressão e ansiedade com mais frequência do que quando a coocorrência de DG e TEA são apresentados de formas separadas.

Dovgan e Mazurek (2019) através de um estudo de caso realizado com 3.055 crianças buscou-se analisar condições comórbidas em crianças com TEA, dentre elas TDAH, depressão e ansiedade. Os autores concluíram que a prevalência de comorbidade psiquiátrica que há nessas crianças pode variar entre 27% e 95% dos casos, ou seja, na grande parte dos números de crianças que possuem TEA carregam consigo algum outro diagnóstico. Outro estudo realizado com crianças com diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista concluiu que dentre as comorbidades presentes nesse grupo, a ansiedade foi a que mais esteve presente, chegando a atingir 80% dos casos em que foram pesquisados (Neuhaus; Webb e Bernier, 2019). Já nos adultos a comorbidade psiquiátrica que mais foi observada nos estudos de caso foi a depressão maior (Dovgan e Mazurek; 2019).

Uma das características presentes no quadro do TEA é a dificuldade na interação social e déficits emocionais, tal quadro pode levar indivíduos que possuem esse diagnóstico à ansiedade e por haver uma grande correlação entre o diagnóstico de ansiedade e o suicídio, pessoas com TEA que têm comorbidade com a ansiedade estão mais suscetíveis ao ato de cometer suicídio (Quinn, Stark, Hunter, Evans, Hennessey; 2019) e juntando tais diagnósticos (TEA e ansiedade) com a Disforia de Gênero que é socialmente estigmatizada e julgada, a probabilidade de suicídio fica ainda mais evidente pois além de ter de lidar com as dificuldades presentes no TEA, o indivíduo ainda sofrerá preconceitos e estigmas na sociedade em que está inserido.

Analisando pesquisas realizadas recentemente, Turban (2018) chegou a conclusão que o número de jovens e crianças que se identificam como transgênero é muito maior do que o tido anteriormente, cerca de 1% a 2% dos adolescentes atualmente se identificam como transgêneros. O autor relata que esses jovens transgêneros sofrem taxas exacerbadamente altas de ansiedade e depressão e que tais fatores tendem a aumentarem conforme esses jovens saem da fase da infância para a adolescência. O autor conclui seu estudo com um resultado que mostra que cerca de 10% dos jovens na idade de 13,5 anos de idade já tentaram suicídio em algum momento de suas vidas e que essa porcentagem só tende a aumentar conforme chega na fase adulta (cerca de 40% do adultos transgêneros já tentaram suicídio). Portanto, o que percebemos e concluímos é que em muitos dos casos, além de possuírem um diagnóstico de TEA e DG, muitos desses indivíduos carregam consigo vários outros distúrbios internalizantes que

podem causar mais agravamento aos seus casos, levando assim para um sofrimento psíquico maior para tais crianças e jovens.

Portanto, será que futuros psicólogos estão sendo bem preparados em suas formações acadêmicas para lidar com tais situações? Existe a dúvida se universitários de psicologia em sua formação estão recebendo devido ensinamento sobre como trabalhar com diagnósticos. Paula, Filho e Teixeira (2016), em seu trabalho vem falar sobre a importância que tem o papel do psicólogo nas equipes multidisciplinares que tratam do TEA. O psicólogo precisa estar capacitado para a escuta dos pais que levam seus filhos para as consultas psicológicas para assim conseguir detectar sinais que possam indicar um futuro diagnóstico de TEA, para isso os autores ressaltam que é preciso uma boa formação desses profissionais que se inicia logo na graduação. Esses mesmos autores em uma pesquisa realizada com 85 alunos de psicologia que se encontravam no 9º e 10º período do curso e, através de um questionário aplicado onde esses alunos deveriam responder de acordo com seus conhecimentos sobre o diagnóstico do TEA, constataram que a maioria dos universitários (62,4%) classificou seu conhecimento em TEA como insuficiente e apenas 5,9% classificou como Bom. Ou seja, os próprios universitários estão considerando que em sua formação não está havendo preparação suficiente para lidar com tal diagnóstico, onde os mesmos não estão sendo preparados de maneira correta para futuramente darem um diagnóstico de TEA.

Sabemos também que não somente psicólogos trabalham com a questão do diagnóstico infantil, mas médicos e psiquiatras também estão envolvidos nesse campo. Ter um diagnóstico precoce é de grande importância para a criança pois quanto mais cedo a mesma é tratada e trabalhada com estimulação correta, melhor será o seu futuro desenvolvimento, mas para que isso ocorra é necessário identificar essas crianças e encaminhá-las o quanto antes possível para devidos serviços especializados. Diante disso, Figueiras, Puccitini, Silva e Pedromônico (2003), após um estudo nos dados do Programa de Estimulação Precoce da UNidade de Referên Especializada Materno-Infantil-Adolescentes(URE-MIA), localizado na cidade de Belém, no Pará, observaram que as crianças atendidas no programa estavam em sua maior parte sendo encaminhadas tardiamente para tratamento especializado. Diante disso, os autores levantaram a hipótese de que tal fato estava ocorrendo pois estava havendo um despreparo por parte dos profissionais que atendiam essas crianças.

Para realizar a pesquisa acima citada foram avaliados 80 médicos e 80 enfermeiros que trabalhavam nas unidades de saúde distribuídas por toda a cidade de Belém e também 320 mães que faziam acompanhamentos com seus filhos nas unidades. Para os trabalhadores da área de saúde foi aplicado o Teste de Desenvolvimento da Criança (TCD) que avaliaria o conhecimento desses profissionais na área relacionada ao desenvolvimento infantil, além de algumas outras perguntas que haviam sido elaboradas pelos autores. Para as mães foram aplicadas algumas perguntas que buscavam conhecer sobre como era o atendimento de seus filhos pelos médicos, os resultados obtidos a partir do teste TCD mostra um conhecimento falho por partes desses profissionais em questões relacionadas a área do desenvolvimento infantil, além do mais, foi constatado que nenhum dos médicos ou enfermeiros participantes da pesquisa possuem em seu currículo curso ou qualquer outra especialização relacionada ao desenvolvimento infantil. Algo que nos chamou bastante atenção da pesquisa e que vale destacar é a pergunta número um que foi aplicada para os médicos e para as mães que consistia em investigar a importância que o profissional dá em relação às opiniões da mãe sobre o desenvolvimento de seus filhos. Nessa pergunta 64,8% dos profissionais responderam que fazem perguntas para as mães sobre as opiniões que as mesmas têm em relação ao desenvolvimento das crianças, concomitante, apenas 21,8% dessas mães afirmaram que em algum momento já foram questionadas sobre o desenvolvimento de seus filhos, ou seja, há uma falta de preocupação desses médicos para com as opiniões dessas mães que convivem e vivem com essas crianças e que são as pessoas que mais observam-os. Essa foi uma das justificativas tidas pelos autores para que os diagnósticos estivessem sendo feitos de formas tão tardias.

Portanto, concluímos que há um despreparo não só por parte de psicólogos, mas de médicos, enfermeiros e outros profissionais que trabalham com a área da saúde mental e desenvolvimento infantil. Levando em consideração o tema abordado pelo presente trabalho: comorbidade TEA e DG, podemos concluir que profissionais que não tiveram uma boa formação ou um bom preparo em suas graduações provavelmente terão dificuldades em identificar essas comorbidades. Como o diagnóstico precoce é de fundamental importância para um melhor desenvolvimento da criança, seria necessário uma longa preparação por parte desses profissionais para poderem enfrentar de

forma correta tais situações, podendo identificar sinais o mais cedo possível que indicam algum dado diagnóstico.

Considerações finais

No Brasil já existem ações específicas de assistência na saúde para a infância e adolescência integradas pelas políticas de saúde mental. Como principais ações podemos citar a implantação dos Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSi) pelo SUS e a construção de estratégias para a articulação intersetorial da saúde mental com a saúde geral, educação, assistência social, justiça e direitos. Mas pouco se vê sobre a qualificação de profissionais sobre sexo, gênero e sexualidade para as populações LGBTQIA+. É preciso, portanto, formular políticas e empreender ações concretas para o reconhecimento da diversidade sexual, consolidando políticas nacionais de formação de profissionais da educação e estudantes acerca das temáticas de gênero, identidade de gênero e da diversidade de orientação afetivo-sexual. O caso clínico fictício apresentado foi utilizado como recurso metodológico para ilustrar nossa problemática hipotetizada para profissionais da psicologia que ainda trabalham com uma visão diagnóstica preconceituosa e heteronormativa, a qual terão maior dificuldade de auferir o diagnóstico de disforia de gênero a uma criança autista.

Em suma, a comorbidade entre DG e TEA em crianças deve ser investigada de maneira mais aprofundada em cada caso. E ao se fazer o diagnóstico deve-se entender quais são as fragilidades dessas crianças. A desigualdade de gênero se estende para além das diferenças de identidade e nisso a DG é revestida de inúmeros preconceitos, os quais invariavelmente afetam e interferem negativamente na vida das crianças (Dovgan e Mazurek (2019)). É fundamental promover o acolhimento integral desses pacientes e seus familiares. Vale ressaltar que a criança está em fase de desenvolvimento, portanto, é importante que o profissional de psicologia também dialogue minimamente com pediatras e psiquiatras infantis produzindo um trabalho multidisciplinar.

Além disso, reconhecemos que essas crianças são particularmente vulneráveis à estigmatização e ao desenvolvimento de problemas relacionados aos déficits sociais causados pelo TEA e também o estigma social que está relacionado à Disforia de Gênero. Compreende-se também que muitos profissionais de saúde mental como psicólogos estão

despreparados para lidar com essas crianças já que o assunto é pouco falado e a bibliografia sobre o tema é escassa. E como destaca Costa (2019) a falta de testes que abranjam os dois diagnósticos tornam ainda maior a dificuldade para lidar com a comorbidade. Com isso, percebe-se que há a necessidade de se desenvolver novos métodos de diagnósticos mais padronizados e com maior vigor que possam diagnosticar com maior acuidade a prevalência da comorbidade dos diagnósticos.

Concluimos, que diante a escassez de profissionais que abarcam essas comorbidades, é preciso pensar em práticas de mudanças na parte clínica e diagnóstica, ademais, há poucas pesquisas que testam modelos de capacitação em saúde com crianças no qual seu diagnóstico são DG e TEA na mesma preponderância. Foi possível observar que o descrédito relacionado a Disforia de Gênero sobressai para um possível despertar em novas técnicas de implementação quanto a capacitação dos profissionais, quanto o acolhimento dentro da clínica particular e também no atendimento recebido pelo o SUS. Outra análise que também passa despercebida aos olhos dos psicólogos é o manejo com a família da criança. Casos como o de Isaque desconfigura a dinâmica familiar, por vezes essa dinâmica e cultura no qual a criança se encontra é um dos fatores de angústia que leva a incompreensão do sofrimento expresso.

Referências

Associação Americana de Psiquiatria. (2014). *DSM-5, Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. (Maria I. C. Nascimento, Trad.).

Porto Alegre: Artmed. Bento, B. (2006). *A reinvenção do corpo: sexualidade e gênero na experiência transexual*. Rio de Janeiro: Garamond.

Brasil. Portaria GM nº. 962, de 22 de maio de 2013. Institui o Comitê Nacional de Assessoramento para Qualificação da Atenção à Saúde das Pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo no âmbito do Ministério da Saúde. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 2013.

Brasil. Ministério da Saúde. (2011). Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais,

Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2 dez. 2011. Seção 1, p. 35.

Conselho Federal de Psicologia. (2005). Código de Ética Profissional do Psicólogo, Brasília: CFP. Recuperado em 11 de maio de 2021, de: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/codigo_etica.pdf

Coates, S., & Person, E. S. (1985). Extreme boyhood femininity: Isolated behavior or pervasive disorder? *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 24, 702–709.

Costa, A. A. (2019). Variabilidade/ disforia de gênero e perturbação do espectro autismo. (Dissertação de mestrado integrado de medicina). Dissertação ao grau em mestre submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, da Universidade do Porto. Maio de 2019. (pp 1-32).

De Vries, A. L. C., Noens, I. L., Cohen-Kettenis, P. T., van Berckelaer-Nones, I. A., & Doreleijers, T. A. H. (2010). Autism spectrum disorders in gender dysphoric children and adolescents. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40, 930–936. Recuperado em 04 de janeiro de 2021, de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2904453/pdf/10803_2010_Article_935.pdf>.

Del Nero, A. C. (2016). Elaboração de um protocolo de avaliação psicológica para crianças transgêneras. (Trabalho de conclusão de curso – Especialização). Instituto de Psiquiatria, do HCFMUSP, São Paulo, Brasil.

Dovgan, K., & Mazurek, M. O. (2019). Impact of multiple co-occurring emotional and behavioural conditions on children with autism and their families. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*.

Gomes, S. M.; Sousa, L. M. P. de; Vasconcelos, T. M.; Nagashima, A. M. S. (2018). O SUS fora do armário: concepções de gestores municipais de saúde sobre a população LGBT. *Saúde e Sociedade*, (27) 4, 1120-1133.

Scopel, D. T; Gomez, M. S. (2006) O Papel da Escola na Superação do Preconceito na Sociedade Brasileira. Ano 2, n.1- abril/set - Revista

educação e tecnologia. Recuperado em 10 de março de 2021 de: http://www.faacz.com.br/revistaeletronica/links/edicoes/2006_01/edutec_delza_preconceito_2006_1.pdf

Hisle-Gorman, E., Landis, C. A., Susi, A., Schvey, N. A., Gorman, G. H., Nylund, C. M., & Klein, D. A. (2019). Gender Dysphoria in Children with Autism Spectrum Disorder. *LGBT health*, 6(3), 95–100. Recuperado em 15 de abril de 2021 de: <https://doi.org/10.1089/lgbt.2018.0252>

Kohlberg, L. (1966). A cognitive-developmental analysis of children's sex-role concepts and attitudes. In E. E. Maccoby (Ed.), *The development of sex differences* (pp. 82–173). Stanford, CA: Stanford University Press.

Kraemer, B., Delsignore, A., Gundelfinger, R., Schnyder, U., & Hepp, U. (2005). Comorbidity of Asperger syndrome and gender identity disorder. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 14(5), 292–296.

Krug, J. S., & Wagner, F. (2016). Cuidados no estabelecimento do diagnóstico psicológico na infância e adolescência In Hutz, C. S., Bandeira, D. R., Trentini, C. M., & Krug, J. S. (Orgs.) *Psicodiagnóstico* (pp.230-237). Porto Alegre: Artmed.

Landen, M., & Rasmussen, P. (1997). Gender identity disorder in a girl with autism—a case report. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 6(3), 170–173.

Lobato, M. I. R., Saadeh, A., Cordeiro, D. M., Gagliotti, D. A. M., Brandelli, Â. C., Schawarz, K., Schneider, M. A., Brambila, M. I., Giardin, A., Monteiro, L. M., Soli, B. M. B., & Real, A. G. (2017). Gender incongruence of childhood diagnosis and its impact on Brazilian healthcare access. *Arch Sex Behav*, 46, 2511.

Lodi, A. V., & Kotlinski, K. (2017). Transexualidade e infância. *Revista OABRJ*. Recuperado em 26 de agosto de 2020 de: <http://revistaeletronica.oabRJ.org.br/wp-content/uploads/2017/10/Transexualidade-e-infancia.pdf>

Mukaddes, N. M. (2002). Gender identity problems in autistic children. *Child: Care, Health and Development*, 28(6), 529–532.

Paula, C. S., Belisário Filho, J. F., & Teixeira, M. C. T. V. (2016). Estudantes de psicologia concluem a graduação com uma boa formação em autismo?. *Psicologia: teoria e prática*, 18(1), 206-221. Recuperado em 28 de abril de 2021, de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872016000100016&lng=pt&tlng=pt.

Perera, H., Gadambanathan, T., & Weerasiri, S. (2003). Gender identity disorder presenting in a girl with Asperger's disorder and obsessive compulsive disorder. *Ceylon Medical Journal*, 48(2), 57–58.

Quinn B. P., Stark M. D., Hunter A. K., Evans A., Hennessey K. A. (2018). Purpose in adolescents diagnosed with an autism spectrum disorder. *J Adolesc*, 53-62.

Ruble, D. N., Taylor, L. J., Cyphers, L., Greulich, F. K., Lurye, L. E., & Shrout, P. E. (2007). The role of gender constancy in early gender development. *Child Development*, 78(4), 1121–1136.

Ruble, D. N., Martin, C. L., & Berenbaum, S. A. (2006). Gender development. In W. Damon & R. M. Lerner (Series eds.) and N. Eisenberg (Vol. ed.), *Handbook of child psychology* (6th ed.). Vol. 3: Social, emotional, and personality development (pp. 858–932). New York, NY: Wiley.

Saadeh, A., Cordeiro, D. M., & Caetano, L. O. (2015). Atendimento a transexuais e a travestis: crianças, adolescentes e adultos. In: Ministério da Saúde. *Transexualidade e travestilidade na saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa.

SALES, S. R. & Paraíso, M. A. (2013). O Jovem Macho e a Jovem Difícil: governo da sexualidade no currículo. *Revista Educação & Realidade*, 38(2), 603-625

Silva, L. C. (2016). Elaboração e implementação de um modelo de capacitação para profissionais da CAPSI na assistência a crianças com transtornos do espectro autista. *Dissertação de mestrado em Distúrbio*

do Desenvolvimento pela Universidade Presbiteriana Mackenzie. São Paulo. (pp. 1-68).

Silva, S. P., Oliveira, A. L., & Kamimura, Q. P. (2014). Capacitação em Saúde Mental: Entre a Realidade e as Ofertas do Ministério da Saúde. *Sistemas & Gestão*, 9(3), 406-416. <https://doi.org/10.7177/sg.2014.V9.N3.A16>.

Tateno, M., Tateno, Y., & Saito, T. (2008). Comorbid childhood gender identity disorder in a boy with Asperger syndrome. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 62(2), 238.

Toledo, Rose Pompeu de. (2004). O ambiente terapêutico, o grupo e a equipe num CAPSi. *Vínculo*, 1(1), 52-57. Recuperado em 16 de abril de 2021, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-24902004000100009&lng=pt&tlng=.

Williams, P. G., Allard, A. M., & Sears, L. (1996). Case study: Cross-gender preoccupations with two male children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 26(6), 635– 642.

Zucker, K. J., Bradley, S. J., Kuksis, M., Pecore, K., Birkenfeld-Adams, A., Doering, R. W., et al. (1999). Gender constancy judgments in children with gender identity disorder: Evidence for a developmental lag. *Archives of Sexual Behavior*, 28, 475–502.