**UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO**
**PRÓ-REITORIA ACADÊMICA**
**CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE**
**MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA**

## LETÍCIA REZENDE DE ARAÚJO

# TRANSEXUALIDADE:
# DOS TRANSTORNOS ÀS EXPERIÊNCIAS SINGULARES

**Orientadora: Profa. Dra. LUCIANA LEILA FONTES VIEIRA**

**RECIFE - PE**
**2010**

**LETÍCIA REZENDE DE ARAÚJO**

# TRANSEXUALIDADE:

# DOS TRANSTORNOS ÀS EXPERIÊNCIAS SINGULARES

Dissertação apresentada no Curso de Mestrado em Psicologia Clínica, da Universidade Católica de Pernambuco, como requisito para obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica.

Linha de Pesquisa: Psicopathologia Fundamental e Psicanálise.

**Orientadora: Profa. Dra. LUCIANA LEILA FONTES VIEIRA**

**RECIFE - PE**

**2010**

A663t Araújo, Letícia Rezende de
Transexualidade : dos transtornos às experiências singulares / Letícia Rezende de Araújo ; orientador Luciana Leila Fontes Vieira, 2010.
123 f. : il.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Católica de Pernambuco - UNICAP. Pró-reitoria Acadêmica. Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Curso de Mestrado em Psicologia Clínica, 2010.

1. Psicologia clínica. 2. Transexualismo - Aspectos psicológicos. 3. Psicanálise. 4. Identidade de gênero - Aspectos psicológicos. I. Título.

CDU 159.964.2

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO**
**PRÓ-REITORIA ACADÊMICA**
**CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE**
**MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA**

**LETÍCIA REZENDE DE ARAÚJO**

# TRANSEXUALIDADE:
# DOS TRANSTORNOS ÀS EXPERIÊNCIAS SINGULARES

**Banca Examinadora:**

_____
**Profa. Dra. Luciana Leila Fontes Vieira**
(Orientadora – Universidade Católica de Pernambuco)

_____
**Profa. Dra. Maria Cristina Lopes de Almeida Amazonas**
(Examinadora interna – Universidade Católica de Pernambuco)

_____
**Prof. Dr. Luis Felipe Rios**
(Examinador externo – Universidade Federal de Pernambuco)

**RECIFE - PE**
**2010**

*Este trabalho é dedicado a Beatriz, Vanessa, Helena, Cássia, Clô, Viviane, Melissa, Gisely e Manoeli, que, com coragem, narraram suas experiências de transformação de si.*

## *AGRADECIMENTOS*

À minha mãe, Vanise, por me incentivar a seguir em frente, em meus projetos. A ela, também, pelo carinho, dedicação e criatividade com que realizou a edição final deste texto.

Ao meu pai, Luiz Carlos, que sempre investiu em minha formação e que certa vez me recomendou estudar algo que me desse prazer.

Às minhas irmãs queridas, Vera e Carla, pela experiência de fraternidade renovada a cada encontro, fundamental neste período. Agradeço a Verinha, especialmente, que caprichou na tradução dos resumos para o inglês.

A Liliane, por ter suportado, firme, minhas ausências e pelo senso de humor frente aos momentos de estresse.

À minha segunda família: tio Ricardo, tia Malu, Filipe, Pedro e Maria, pelo acolhimento em meus retiros de estudo na granja Maturi. Obrigada. Perto de vocês eu me sinto em casa!

Ao Tio Herbert, pelo gesto espontâneo de apoio.

A Luciana Vieira, meu reconhecimento por uma orientação competente e talentosa, que me deu tranquilidade e força para prosseguir em um terreno arriscado, mas bastante fértil: o da diferença.

Aos queridos sócios e parceiros de trabalho do CPPL: obrigada pelo apoio, nesse passo importante da minha vida. Em especial a Antonio Ricardo, pelas contribuições "jornalísticas"; a Maria Helena, pelas sugestões; a Ana Elizabeth, pelo suporte institucional, importantíssimo; a Paulina Rocha, pelas conversas relâmpagos, na copa do CPPL, fundamentais, desde o início. A convivência com vocês me enriquece, como pessoa.

Às minhas amigas Valesca, Luciana, Rosane, Fernanda, Bruna e Stéphanie, pela torcida, e pelos dias inesquecíveis, em Porto de Galinhas, que me ajudaram a renovar as energias!

Ao amigo Jonatas Ferreira, um agradecimento especial pela conversa que produziu, em mim, a reafirmação pela Psicologia Clínica e me levou a escolher este programa de mestrado.

A Rosane da Fonte, pelo cuidado e acolhimento da sua escuta analítica.

À equipe do Serviço de Ginecologia do Hospital das Clínicas da UFPE, que esteve sempre disponível para informações, conversas informais e entrevistas. Em particular à Dra. Inalda Lafayette, psicóloga, que me apoiou, incondicionalmente, ao longo do trabalho de campo.

A Fátima Lima, pelos momentos únicos, compartilhados em algumas entrevistas.

A Márcia Arán, pela parceria e pelas indicações bibliográficas preciosas.

A Renata e Raquel, pelo trabalho árduo e primoroso das transcrições literais das entrevistas.

A Vanessa Carvalho, pela revisão acautelada das citações e referências.

Aos meus colegas de mestrado, que contribuíram com discussões, em sala de aula e fora dela.

Aos professores do mestrado: Zeferino Rocha, Cristina Amazonas, Edilene Queiroz e Luciana Vieira, pelo aprendizado prazeroso, nas aulas do curso.

Ao professor Carlos Ferraz, que fez comentários importantes sobre o texto, quando a pesquisa ainda era um projeto.

Aos funcionários da Universidade Católica de Pernambuco, em particular àqueles da biblioteca.

A todas as participantes da pesquisa, pela colaboração e disponibilidade.

***SUMÁRIO***

Introdução ..... 10
Artigo Teórico – A invenção da transexualidade……..…….....…… 21
Artigo Empírico I – Pertinência e consequências do diagnóstico de Transtorno de Identidade de Gênero ..... 48
Artigo Empírico II – Discutindo o diagnóstico psicanalítico de psicose para a transexualidade ..... 88
Considerações Finais ..... 113
Referências ..... 117
Anexos ..... 121

***RESUMO***

Esta pesquisa problematiza a categoria da transexualidade, em sua dimensão psicopatológica, e questiona seu caráter normativo, que pretende alinhar sexo, gênero, prática sexual e desejo, concernente às identidades sexuais. Ao desenvolvê-la, são discutidas as implicações dos determinismos anatomosexual e de gênero, no processo de subjetivação das transexuais; também se reflete quanto à pertinência do diagnóstico psiquiátrico de Transtorno de Identidade de Gênero, para a transexualidade; analisam-se concepções psicanalíticas que sustentam o diagnóstico de psicose para a transexualidade; investiga-se a possibilidade da intervenção cirúrgica de transgenitalização subverter a ordem binária sexo/gênero e, finalmente, consideram-se as implicações da mudança de sexo, nas subjetividades das transexuais. Os dados da pesquisa foram coletados e analisados, segundo a práxis do método qualitativo, utilizando-se a entrevista semiestruturada como principal instrumento de trabalho de campo. Os participantes da pesquisa são transexuais de homem para mulher, que já haviam realizado a cirurgia de transgenitalização ou que ainda aguardavam a oportunidade de fazê-la. A coleta de dados foi realizada no Serviço de Ginecologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco – UFPE. Seus resultados foram discutidos à luz das contribuições teóricas de Michel Foucault e Judith Butler, no campo filosófico, e de Robert Stoller, Catherine Millot, Márcia Arán, Jurandir Costa e outros autores contemporâneos, no campo psicanalítico. Os resultados da pesquisa demonstram que, ao desconstruir as concepções normativas inerentes ao sistema binário sexo-gênero, as pessoas transexuais ultrapassam os limites das certezas psicopatológicas e, ao mesmo tempo, confirmam suas subjetividades.

**Palavras-chave:** Transexualidade, Transtorno de Identidade de Gênero, Psicanálise, Psiquiatria.

***Summary***

This research questions the category of transsexuality in its psychopathologic dimension and the normative character concerning the sexual identities, which intend to inextricably connect sex, gender, sexual practice and desire. The implications of the sexual-anatomic and gender determinism in the process of the development of the subjectivities of the transsexuals are discussed; the pertinence of the Gender Identity Disorder (GID) psychiatric diagnosis for transsexuality is questioned; the psychoanalytic conceptions that support the psychosis diagnosis for transsexuality are analyzed; the possibility of sex change surgery subverting the sex-gender binary order is investigated; and finally, the implications of sex change surgery are considered in the subjectivities of the transsexuals. The data was collected and analyzed according to the qualitative research method and the semi-structured interview was used as the main instrument for the field research. The participants were male-to-female (MTF) transsexuals who had already undergone the surgery or were still waiting for the opportunity to do so. The data collection took place in the Gynecological Clinic in the Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) and the results were discussed in light of the theoretic contributions of Michel Foucault and Judith Butler, in the philosophical area, as well as those of Robert Stoller, Catherine Millot, Márcia Arán, Jurandir Costa and other contemporary authors, in the psychoanalytic area. The research results demonstrate that in deconstructing the normative conceptions inherent in the sex-gender binary system, the transsexuals transcend the limits of the psychopathologic certainties and, at the same time, confirm their subjectivities.

**Key words:** Transsexuality, Gender Identity Disorder, Psychoanalysis, Psychiatry.

***Introdução***

Diferentes configurações corporais, evidenciadas na atualidade parecem já não serem consideradas tão raras ou estranhas à nossa sociedade. Le Breton (2007) é enfático, quando afirma que o corpo do indivíduo moderno assume diferentes contornos estéticos, afastando-se, cada vez mais, de sua configuração original. Assim, ao ressignificar o seu corpo, o indivíduo transforma seu sentimento de identidade, que se desdobra em novas modalidades de vida.

As marcas corporais, o *body building*, as cirurgias estéticas e a transexualidade são considerados, pelo autor, exemplos das variadas criações corporais da modernidade, que conservam uma característica comum: a maleabilidade do corpo. O corpo transforma-se em um lugar de experimentação de si (Le Breton, 2007).

> Os psicotrópicos cinzelam o humor, a cirurgia estética ou a plástica modifica as formas corporais ou o sexo, os hormônios ou a dietética aumentam a massa muscular, os regimes alimentares mantêm a silhueta, os *piercings* ou as tatuagens dispensam os sinais de identidade, sobre a pele ou dentro dela, a *body art* leva ao auge a lógica que transforma o corpo, abertamente, em material de um indivíduo que reivindica remanejá-lo à vontade e revelar modos inéditos de criação (Le Breton, 2007, p. 28).

O trabalho aqui apresentado propõe enfatizar – neste contexto - a questão da transexualidade. Ao utilizar os artifícios tecnológicos contemporâneos, a transexualidade coloca em cena a redesignação do corpo sexuado, com a demanda da produção plástica, do tratamento hormonoterapeutico e da cirurgia de transgenitalização (de homem para mulher ou de mulher para homem). O corpo transexual, como afirma Le Breton (2005) é um corpo modelado, constantemente, a fim de conquistar uma aparência sexual que esteja em sintonia

com a vontade firme, do indivíduo, de pertencer ao outro sexo. "É ele próprio, e não um destino anatômico, que decide seu sexo de eleição" (p. 32).

Contudo, o corpo transexual traz consigo o estigma do patológico. Descrita, oficialmente, no Manual Estatístico e Diagnóstico de Doenças Mentais (DSM I), publicado em 1952, daí em diante a transexualidade tornou-se um fenômeno acompanhado por atualizações psiquiátricas classificatórias. Mais tarde foi retirada do grupo que abrangia os chamados desvios sexuais, para ser criada uma categoria específica, identificada por *Transtorno de Identidade de Gênero* (TIG), na versão do manual diagnóstico conhecido por DSM IV, publicado em 2002 (Russo, 2004). O diagnóstico psiquiátrico de Transtorno de Identidade de Gênero determina, rigorosamente, os principais critérios que compõem a transexualidade de adultos e crianças: o sentimento permanente de pertencer ao sexo oposto, e a demanda pela cirurgia de transgenitalização.

Assim, no início do século XX, a transexualidade é classificada, entre as sexualidades anormais, e com esta designação foi enquadrada na linguagem diagnóstica da psiquiatria moderna. A pesquisa de Foucault (2006a), sobre a história da sexualidade, ajuda a entender os caminhos dessa ocorrência.

Ao apresentar sua pesquisa, Foucault demonstra que a sociedade burguesa do século XIX, ao invés de construir um discurso moralista de repressão e de punição do sexo, como se poderia pensar, à primeira vista, provocou, ao contrário, uma proliferação de discursos sobre as sexualidades. As ciências sexuais representadas, principalmente, pela medicina, sexologia, pedagogia e biologia, produziram múltiplas intervenções sobre os corpos sexuados e as transformaram em afirmações verdadeiras sobre o sexo e a sexualidade dos indivíduos. O domínio sobre as questões do sexo, antes de exclusividade da repressão e do interdito (culpa e pecado), passa a fazer parte de um registro científico minucioso sobre o que é normal ou patológico. A partir daí, o sexo entra, definitivamente, no campo da patologia, servindo de

base para as classificações nosográficas de comportamentos sexuais considerados desviantes (Foucault, 2006a).

> Tais comportamentos polimorfos foram, realmente, extraídos do corpo dos homens, dos seus prazeres; ou melhor, foram consolidados neles; mediante múltiplos dispositivos de poder, foram solicitados, instalados, isolados, intensificados, incorporados. O crescimento das perversões não é um tema moralizador, que acaso tenha obcecado os espíritos inescrupulosos dos vitorianos. É o produto real da interferência de um tipo de poder sobre os corpos e os seus prazeres (Foucault, 2006a, p.55).

Vê-se, portanto, que o "tipo de poder" a que Foucault se refere, ditava os comportamentos sexuais. O padrão biológico da reprodução humana, que compreende os genitais como indicadores da oposição sexual, foi estabelecido, na era vitoriana, como aquele que rege a distinção dos sexos (Knudsen, 2007). O corpo heterossexual resultou, assim, no modelo de corpo registrado pelas ciências sexuais, revelador da verdade fundamental sobre a sexualidade. As condutas não obedientes às regras vigentes da sexualidade, que previam relações matrimoniais, heterossexuais e monogâmicas foram, naturalmente, marginalizadas.

Inspiradas nas técnicas de confissão tradicionais, obrigatórias nos séculos anteriores, as ciências modernas, segundo Foucault, constroem sua própria técnica para a produção de verdades sobre o sexo.

> A confissão ganhará sentido e se tornará necessária nas intervenções médicas: é exigida pelo médico, reconhecida indispensável ao diagnóstico e eficaz, por si mesma, na cura. A verdade cura, quando dita, ao seu tempo, a quem é devida e quem é o seu detentor e responsável (Foucault, 2006a, p. 77).

Em semelhante contexto, a confissão, para o/a transexual, não poderia ser mais absurda, nem mais inconfessável, pois se tratava de um discurso que feria a ordem da natureza sexual do indivíduo: "Nasci homem ou mulher, mas me sinto mulher ou homem".

Nota-se que a narrativa que descreve a problemática transexual evidencia um constrangimento diante de uma suposta coerência apontada para o sexo. Coerência que reflete a expressão de uma sexualidade impositiva dos limites de uma heterossexualidade estável e antagônica (Knudsen, 2007).

Em consonância com o arcabouço teórico foucaultiano, estudos desenvolvidos por Judith Butler (2003) analisam a limitação bipolar de gênero, como decorrência de uma forma específica de poder, que compreende uma norma para os gêneros, fundamentando-se na oposição masculino/feminino.

> Consequentemente, uma pessoa é o seu gênero na medida em que não é o outro gênero, formulação que pressupõe e impõe a restrição de gênero dentro desse par binário (Butler, 2003, p. 45).

Assim, as concepções clássicas de sexo e de gênero indicam, claramente, a existência de uma linearidade compulsória. Desse modo, a compreensão da dinâmica entre sexo e gênero, na transexualidade, está condicionada à diferença sexual e à hipótese de uma heterossexualidade natural para os corpos (Bento, 2004).

Estudos sobre a origem da transexualidade e pressuposições para o seu tratamento, em algumas teses médicas e psicanalíticas, buscam esclarecimentos. São teses organizadas, como diz Bento (2004), em dois pilares que fazem referência ao endocrinologista Harry Benjamin e ao psicanalista Robert Stoller, respectivamente.

As hipóteses de Harry Benjamin enunciam que os critérios que constituem a verdade da transexualidade, e do seu tratamento, estão centrados nas concepções do sujeito sobre sexo. Para o autor, o sexo se decompõe em cinco níveis: o cromossomático (ou genético), o

gonádico, o fenotípico, o psicológico e o jurídico. O sexo cromossomático determinaria o sexo e o gênero (XX para as mulheres e XY para os homens) estabelecendo a identidade de gênero do indivíduo (Bento, 2004). A constatação de desarmonia em um desses níveis, significaria uma anormalidade. Benjamin acreditava em uma determinação biológica para a identidade de gênero, em detrimento de uma evidência explicitada pelo comportamento do indivíduo. Segundo Bento (2004), esse posicionamento do autor ratifica a importância dada, por ele, aos hormônios, no tratamento de transexuais.

> "Diz-me que hormônios tens e te direi o que és!". Talvez esta fosse a melhor sentença para resumir o pensamento de Benjamin. O enigma da identidade sexual estaria localizado nos hormônios, e todas as discussões sobre este tema estariam fadadas ao fracasso, caso não se levasse em conta essa verdade inexorável (Bento, 2004, p. 160).

Para Bento (2004), os médicos, centrados quase sempre em argumentos científicos, valorizam explicações de ordem biológica, para a gênese da transexualidade. Por outro lado, alguns psicanalistas preferem apostar na escuta clínica, como ferramenta para ajudar o/a transexual a se reposicionar, quanto à necessidade de prosseguir com as intervenções cirúrgicas. A autora se refere, especialmente, aos argumentos da psicanalista Colette Chiland:

> E por que a etiologia biológica inocentaria e a etiologia psicológica e interacional culpabilizaria o transexual? Em que momento é possível modificar essa trajetória? Os únicos recursos são o bisturi e a seringa ou é possível mudar o que há na cabeça? (Chiland, 2008, p. 09).

A ação dos médicos diante da solicitação da cirurgia, por transexuais, é vista por Chiland (2008) como "uma resposta louca a um pedido louco" (p. 126). Segundo ela, apesar de ser raro que um transexual se disponha a falar de seus fantasmas, é preciso escutar os detalhes de seus discursos singulares, pois eles guardam um sofrimento real que se desconhece.

Os estudos mais extensos, que apoiam a discussão das causas da transexualidade, no campo psicanalítico, são delegados a Robert Stoller. O trabalho de Stoller situa a origem da transexualidade nos acontecimentos da infância, mais precisamente em uma relação simbiótica, desenvolvida com a mãe, que prejudica o processamento do conflito de Édipo. No livro: *A Experiência da Transexualidade*, publicado em 1975, ele descreve, detalhadamente, as características da mãe, do pai, da criança, da qualidade das relações estabelecidas entre eles, e as formas que desenvolvem seus papeis de gênero, pois acredita que nelas se encontram as causas para a transexualidade (Bento, 2004). Este aspecto aparece, em diferentes formas, nos vários casos que Stoller apresenta:

> Não se desenvolveu aqui uma clara separação entre o corpo e a psique de sua mãe e o seu [menino transexual] (...). Durante seus primeiros anos de vida ele foi mantido junto ao corpo de sua mãe, por várias horas ao dia (...), e nunca foi propositalmente frustrado. (...) Sua mãe (...) veste-se de uma maneira masculina (...). Ela é, sem dúvida, quem toma as decisões da família. O pai do paciente é um homem passivo (...) que admite, prontamente, não poder suportar uma relação mais próxima, com sua esposa ou com as crianças. Ambos são abertamente heterossexuais e ambos correspondem às expectativas de nossa cultura, quanto aos papéis masculinos e femininos (*i.e.* o pai trabalha (...), enquanto a mãe cuida das crianças). Todavia, ambos revelam ambivalência sobre os papéis sexuais designados a si (Stoller, 1982, pp. 99-100).

Para alguns psicanalistas mais contemporâneos, como Joel Dör (1991), Catherine Millot (1992) e a própria Colette Chiland (2008), a simbiose, descrita por Stoller, gera uma marca patológica no funcionamento psíquico da criança e do futuro adulto transexual, e é tida como uma experiência delirante, que escapa aos pressupostos derivados do processo

universal de Édipo, para a construção da identidade sexual, inscrevendo-se nos limites das psicoses.

Em uma sociedade em que os corpos sexuados estão estruturados, segundo duas lógicas hegemônicas: pênis/homem/masculino e vagina/mulher/feminino, como entender, a "confissão" e as demandas do/da transexual fora de um estigma psicopatológico?

Evidencia-se, portanto, que o objeto escolhido para esta pesquisa é controverso, pois a temática da transexualidade põe em xeque importantes questões conceituais, aparentemente consolidadas no campo da ciência e da psicanálise: conceitos de sexo, de gênero e do complexo de Édipo.

No intuito de encontrar saídas para essa lógica segregante, dada como natural, a pesquisa, aqui apresentada, visa problematizar a categoria da transexualidade na sua dimensão psicopatológica, e no caráter normativo das identidades sexuais, que pretende alinhar sexo, gênero, prática sexual e desejo. São, ainda, discutidas as consequências dos diagnósticos de Transtorno de Identidade de Gênero, nos campos da psiquiatria, da psicose e da psicanálise, tendo-se presente a construção das subjetividades de pessoas transexuais.

Participaram da pesquisa nove transexuais de homem para mulher, entre 24 e 49 anos, naturais do estado de Pernambuco, com exceção de uma delas, natural de Sergipe; o grupo pertence a camadas sócio-culturais diferentes, caracterizadas por graus de instrução, profissão, e local de residência. Com o intuito de preservar suas identidades, os nomes das participantes da pesquisa foram deliberadamente modificados. As referências a elas serão feitas sempre no feminino, em respeito à forma como elas mesmas querem ser tratadas.

Na ocasião da pesquisa, as nove participantes faziam parte de um programa de acompanhamento para transexuais, oferecido pelo Serviço de Ginecologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Dentre elas, oito haviam recebido o diagnóstico de transexualismo masculino e uma tinha o seu diagnóstico interrogado entre

transexualismo masculino e homossexualismo. Todas haviam feito o pedido para realizar a cirurgia de transgenitalização, entre os anos de 2001 e 2008. Três delas já haviam realizado a cirurgia e as outras seis ainda aguardavam autorização.

Entre as nove participantes da pesquisa, seis tinham instrução superior, embora duas delas ainda estivessem por concluir seus respectivos cursos. Das outras três, uma tinha o primeiro grau completo, as outras duas tinham, respectivamente, o 1º grau incompleto e o ensino fundamental.

Em relação à situação familiar, duas eram casadas e moravam com seus respectivos companheiros. As outras sete eram solteiras. Três moravam sozinhas, duas com pai, mãe e irmãos e duas outras, apenas com a mãe. Nenhuma delas tinha filhos.

No aspecto profissional, três delas eram cabeleireiras e as outras exerciam, respectivamente, a profissão de professora, cozinheira, serviços gerais, costureira/estilista, web designer e técnica em enfermagem.

Sob a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, da Universidade Federal de Pernambuco (registro: CEP/CCS/UFPE nº 001/09), esta pesquisa foi desenvolvida de acordo com os moldes de uma pesquisa especificamente qualitativa. Sendo assim, privilegiou-se a posição hermenêutica da pesquisadora, que procurou interpretar os múltiplos sentidos das histórias e das experiências pessoais, narradas pelas participantes. A análise dos dados foi feita de acordo com as recomendações da análise de conteúdo, no intuito de ultrapassar, como diz Minayo (1999), "o alcance meramente descritivo do conteúdo manifesto da mensagem, para atingir, mediante a inferência, uma interpretação mais profunda" (p. 203). Portanto, na análise dos dados foram valorizadas as variáveis de conteúdos psicossociais, dos contextos culturais e das contingências das histórias das participantes.

As entrevistas foram realizadas entre os meses de abril e junho de 2009, em salas silenciosas e com ar-condicionado, no setor de ginecologia do Hospital das Clínicas da

UFPE. Todas as entrevistas foram marcadas, estrategicamente, nos dias e horários em que as participantes já estariam no hospital, para consulta médica ou acompanhamento psicológico, de modo a facilitar seus deslocamentos, pois muitas delas residiam no interior do estado.

Optou-se pela entrevista semiestruturada, como instrumento principal para a coleta de dados, já que esse instrumento tem a característica de deixar fluir livremente a narrativa do entrevistado e de permitir a utilização de um roteiro pré-elaborado, que auxilia o pesquisador na condução da entrevista.

No roteiro havia questões acerca da cirurgia de transgenitalização, das práticas sexuais, da ideia de transexualidade como doença, da percepção de transformações corporais, das relações com familiares e parceiros/as, da mudança da identidade civil, entre outras. Para dar início à entrevista foi apresentada, às participantes, uma questão disparadora: O que levou você a tomar a decisão de fazer a cirurgia de mudança de sexo?

Inicialmente foi esclarecida a necessidade das participantes assinarem um Termo de Consentimento Livre, explicando-se os objetivos da pesquisa, o compromisso ético e metodológico da pesquisa quanto ao sigilo e uso do material pesquisado, além da duração aproximada da entrevista e do acesso aos seus resultados. Também foi mostrado o direito de cada uma de desistir da sua participação na pesquisa, a qualquer momento, se assim desejasse. As entrevistas foram gravadas, com o consentimento de todas e, posteriormente, transcritas, literalmente.

A análise dos dados da pesquisa foi realizada em três etapas, de acordo com os seus pressupostos teóricos e objetivos: a) Leitura ininterrupta de todas as entrevistas, com o objetivo de identificar núcleos temáticos, em consonância com os objetivos da pesquisa; b) associação dos conteúdos temáticos levantados, no conjunto de dados de cada participante, organizando-os em uma tabela; c) interpretações e inferências, no processo de análise, com apoio de literatura específica, para a fundamentação dos argumentos teóricos.

A pesquisa se desenvolveu em duas perspectivas. A primeira, teórica, objetivou traçar um percurso histórico da transexualidade, a partir do século XX. A segunda, teórico-empírica considerou a temática do diagnóstico para a transexualidade, em suas variantes psiquiátricas e psicanalíticas, cujos argumentos apresentados são sustentados pelos discursos das transexuais entrevistadas.

O trabalho foi organizado em três artigos: o primeiro é dedicado à construção de uma genealogia da transexualidade, na qual são registrados fatos históricos considerados relevantes, para o entendimento da transexualidade, analisando-se as concepções de sexo e de gênero no campo médico-científico. Os fatos são ilustrados com histórias documentadas de três transexuais que viveram em diferentes décadas do século XX.

No segundo artigo, tomando-se como referência o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), atualizado, periodicamente, pela Associação de Psiquiatria Americana (APA), investigou-se como o sentimento de não pertencimento ao sexo de nascimento é descrito, classificado e, cada vez mais especificado, ao longo das suas publicações, aparecendo, em sua versão mais atual (DSM-IV), como Transtorno de Identidade de Gênero. Por fim, analisou-se de que modo a oficialização do diagnóstico da APA intervém na questão transexual, como instrumento, ao mesmo tempo, estratégico e patologizante.

A partir dos discursos das transexuais verificou-se como elas compreendem a ideia da transexualidade, definida como patologia mental, e de que forma essa compreensão pode comprometer a construção de suas subjetividades. Finalmente, discutiu-se a pertinência da manutenção desse diagnóstico, na próxima versão do DSM, pela Associação de Psiquiatria Americana (APA), a ser publicado em 2012.

No terceiro artigo foi introduzida uma necessária discussão psicanalítica, ao se questionar o diagnóstico psicanalítico de psicose para a transexualidade. Na primeira parte

desse artigo são expostas questões centrais das teorias de Robert Stoller, Joel Dör, Catherine Millot e Colette Chiland, os quais, com exceção de Stoller, apontam uma saída patológica para o conflito intrapsíquico, vivido por transexuais, principalmente no que se refere à construção subjetiva das categorias feminino/masculino, que produzem as identidades sexuais e de gênero. Em seguida, se propôs uma leitura alternativa da experiência transexual, sustentada pela filosofia de Michel Foucault e de Judith Butler, para os quais sexo, gênero e identidade sexual adquirem novas interpretações, abrindo a possibilidade de se pensar a transexualidade além do ponto de vista patológico.

O olhar sobre a temática transexual e o contato com o universo das transexuais entrevistadas proporcionaram um encontro com um mundo plural, diante das várias possibilidades de expressão de sexo, de gênero e de sexualidade. Se, por um lado, os seus discursos revelaram um mundo pouco acolhedor, cheio de paradoxos e às vezes cruel, por outro, relataram histórias nas quais assumem atitudes de resistência e de perseverança.

# *A Invenção da Transexualidade*

***Letícia Rezende de Araújo***

***Luciana Leila Fontes Vieira***

***RESUMO***

Os primeiros registros de cirurgias de mudança de sexo datam de 1910. Inicialmente foram realizadas em animais roedores e, mais tarde, em soldados mutilados de guerra. Na década de 20 surgem os primeiros registros, desse tipo de cirurgia, em pessoas que se dirigiam aos médicos do Instituto de Ciência Sexual, na Alemanha. A transexualidade, ainda nas primeiras décadas do século XX, não era compreendida como é atualmente. No presente artigo faz-se o percurso histórico da transexualidade, a partir desse período, buscando-se os fatos mais relevantes para que se possa entender como as concepções de sexo, gênero e sexualidade se transformaram, ao longo do tempo, provocando modificações também em relação à transexualidade. Também são apresentadas as histórias de três personagens que, tendo vivido em décadas diferentes, evidenciam e ilustram essas modificações. Vê-se, por fim, que a transexualidade foi assimilada, ao longo do tempo, em consonância com as compreensões sobre sexo, gênero e sexualidade disseminadas, em cada período.

**Palavras-Chave:** Transexualidade, História, Cirurgia de mudança de sexo.

***ABSTRACT***

The first accounts of sex change surgeries date from 1910. They were performed in rats and in soldiers who were mutilated in the war. The first records of that kind of surgery were made in the following decade by doctors of the Institute for Sexual Science in German. Transsexuality was not perceived then as it is today. This article intends to look at the history of transsexuality from the beginning of the twentieth century. I try to understand how the conceptions of sex, gender and sexuality changed throughout time, thus inducing changes in the category of transsexuality as well. In order to do that, I highlight the most relevant historical facts as I tell the histories of three ordinary people from different decades. This article demonstrates that transsexuality was perceived in very different ways according to the accepted ideas of sex, gender and sexuality in each period.

**Key words:** Transsexuality, History, Sex change surgery.

***Introdução***

A transexualidade, definida tradicionalmente pelo sentimento de pertencer ao outro sexo, faz parte das diferentes expressões da sexualidade humana e, neste sentido, não é uma novidade. Ceccareli (2008) considera que o sentimento de pertencer ao outro sexo, e o desejo de se vestir como tal são encontrados desde a criação dos personagens da mitologia greco-romana - como no mito de Cibele e Átis - até às manifestações dos tempos atuais. Personagens clássicos como "O abade de Choisy", embaixador de Luis XIV (século XVII), que fora criado, na infância, como menina; e mais recentes, como Rudof Richter (Alemanha, 1930), primeiro transexual a submeter-se a uma cirurgia de mulher para homem; ou, ainda, Thomas Beatie (Estados Unidos, 2008), transexual de mulher para homem que, embora tenha assumido aparência externa masculina, conservou seus órgãos femininos, o que lhe permitiu engravidar, posteriormente. São histórias que compartilham a evidência de uma *incerteza identitária*, marca comum às manifestações transexuais mais antigas, como naquelas contemporâneas.

Contudo, enquanto objeto de investigação científica, a transexualidade é uma criação do século XX, e se constata que do início do século passado, aos dias atuais, as concepções sobre a transexualidade têm passado por diferentes modificações. Além da definição do próprio termo, "transexualidade", foi inaugurada uma concepção cultural da sua condição e efetivada a possibilidade da mudança anatomobiológica do sexo, com os avanços tecnológicos das ciências médicas, no campo da cirurgia e da hormonoterapia (Chiland, 2008; Ceccarelli, 2008).

Assim, a transexualidade, como expressão da pluralidade da sexualidade humana, não é um fenômeno específico da nossa cultura, nem do nosso tempo. Como terminologia e diagnóstico médico, pode-se considerá-la um fenômeno datado. De fato, a transexualidade se

confunde com histórias de pessoas comuns, motivadas pelos avanços das pesquisas científicas e das ideias sobre sexualidade e gênero disseminadas a partir do século XX.

Este artigo se propõe realizar o percurso histórico da invenção da categoria da transexualidade, ilustrando-o com três histórias verídicas: a de Christine Jorgensen, na década de 50, a de David Reimer, na década de 60 e a de Thomas Beatie, no início do século XXI.

*As Primeiras Experiências Cirúrgicas*

Na segunda metade do século XIX, após a descoberta dos hormônios sexuais, os cientistas começaram a pesquisar a essência da sexualidade, do sexo e do gênero, por meio das bases hormonais.

Em 1910, as pesquisas do fisiologista austríaco Eugen Steinach marcaram as primeiras experiências de mudança de sexo, em animais. Essas pesquisas demonstraram que, ao transplantar ovários de roedoras fêmeas, em roedores machos castrados, estes adquiriam características e comportamentos sexuais associados à fêmea e, ao contrário, castrando-se roedoras fêmeas e lhes transplantado testículos, elas adquiriam características e comportamentos sexuais associados ao macho. As intenções de Steinach, no entanto, não eram de produzir escalas de machos ou de fêmeas, mas, simplesmente, comprovar que ao adicionar ou suprimir hormônios, em animais, podia-se obter características de fêmea e de macho, o que indicava a fragilidade e as fronteiras do que se imaginava ser um macho puro ou uma fêmea pura (Meyerowitz, 2002).

Além de impulsionar os experimentos da cirurgia em humanos, as pesquisas de Steinach fizeram parte dos estudos endocrinológicos, que avançaram na primeira metade do século XX.

No início do século XX os cientistas atribuíram aos cromossomos o fundamento determinante do sexo, porém, retornaram aos hormônios como o fluido detentor do

sexo, a fim de conseguir explicar o desenvolvimento sexual e as inúmeras variações e gradações que verificavam nas condições intermediárias (Meyerowitz, 2002, p. 27).

Em 1910 o endocrinologista alemão, professor de Steinach, Magnus Hirschfeld, inaugurou as publicações sobre o tema da mudança de sexo, em humanos, com o livro intitulado *Die Transvestiten*. Ele incluiu na categoria *transvestite,* aqueles que apresentavam uma identificação com o gênero oposto, e desejavam vestir-se como tal. A intenção de Hirschfeld não era retirar o transexualismo da categoria das perversões, mas destruir a aparente homogeneidade da categoria de atos contra a natureza. Sua preocupação era separar as formas de homossexualidade e caracterizar o transvestismo como uma prática não homossexual. Mais tarde, em 1923, utilizou a formação *transexualpsíquico* (Castel, 2001), porém, ainda sem atribuir ao termo *transexual,* a conotação que adquiriu mais tarde. Para Hirschfeld, hermafroditas, andrógenos, homossexuais e transvestites, faziam parte do que denominou intermediários sexuais, ou variações anômalas do masculino e do feminino. No entanto, considerou a teoria da bissexualidade, indicando também homens e mulheres como integrantes da mesma categoria dos intermediários sexuais, chegando a escrever em seu artigo: *A Constituição Intersexual,* que: "o humano não é mulher *ou* homem, mas mulher *e* homem" (Meyerowitz, 2002, p. 26).

Antes dos anos 20, as cirurgias experimentais, de modificações sexuais, antes dos anos 20, foram escassas e se concentraram principalmente na Europa. Em 1917, o médico neozelandês, Harold Gillies realizou as primeiras cirurgias plásticas, em soldados combatentes na primeira guerra mundial, instituindo a cirurgia de faloplastia como alternativa para soldados que tiveram seus órgãos genitais mutilados (Castel, 2001). Quase trinta anos depois, (1945), quando já se havia introduzido as cirurgias de transformação genital, Gilles é solicitado a realizar uma cirurgia de construção de um pênis. Sua paciente é Laura Dillon que, quando conheceu Gillies, já vivia como homem, com o nome de Michael, após um

tratamento com testosterona. A cirurgia de Laura/Michael Dillon, realizada por Gillies, foi reconhecida como a primeira cirurgia transexual de mulher para homem.

As cirurgias completas de transformação genital foram iniciadas entre as décadas de 20 a 30 e são atribuídas a Hirschfeld e à equipe do Instituto de Ciência Sexual em Berlin. As mais citadas são as de Dorchen Richter, que se submeteu à castração, à remoção do pênis e à construção de uma vagina, entre os anos 1922 e 1931 (Meyerowitz, 2002), e a de Rudof Richter realizada por Felix Abraham, então aluno de Hirschfeld, que iniciou as intervenções cirúrgicas em 1921 e finalizou, nove anos depois (Castel, 2001).

Meyerowitz (2002) registra que o auge das cirurgias de mudança de sexo, na Alemanha, e, consequentemente, no Instituto de Hirschfeld, se deu no início dos anos 30, após a publicação de artigos científicos que descreviam e ilustravam as cirurgias já realizadas. Nesse período houve um maior interesse de candidatos a esse tipo de cirurgia, provenientes de outros países da Europa e dos Estados Unidos. Houve, ainda, a repercussão internacional do caso Lili Elbe, nascida com o nome masculino de Einar Wegener. Em 1931, tendo superado as cirurgias de castração, remoção do pênis e implantação de ovários, Lili Elbe, ao se submeter a nova cirurgia para a constituição da vagina, morre de insuficiência cardíaca.

Em 1933, o Instituto de Ciência Sexual é obrigado, pelos nazistas, a encerrar seus trabalhos e experimentos. Hirschfeld, socialista, judeu e homossexual, vê seus livros e arquivos queimados e é enviado ao exílio, na França, onde morreu dois anos depois.

*A Segunda Metade do Século XX e o Caso George/Christine Jorgensen*

Logo após a segunda guerra mundial, em 1949, o psiquiatra inglês David Oliver Cauldwell publica na famosa revista *Sexology*, o artigo *Psychopathia Transexualis*. Nesse artigo pela primeira vez é feita uma referência à palavra transexual, para identificar o

indivíduo que demanda uma mudança de sexo. Outra novidade do artigo de Cauldwell, de acordo com Meyerowitz (2002), é que o autor entende a *psychopathia transexualis,* como uma categoria sexual independente da intersexualidade e de outras patologias glandulares. Ele define os indivíduos transexuais como "produtos, principalmente de um ambiente infantil desfavorável e de pais e familiares extremamente indulgentes" ou, ainda, como "indivíduos que são fisicamente de um sexo e aparentam ser psicologicamente de outro sexo. Transexuais incluem heterossexuais, homossexuais, bissexuais e outros" (Cauldwell, 1949, citado por Meyerowitz, 2002, pp. 43-44). Cauldwell diferencia transexuais de intersexuais, considerando a intervenção cirúrgica, para os primeiros, como um ajuste meramente psicológico e para os últimos, como um ajuste físico. Afirma também, como já o fizera Hirschfeld, que a condição transexual não tem nenhuma ligação com o desejo pelo mesmo sexo. Além disso, Cauldwell entende que, a não correspondência do sexo biológico ao gênero psicológico, levaria o indivíduo transexual a apresentar uma perda de equilíbrio mental.

Em 1953 Harry Benjamim, endocrinologista e psiquiatra alemão, radicado nos Estados Unidos, porém herdeiro da tradição européia, iniciada por Hirschfeld e Steinach, volta a utilizar o termo "transexual". Ao contrário de Cauldwell, Benjamin entende o fenômeno transexual, diferenciando-o das perversões e psicoses e afastando qualquer possibilidade de significar um transtorno psíquico (Ceccarelli, 2008). Esse seu diagnóstico diferencial imprime ao transexualismo um estatuto universal:

> Os verdadeiros transexuais têm o sentimento de pertencer ao outro sexo, eles querem ser e funcionar como o outro sexo, e não somente parecer com o outro sexo. Para eles, os órgãos sexuais primários (testículos) e os secundários (pênis e outros) são deformidades que devem ser modificadas pelo bisturi do cirurgião (Benjamin, 1953, citado por Ceccarelli, 2008, p. 34).

Benjamin recomenda, portanto, a cirurgia de redesignação transexual, como a única saída terapêutica para o conflito entre corpo biológico e corpo psíquico. Assim, com o corpo de macho ou de fêmea, correspondente aos gêneros masculino ou feminino, os/as transexuais podem se valer do que é socialmente apropriado para homes e mulheres. Acredita-se, portanto, que é a heterossexualidade que rege a norma do que se entende por mulher e homem genuínos. Com efeito, Benjamin cria uma definição para o *transexual autêntico* que, entre outras coisas, deve incluir: "a vivência de uma inversão psicossexual total", "um intenso mal-estar de gênero", "uma urgência pela cirurgia" e o "ódio pelos órgãos masculinos" (Bento, 2006, p. 152).

A segunda metade do século XX é também a época em que as cirurgias de mudança de sexo começam a ser realizadas nos Estados Unidos. No inicio dos anos 30, organiza-se um movimento, marcado fortemente pela cultura popular, com o suporte da mídia americana, que veiculava as histórias de *Sex Change*, primeiramente em jornais e revistas e, mais tarde, no rádio, na TV e em filmes (Meyerowitz, 2002). Portanto, embora no início do século XX a designação transexual ainda não havia sido estabelecida, a comunicação popular favorecia, através da mídia dos Estados Unidos, o acesso das pessoas interessadas aos hospitais, institutos e profissionais especializados.

O caso mais expressivo desse período, com grande repercussão na mídia internacional, é sem dúvida o do ex-soldado americano, George Jorgensen. Natural da cidade de Nova York, sua história de transformação sexual é publicada na primeira página do *New York Daily News*, em 1952, com a seguinte manchete: "Ex-soldado americano transforma-se em bela mulher loira" (Long, 2008).

Apesar de declarar suas experiências sexuais com parceiros homens, Jorgensen não se identificava como homossexual. De acordo com Meyerowitz (2002), os homens americanos, que se denominavam *gays*, na época, viviam histórias de sofrimento e segredo em relação ao

desejo sexual por outros homens; porém, mesmo aqueles que negavam sua homossexualidade, geralmente não desejavam uma mudança de sexo. Jorgensen, ao contrário, desejava viver como uma mulher, a fim de se relacionar "com homens, como uma mulher, e não como outro homem" (p. 57). Para isto, apenas um caminho lhe parecia viável: o da ciência médica, que podia lhe oferecer as cirurgias para sua transformação corporal. A cirurgia de Jorgensen foi realizada sem qualquer custo para ele, o que pode levar a pensar em uma negociação intrínseca, entre o seu desejo e a ambição científica, representada pela equipe de seu médico, Dr. Christian Hamburger, que acabou por transformar a demanda de seu paciente, num experimento.

Segundo Meyerowitz (2002), Jorgensen conhece o Dr. Hamburger em 1950, em viagem à Dinamarca, e este aceita atender seu pedido de cirurgia para mudança de sexo. Dr. Hamburger era endocrinologista, e curiosamente sua experiência com este tipo de cirurgia limitava-se a experimentos com animais, de modo que o tratamento de Jorgensen foi pioneiro em humanos, na Escandinávia. A equipe do Dr. Hamburger realizou, basicamente, dois anos de acompanhamento de hormônios ingeridos e injetados em Jorgensen, com avaliações sistemáticas do psiquiatra Dr. Georg Stürup. Os resultados apresentados incluíam a diminuição da testosterona, a atrofia dos testículos, a diminuição da libido sexual e o escurecimento da pigmentação nas áreas genitais e dos mamilos.

Outras técnicas também foram utilizadas na transformação corporal de Jorgensen, como a eletrólise, que fez desaparecer seus pelos faciais. Quanto à cirurgia de mudança do sexo anatômico, os médicos não lhe recomendaram a construção de uma vagina, mas apenas a remoção de seu pênis. Eles se valeram do desejo, expresso pelo paciente, de parecer e viver como uma mulher, definindo seus impulsos sexuais num diagnóstico de transvestismo, em que a aparência do gênero é mais importante do que a obtenção do sexo anatômico correspondente. Diferentemente do que era usual nos anos 60, Christine Jorgensen (como

passa a se chamar) não se refere a si mesmo como uma mulher, no corpo de um homem, mas como perdida entre os sexos. Esta afirmação, que expressa uma condição física, mais do que psicológica, descarta a possibilidade, afastada por ela, de ser reconhecida como homossexual (Meyerowitz, 2002).

A experiência de Christine Jorgensen, na década de 50, é o ponto de partida para o início de uma reflexão que proporcionou maior visibilidade histórica às categorias de sexo e de gênero vistas, anteriormente, de uma forma rígida e determinada.

Na tentativa de definir o sexo, alguns esforços científicos foram realizados para separar as características sexuais primárias (genitais, ovários, testículos), das características sexuais secundárias (roupas, maneirismos, diferenças físicas e de caráter). Esta separação se deu com a definição do sexo anatômico e do sexo funcional, que orientou o modo de pensar e de agir de mulheres e homens. Até então, práticas e desejos masculinos e femininos eram definidos pelo conceito de sexo e referidos ao processo anatomobiológico, que afirmava a lógica heteronormativa (Butler, 2003 & 2004). Em outras palavras, uma mulher era naturalmente considerada do gênero feminino, com o desejo direcionado para homens; um homem era naturalmente considerado do gênero masculino, com o desejo direcionado para mulheres. É uma compreensão que afirma um determinismo biológico para o sexo e que, no entanto, começava a mudar.

Estudos antropológicos, principalmente de Kinsey (1948, citado por Meyerowitz, 2002) e Margareth Mead (1949, citado por Meyerowitz, 2002), mostraram que o sexo anatômico não mais produzia explicações correspondentes aos papéis ou aos comportamentos sexuais, como foram definidos antes.

No final do século XX já se apresentavam três categorias distintas de análise do sexo: o sexo biológico, o gênero e a sexualidade. O sexo biológico se refere aos cromossomos, genes, genitais, hormônios, e outras marcas físicas, modificáveis ou não; o gênero diz

respeito à masculinidade, à feminilidade e aos comportamentos associados; a sexualidade representa a conotação erótica do sexo, e as fantasias. Com efeito, gênero e sexualidade não pareciam mais fazer parte das categorias biológicas de fêmea e de macho, e logo se passa a estudar sexo, gênero e sexualidade como categorias construídas, definidas e redefinidas nas performances sociais e culturais dos indivíduos. São concepções que rejeitam a ideia de sexo como biologicamente imutável e universal, que dita os comportamentos e os desejos sexuais de homens e mulheres.

> A história de Jorgensen e a história da transexualidade são partes centrais da reconceituação do sexo, no século XX: concepções de que o sexo biológico é mutável, de que é possível defini-lo e redefini-lo, dividi-lo em partes constituintes como cromossomos, hormônios e genitais, modificar algumas de suas partes; noções de que macho e fêmea não são opostos, masculinidade e feminilidade não são consequências automáticas do sexo biológico, e que nem o sexo biológico, nem o gênero determinam os contornos do desejo sexual se constituiram em mudanças significativas no pensamento social e científico americano (Meyerowitz, 2002, p. 04).

A vida de Christine Jorgensen acirrou os debates acerca do lugar e do poder da biologia, da psicologia e da tecnologia médica, para a viabilidade das transformações corporais, que se tornavam mais frequentes. Dezenas de pessoas se dirigiam aos médicos, a fim de convencê-los a recomendar ou realizar a cirurgia de mudança de sexo.

Começavam a surgir variantes de gênero, que se desenvolviam em um processo social paralelo, distinguindo-se, não só, do padrão heterossexual masculino ou feminino, mas de outras variantes, que se encontravam à margem. Para Meyerowitz (2002), a pluralidade de identidades sexuais desenvolveu subculturas e delineou gradações de gênero, tão diversas, que dificultava a linguagem médica da classificação e categorização.

A década de 60 foi marcada pelas reivindicações de alguns transexuais que desafiavam os médicos que queriam tratá-los como doentes. Surgia, assim, uma identidade de gênero que fazia nascer uma nova categoria minoritária. As reivindicações são ampliadas, com a participação dos movimentos *gay* e feminista, por direitos iguais, cuidados médicos especializados e combate às violências que vinham sofrendo, pelo fato de apresentarem expressões de gênero tidas como avessas.

Iniciava-se a luta dos/das transexuais pela legalidade de sua condição, o que provocou debates nas cortes americanas. Alguns juízes, de acordo com Meyerowitz (2002), chegaram a decidir que, para a determinação legal do sexo de uma pessoa, era bastante a correspondência da identificação de gênero com a genitália da pessoa, não sendo necessário comprovar o sexo anatômico de seu nascimento. Contudo, este argumento legal, para a transexualidade, não foi aceito por muito tempo, pois outros juízes e médicos se opuseram fortemente aos seus colegas, alegando que se estava indo longe demais.

O crescimento do poder médico, o desenvolvimento da ciência e os impactos do jornalismo sensacionalista foram responsáveis por mudanças importantes, no século XX, em relação à sexualidade. No entender de Meyerowitz (2002), um novo conceito de *self* parece ter-se desenhado, no período, imprimindo um grande valor à expressão de si, ao desenvolvimento de si e à transformação de si. Enfim, a proliferação das identidades sexuais oferece à sociedade "um novo ângulo de visão, dentro da decadência das normas tradicionais de gênero" (p. 09).

*John Money e o Conceito de Identidade de Gênero*

O clima da política social liberal dos anos 60 e a revitalização dos direitos humanos, que insistia na justiça e no direito, formavam o cenário perfeito para o surgimento de clínicas, programas e associações que promoviam pesquisas e tratamentos para transexuais. Assim, em 1964, Reed Erickson, um transexual de mulher para homem, cria a *Erickson Educational Foundation,* em Louisiana, Estados Unidos, com o objetivo exclusivo de financiar pesquisas e programas de educação direcionados à transexualidade. Dois anos depois, em 1966, a mesma fundação possibilitou a abertura da primeira Clínica de Identidade de Gênero, no hospital universitário John Hopkins, em Baltimore, Estados Unidos.

A figura de destaque deste período, no John Hopkins, é John Money, psicólogo, médico e sexologista neozelandês, radicado nos Estados Unidos. Como esclarece Cardoso (2008), o entendimento de Money era que as categorias de sexo, gênero e orientação sexual, constituem a Identidade de Gênero do indivíduo, de forma articulada e interacionista, apesar de se estruturarem sob critérios diferentes. Para ele, o critério da genitália determina se o indivíduo nasce macho, fêmea ou intersexo; o do gênero, em sua medida binária de masculinidade e feminilidade, estrutura as categorias de masculino, feminino ou andrógeno; e, finalmente, o critério da orientação sexual define se o indivíduo é bissexual ou monossexual (heterossexual ou homossexual).

Apesar de Money admitir a gênese da Identidade de Gênero, os resultados de suas pesquisas, no campo da intersexualidade, levaram-no a acreditar na importância do meio ambiente em sua estruturação. Assim, ele passa a utilizar critérios socioculturais, e não mais biológicos, para explicar como se constitui a masculinidade e a feminilidade. Money afirmava que a consciência e a convicção do indivíduo, a respeito de sua identidade sexual, se fixariam durante um período crítico, no início da infância, e as adesões da criança aos papéis

funcionais e culturais, masculinos ou femininos, seriam fundamentais para a definição de sua identidade de menino ou menina (Cardoso, 2005).

Para os casos de intersexualidade, mutilação e hermafroditismo, Money recomendava aos seus pacientes, como parte do tratamento, além das cirurgias reparadoras do sexo, a educação da criança direcionada para o sexo social desejado. Entendendo a transexualidade como hermafroditismo psíquico, Money acreditava que a construção identitária de transexuais se daria através da cirurgia de redesignação sexual e da terapia comportamental, a fim de oferecer uma adequação de hábitos e comportamentos ao sexo redesignado. A crença de Money na existência de uma correlação entre as cirurgias de redesignação sexual e o comportamento sexual, é assim resumida por Butler (2004): "Se uma criança submete-se à cirurgia e inicia uma socialização, assumindo um gênero diferente daquele designado em seu nascimento, ela poderá se desenvolver normalmente, adaptar-se perfeitamente ao seu novo gênero e viver feliz" (p. 59).

A identidade sexual, portanto, passa a ser resultado do aprendizado do papel de gênero. O caráter social e as aquisições culturais são valorizados para estabelecer a identidade sexual das pessoas, e o resultado é uma clara distinção entre sexo biológico e o gênero psicossocial. Para Castel (2001), esta é uma visão que tira da transexualidade o atributo patológico, visto que as condutas transexuais não podem ser consideradas anômalas ou antissociais (patológicas), pois essas pessoas têm consciência de seu papel. Em contrapartida, ainda segundo o autor, esta visão pode apontar uma perspectiva reducionista do sexo restringindo seu entendimento ao âmbito do social, apoiado pelo fato da cirurgia possibilitar alivio do sofrimento e oferecer condições de melhor adaptação e interação social aos transexuais.

*O Destino de David Reimer*

Uma das mais chocantes histórias da medicina americana, em que os aspectos culturais são valorizados ao extremo, em detrimento do biológico, foi narrada com detalhes, no ano 2000, pelo jornalista americano John Colapinto, com o título: "Assim como a natureza o fez: o menino que foi criado como menina", tornando pública a história de David Reimer.

Em 1967, um ano após a inauguração da Clínica de Identidade de Gênero, no Hospital John Hopkins, a chegada do menino canadense Bruce Reimer, para tratamento, mobiliza o Dr. Money e sua equipe. Janet e Ron Reimer contaram a Money que, aos oito meses de vida, seu filho Bruce havia tido o pênis completamente destruído, no curso de uma cirurgia para tratamento de fimose. A utilização inadequada de um determinado instrumento cirúrgico causara o acidente. Bruce ainda não tinha dois anos quando conheceu Dr. Money e era gêmeo de outro menino de nome Brian.

A proposta de Money, para os pais de Bruce, foi a seguinte: a criança passaria por uma intervenção cirúrgica preparatória, para a construção futura de uma vagina e, após a cirurgia, os pais não só lhe dariam um nome feminino, como deveriam passar a tratar e criar seu filho, socialmente, como menina. Os pais ainda se comprometeriam a levar seus filhos gêmeos, para consultas anuais, na clínica, e jamais deveriam revelar-lhes a verdade, sobre a identidade sexual de Bruce, pois poderiam por em risco a eficácia do tratamento (A TLC Special, 2009).

O casal Reimer depositou, em Dr. Money, a esperança para a resolução do "problema" de seu filho; entretanto, para o médico e cientista, aquela situação significava a oportunidade perfeita de testar sua teoria, pois teria como sujeitos da experiência, duas crianças nascidas gêmeas, da mesma família, e do sexo masculino. Um deles passaria a ser criado como menina e o outro representaria o elemento controle da pesquisa, pois continuaria a ser criado como menino. Cinco anos depois, em 1972, quando Brenda (o novo nome de

Bruce) tinha cerca de sete anos, o Dr. Money, entusiasmado com o progresso de sua paciente, que assumia uma identidade de gênero, feminina, anunciou ao mundo o sucesso de sua pesquisa, na publicação intitulada: "Homem e mulher, menino e menina: A Identidade de Gênero da concepção à maturidade".

Constatou-se, em seguida, que as expectativas de Money foram frustradas, pois Brenda, aos oito anos, começou a mudar seu comportamento, passando a se interessar por brincadeiras consideradas tradicionalmente de menino; mais tarde, chega a recusar a ingestão de estrógeno, evidenciando sua consciência de que não era uma menina, e sim, um menino. As consultas de Brenda com o Dr. Money eram extremamente invasivas e consistiam em longos interrogatórios, com foco nas diferenças corporais e de comportamento, entre meninos e meninas; o médico lhe apresentava figuras do órgão sexual feminino e de mulheres em trabalho de parto, com a intenção de fazê-la entender que um dia ela poderia ter um filho; nas consultas, chegou a convidar transexuais, de homem para mulher, para que falassem, a Brenda, sobre as vantagens de ser mulher (A TLC Special, 2009).

Butler (2004), narra que à medida que Brenda crescia, tornavam-se mais difíceis as investidas de Money para convencê-la de sua feminilidade. Até que, na última consulta realizada, Money tenta persuadir Brenda a submeter-se à cirurgia de vaginoplastia. A proposta, recusada veementemente pela criança, afasta-a definitivamente do tratamento.

Depois de reagir aos métodos de Money, Brenda ameaçou se matar, se tivesse que retornar às consultas. Janet e Ron Reimer decidem, então, revelar aos dois filhos o segredo da identidade de Brenda, guardado por anos. A partir de então, Brenda decide viver como menino, escolhendo para si um nome masculino: David.

O caso é revisto pela equipe do psicólogo Milton Diamond que oferece a Brenda/David a possibilidade de redefinição sexual, o que é logo aceito. Assim, já na sua adolescência, entre os 14 e 16 anos, David reinicia um tratamento com hormônios, desta vez,

masculinos, e submete-se a cirurgias para a retirada das mamas e para voltar a ter testículos e pênis (com muitas limitações funcionais) refeitos, artificialmente, pela equipe do Dr. Diamond. (Butler, 2004).

Segundo Cardoso (2008), Diamond concordava com Money quanto à influência fundamental da organização cultural, na espécie humana, comparada a outros animais. Afirmava, no entanto, que as questões da identidade de gênero não podiam estar totalmente desvinculadas das influências biológicas, presentes desde a concepção.

O jornalista Colapinto (2000) comenta que a primeira intenção de John Money, em sua teoria sexológica, era quebrar com os estereótipos de gênero, de modo que a sexualidade humana pudesse se expressar de várias maneiras. Suas experiências clínicas, no entanto, o levaram a sustentar a ideia da designação e redesignação sexual, como solução para os casos de intersexualidade e, posteriormente, de transexualidade, o que produziu um paradoxo.

O jornalista ainda narra que, em maio de 2004, quando recebeu a notícia de que David havia cometido suicídio, perguntou-se imediatamente porque a imprensa teria especulado e evidenciado, como razões para esse ato, perdas financeiras, problemas no casamento, a morte de seu irmão gêmeo, dois anos antes, e não as circunstâncias adversas de sua criação. E diza não ter se surpreendido com a morte de David:

> Qualquer um, com alguma familiaridade com a vida de David (...) teria entendido que, o real mistério, era como ele tinha conseguido permanecer vivo por 38 anos, dados os conflitos físicos e mentais que sofreu em sua infância, e que os acompanharam por toda sua vida (Colapinto, 2004, p. 01).

Até a sua morte, em julho de 2006, o Dr. Money jamais reconheceu qualquer equívoco seu ou de sua equipe, nos procedimentos do tratamento de David Reimer e continuou publicando artigos científicos, alegando o sucesso de seus experimentos, mesmo quando suas hipóteses em relação a David já haviam fracassado.

De acordo com Arán (2003), uma das maiores revoluções do século XX foi provocada pelo movimento feminista, que empreendeu grandes transformações no campo da política e da cultura, produzindo mudanças profundas no cotidiano da vida das mulheres, em suas relações amorosas e de trabalho. Com o surgimento do movimento feminista surgiram também as primeiras críticas ao projeto de um modelo hegemônico masculino, quando a condição feminina, na sociedade, até então mantida como inferior e pertencente ao espaço privado, começou a ser relativizada. Desde então, abriram-se maiores espaços para se refletir sobre as diferenças de gênero e promover novas formas de sociabilidade.

Dentre os principais fenômenos que constituíram essa mudança, segundo Arán (2003), estão o início de uma política de visibilidade da homossexualidade, a crise da organização monogâmica e heterossexual da família nuclear burguesa, a inserção da mulher no mercado de trabalho e o fim da relação direta entre sexualidade e reprodução.

> Todos estes fenômenos provocaram uma crise nas referências simbólicas, organizadoras da sociedade moderna, principalmente a partir do deslocamento das fronteiras homem-público e mulher-privado, configurando um novo território para pensar as sexualidades (Arán, 2003, p. 401).

Barbero (2005) entende que um dos resultados deste movimento, de resistência à preeminência da heterossexualidade, foi a produção dos chamados estudos gays e lésbicos (*Gay & Lesbian Studies),* em diversos espaços acadêmicos dos Estados Unidos, nos anos 70. Esses estudos se transformaram no início da luta para a garantia dos direitos e das políticas sociais para homossexuais. No entanto, não foi evitado o surgimento das noções de identidade *gay* e identidade lésbica, reeditando, de consequência, uma construção normativa para as identidades sexuais.

Na década seguinte, (anos 80), o movimento *queer* ou a teoria *queer* se propõe recuperar o "fracasso" do movimento gay e lésbico. Seu objetivo maior é ir de encontro a qualquer rigidez da noção de identidade. "O movimento *queer*, como seu nome indica (*queer* significa torto, estranho) propõe-se sempre contra. É um movimento de resistência às normas e determinações sociais, que pretendem disciplinar o erotismo com regras rígidas e preestabelecidas" (Barbero, 2005, p. 44).

Os escritos *queer,* desenvolvidos nas diferentes disciplinas acadêmicas de história, antropologia e psicologia, questionavam radicalmente a tradição que afirmava a heterossexualidade como expressão correta e original da sexualidade. Além disso, esses trabalhos colocavam em dúvida os gêneros como criações da cultura, e a existência de categorias e identidades sexuais fixas, pondo em xeque muitas verdades, até então vigentes, acerca da sexualidade humana (Barbero, 2005).

A filósofa americana Judith Butler é uma importante representante dos estudiosos das questões de gênero, na contemporaneidade. Em suas contribuições teóricas, ela sustenta o argumento de partida da teoria *queer,* afirmando que gênero e sexualidade são coisas distintas. Em outras palavras, Butler (2004) sustenta que assumir um determinado gênero não significa assumir determinada prática sexual ou, inversamente, determinada prática sexual não pré-determina qualquer categoria de gênero.

Uma segunda questão cara à teoria *queer* e compartilhada pela autora, é o fato de que o gênero não está condenado a assumir a hierarquia da heterossexualidade, como única e definitiva, mas pode adquirir outras formas, no contexto das sexualidades *queer*. Nesta perspectiva, admite que "o gênero é internamente instável, que vidas trans-gêneros são uma ruptura em qualquer linearidade de determinismo causal, entre sexualidade e gênero" (Butler, 2004, p. 54).

Uma das teses sustentadas por Butler é que o gênero *é* uma norma. A norma seria uma "forma de poder social que produz o campo da inteligibilidade dos sujeitos, e um aparato pelo qual o gênero binário é instituído" (p. 48). As pessoas seriam reguladas pelo gênero e dotadas de uma inteligibilidade cultural, de caráter universal e normativo, que contém pressupostos de verdades. Assim, qualquer desvio em relação à norma, constituiria uma anormalidade ou aberração.

Um exemplo privilegiado dessa temática é a condição dos intersexos, pessoas que nascem com alguma irregularidade sexual e que são automaticamente e naturalmente submetidas a cirurgias corretivas, em nome de uma regulação normativa dos gêneros. Essas pessoas, segundo Butler, tornam-se presas fáceis para a medicina, a psiquiatria e a biologia, enquanto poderes regulatórios que se esforçam para manter o *status* e a autoridade da norma binária de gênero.

Butler (2004) oferece uma visão diferente de aproximação da problemática de David Reimer. Em 2004, ano da morte de David, ela dedica um capítulo de seu livro *Undoing Gender* às questões específicas da intersexualidade e da transexualidade e escolhe o caso de David como exemplar para seus argumentos. Não está interessada em confirmar ou negar a teoria da construção social, defendida por Money ou, ainda, o essencialismo de gênero, empreendido por Diamond. Tanto Money quanto Diamond inscreveram suas ações e prescrições a Brenda/David, de acordo com as normas que posicionavam e regulavam os gêneros, restritos aos polos binários, masculino e feminino. Diferentemente, para Butler, o que está em jogo, na história de David, é o padrão de inteligibilidade a que ele foi submetido, no qual a qualidade daquilo que é humano é, ao mesmo tempo, questionada e afirmada.

Butler (2004) afirma que, na história de David, a ideia de transexualidade aparece com objetivos diferentes. Em algumas consultas, ao longo do seu tratamento, Money proporcionou o contato de David com transexuais, pois acreditava que elas poderiam instruí-

lo sobre o comportamento normal e próprio do gênero feminino. Com essa técnica ele apostava que a criança pudesse aprender o que é ser mulher. Diamond, por sua vez, entendia que o fato de David ter nascido homem, era suficiente para justificar uma reedição ou reassunção de seu destino genético. Para fazer justiça à natureza, Diamond e sua equipe prescreveram para David os procedimentos da cirurgia de mudança de sexo, como se fazia para os casos de transexualidade. Assim, Diamond e Money, em nome da natureza ou da normalidade dos gêneros, insistiram, igualmente, em buscar a "autenticidade" do masculino e do feminino.

A crítica de Butler, ao considerar as questões trazidas pela particularidade da história de David, atesta e denuncia que um lugar legítimo para ele, no mundo, só lhe seria possível dentro dos padrões normativos de sexo e gênero. Esses padrões poderiam, em última instância, garantir seu *status* de humano. No *postscript* de seu texto, Butler escreve:

> Não se tem clareza se o problema foi o seu gênero ou o tratamento que lhe causou um incessante sofrimento. As normas que regem o que deve ser uma vida humana, que valha a pena, que seja reconhecida e que mereça ser vivida, não conseguiram oferecer à sua vida nenhuma forma de continuidade ou solidez. A vida para ele foi sempre uma aposta e um risco, uma corajosa e frágil conquista (Butler, 2004, p. 74).

*O Homem Grávido: Tecnogênero no Século XXI*

É a John Money que se deve a invenção do termo *gênero.* Estudos de Preciado (2008), afirmam que o pioneirismo do seu trabalho, com intersexuais e transexuais, foi desenvolver uma plasticidade tecnológica para os gêneros. "Money utiliza a noção de gênero para nomear o sexo psicológico, e pensa na possibilidade de utilizar a tecnologia para modificar o corpo segundo um ideal regulador preexistente, que prescreve como deve ser um corpo humano feminino e masculino" (Preciado, 2008, p. 82).

É verdade que a noção de um corpo masculino ou feminino predefinido, como foi visto, indica uma sexualidade heteronormativa. O que Preciado enfatiza é que, a partir do trabalho de Money, houve uma mudança radical na concepção do sistema sexo/gênero. Se o sexo era visto como natural e definitivo, com a contribuição de Money o gênero utiliza-se do sintético, do maleável e do variável, para ser produzido e reproduzido tecnicamente. A mesma substância hormonal, o estrógeno, por exemplo, é utilizada, a partir dos anos 60, tanto no controle da fertilidade de biomulheres, quanto no tratamento hormonal de pacientes transexuais de homem para mulher (Preciado, 2008).

A chegada do gênero biotecnológico atinge a todos: biomulheres e bio-homens ou transmulheres e trans-homens. A diferença se dá, segundo a autora, no campo da resistência à norma, do reconhecimento social e da consciência dos processos técnicos da produção da masculinidade e da feminilidade.

Sem se propor aprofundar aqui as questões de Preciado sobre a biotecnologia, intenta-se alertar o quanto as modificações na concepção de gênero, também na contemporaneidade, podem gerar importantes consequências para a compreensão da transexualidade.

A história recente de Thomas Beatie, que ficou conhecida, na mídia, como a história do homem grávido, pode ser ilustrativa de uma forma de subjetivação que passa por uma economia biotecnológica.

Em abril de 2008, a redação de uma das mais importantes revistas americanas LGBT, a *Advocate* (http://www.advocate.com), recebeu uma carta assinada por Thomas Beatie, na qual anunciava estar grávido de uma menina, programada para nascer em junho do mesmo ano.

Thomas, natural de Hawaii, Estados Unidos, ao anunciar a sua gravidez, se define como transgênero. Escreve que, no final dos anos 90, realizou sua redesignação sexual de

mulher para homem, que incluiu mastectomia bilateral e tratamento com testosterona. No entanto, não realizou a faloplastia (plástica de construção artificial do pênis) nem cirurgias para a retirada do útero e dos ovários. Esta sua decisão, diz ele, se deveu ao fato da esterilização não se configurar condição legal para a redesignação sexual, e, principalmente, contrariava o seu desejo de ter um filho: "Querer ter um filho biológico não é um desejo nem feminino nem masculino, mas um desejo humano" (Beatie, 2008, p. 01).

Pela lei vigente americana, Thomas, antes Tracy Lagondio, conseguiu mudar sua identidade civil e, em seguida, casar-se legalmente com Nancy. Ela tinha duas filhas de seu primeiro casamento e, devido a uma grave endometriose, havia se submetido a uma histerectomia, anos antes. Sem poder ter mais filhos, Nancy e Thomas decidem que ele teria os filhos do casal. A fim de preparar seu corpo para engravidar, Thomas interrompeu o tratamento regular de injeções de testosterona e, após quatro meses, seu organismo retomou o ciclo menstrual que havia cessado 08 anos antes (Beatie, 2008).

Além das dificuldades pessoais enfrentadas por ele, Thomas descreve o desafio que o casal enfrentou, para lidar com a discriminação da família, de amigos e dos vários médicos que recusaram acompanhá-lo na sua decisão. Após uma primeira tentativa de inseminação artificial frustrada, Thomas finalmente consegue engravidar. No final da carta, ele escreve:

> Para Nancy eu sou o seu marido que gera nossa criança (...). Eu serei o pai da minha filha e Nancy será sua mãe. Nós seremos uma família (...). Por fim, nossa situação fará com que todos aceitem as várias possibilidades humanas e definam para si o que é normal (Beatie, 2008, p.01).

A escolha de Thomas, no seu processo de redesignação sexual, exclui o que o definiria como transexual, isto é, realizar a cirurgia de mudança de sexo. Da mesma forma ele recusa a histerectomia que, na visão tradicional, o faria deixar de ser mulher,

impossibilitando-o de engravidar, definitivamente. Além disso, após sua decisão de engravidar, precisou da administração de testosterona.

Assim, o século XXI entra definitivamente na era do tecnogênero (Preciado, 2008). De fato, no jogo da regulação da feminilidade e da masculinidade, do domínio do próprio corpo - seja ele biocorpo ou transcorpo - e das diferentes expressões das subjetividades, entra em cena a biotecnologia, que pode oferecer inúmeras possibilidades, para o gênero, como descreve Beatriz Preciado, com a força poética de suas expressões verbais e contemporâneas:

> O gênero do século XXI funciona como um dispositivo abstrato de subjetivação técnica: se pega, se corta, se movimenta, se cita, se imita, se traga, se injeta, se enxerta, se digitaliza, se copia, se desenha, se compra, se vende, se modifica, se hipoteca, se transfere, se download, se aplica, se transcreve, se falsifica, se executa, se contrai, se subtrai, se nega, se renega, se traciona, se modifica (Preciado, 2008, p. 88).

***Considerações finais***

Uma intensa identificação com o gênero oposto, o desejo de pertencer ao outro sexo e uma forte inclinação para se livrar das características, primárias e secundárias, do seu sexo de origem são algumas formulações, atualmente utilizadas para se referir à especificidade da transexualidade. Para efeito de regulamentação dessa categoria, a Associação de Psiquiatria Americana (APA) é considerada um órgão internacional de referência que, ao descrever um caráter patológico para a transexualidade, sacramenta e oficializa o que acredita ser o autêntico transexual. No Brasil (lei do Conselho Federal de Medicina, de 1997), as leis que autorizam a realização da cirurgia de transgenitalização são condicionadas aos critérios diagnósticos psiquiátricos da APA, ou seja, a pessoa que deseja realizar esse tipo de cirurgia deve, antes de qualquer coisa, aderir ao diagnóstico de Transtorno de Identidade de Gênero.

Contudo, o percurso histórico da transexualidade faz emergir uma questão sobre a existência de uma identidade tran*sexual*. Da necessidade cirúrgica dos mutilados de guerra, ao desejo pessoal de Christine Jorgensen, da imposição médica, no caso de David Reimer, à corajosa autonomia de Thomas Beatie, suas histórias singulares evidenciam, claramente, as múltiplas formas de construção de gênero que, com o apoio da tecnologia demonstram a impossibilidade de se credenciar uma transexualidade autêntica ou patológica. Pelo contrário, o que se observa é a diversidade de seus modos de subjetivação, vivenciados por inúmeras pessoas, em diferentes culturas e épocas.

Sendo assim, a cirurgia da transgenitalização deixa de ser, como pensava Benjamin, nos anos 50, a única referência terapêutica, para a transexualidade, e passa a compor um dos vários arranjos possíveis, na construção de sexo e gênero.

Observa-se, ainda, que se a forma de Christine Jorgensen exercer a sua sexualidade foi denominada e categorizada como "transexual", outras pessoas, antes e depois dela, subverteram e subvertem os padrões descritos para a transexualidade, a fim de viver suas "vidas transgênero", nas mais diferentes formas.

Talvez a humanidade tenha-se surpreendido, e ainda hoje se interrogue até onde irá o processo de transformação de gênero, que tem interagido com os avanços tecnocientíficos, e com a multiplicidade de formas de subjetivação. O fato é que, antes de ser admitida a possibilidade tecnocientífica de um bio-homem engravidar, uma biomulher, como Thomas Beatie, consegue se autoaplicar testosterona para modificar o seu corpo e adquirir uma aparência masculina, mesmo conservando seus órgãos genitais femininos, o que, mais tarde, lhe permitiu tornar-se um homem grávido.

Beatie, como tantos outros denominados *transgêneros*, não só questiona o que é ser homem, mulher, transexual ou intersexual, mas relativiza qualquer forma de identidade fixa de gênero. Suas escolhas chegam a levar ao extremo as intuições teóricas de John Money,

sobre a plasticidade do gênero, e corroboram os estudos *queer* que pressupõem a separação radical de gênero e sexualidade, colocando em xeque expressões da linguagem binária, tal como: masculino/feminino e sexo oposto, tão presentes nos manuais diagnósticos psiquiátricos.

Essas mudanças nas concepções de sexo, gênero e sexualidade, iniciadas no século XX, estão diretamente ligadas a histórias de vida como as de Christine Jorgensen, David Reimer e Thomas Beatie que, para dar sentido às suas existências, desenvolveram identidades de gênero singulares em acordo ou desacordo com as formas linguísticas, culturais e tecnológicas, presentes em seus respectivos contextos históricos.

***Referências***


A TLC Special. (2009, Agosto 27). (Vídeo). *The Story of David Reimer: born a boy, brought up as a girl.* The Learning Channel (TLC). Recuperado em 05 de setembro de 2009, de http://www.youtube.com/watch?v=3GhbVFjIaN0 (programa exibido em cinco partes).

Arán, M. (2003). Os destinos da diferença sexual na cultura contemporânea. *Estudos Feministas,* 11(2): 399-422.

Barbero, G. H. (2005). *Homossexualidade e perversão na psicanálise: uma resposta aos Gay e Lesbian Studies*. São Paulo: Casa do psicólogo.

Beatie, T. (2008). *Labor of Love: is society ready for this pregnant husband?* Recuperado em 25 de setembro, 2009, de http://www.advocate.com/Society/Commentary/ Labor_of_Love/

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

Butler, J. (2003). *Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade.* Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.

Butler, J. (2004). *Undoing gender*. New York and London: Routledge.

Cardoso, F. L. (2008). O conceito de orientação sexual na encruzilhada entre sexo, gênero e motricidade. *Revista Interamericana de Psicologia*, 42, 69-79.

Cardoso, F. L. (2005). Inversões do papel de gênero: "drag queens", travestismo e transexualismo. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18, 421- 430.

Castel, P. (2001). Algumas reflexões para estabelecer a cronologia do "fenômeno transexual (1910-1995). *Revista Brasileira de História*, 21, 77- 111.

Ceccarelli, P. R. (2008). *Trasexualismo*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Chiland, C. (2008). *O transexualismo*. São Paulo: Edições Loyola.

Colapinto, J. (2004). *What were the real reasons behind David Reimer´s suicide?* Recuperado em 26 de setembro, 2009, de http://www.slate.com//id/2101678/

Colapinto, J. (Áudio). (2000). *Entrevista em Gender Talk.* Recuperado em 08 de outubro, 2009, de http://www.gendertalk.com/radio/programs/200/gt247.shtml

Long, T. (2008, Janeiro 12). *Dec. 1, Ex-GI Becomes Blond Beauty*. Wired Magazine. Science: Discoveries. Recuperado em 10 de outubro, 2009, de http://www.wired.com/science/discoveries/news/2008/11/dayintech_120.

Meyerowitz, J. (2002). *How sex changed. A history of transsexuality in the United States*. Cambridge, Massachussetts, London, England: Harvard University Press.

Preciado, B. (2008). *Testo Yonqui*. Madrid: Espasa.

***Pertinência e Consequências do Diagnóstico de Transtorno de Identidade de Gênero***

***Letícia Rezende de Araújo***

***Luciana Leila Fontes Vieira***

***RESUMO***

A implantação do Processo Transexualizador no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), iniciado com a portaria 1.707 de 2008 do Ministério da Saúde, representou um avanço importante para a conquista do direito à saúde, à dignidade e à não discriminação de transexuais, no Brasil. No entanto, para se submeterem à cirurgia de transgenitalização, nos hospitais credenciados do SUS, os interessados devem obedecer aos critérios da resolução do Conselho Federal de Medicina que, entre outros, circunscreve o acesso ao diagnóstico médico de transexualismo. O presente trabalho problematiza a transexualidade vista na dimensão psicopatológica, e discute a exigência do diagnóstico psiquiátrico de Transtorno de Identidade de Gênero (TIG) para a realização da cirurgia de mudança de sexo, bem como suas implicações nas subjetividades dos/das transexuais. Analisa, ainda, como essas pessoas percebem as implicações da sua condição ser considerada uma doença mental. Por fim, discute a pertinência do Diagnóstico de TIG para a próxima versão do DSM, a ser definido em 2012. Os participantes da pesquisa são transexuais, de homem para mulher, que serão ou já foram submetidas à cirurgia de transgenitalização, no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco – UFPE. Os dados foram analisados com o método qualitativo de pesquisa, tendo a entrevista semiestruturada como instrumento primordial. Os resultados indicam que a maioria das transexuais entrevistadas não se reconhece como doentes e rejeitam o caráter patológico dado à transexualidade. Os mesmos dados revelam o caráter normativo, excludente, restritivo e paradoxal do diagnóstico de TIG. Espera-se que os resultados da pesquisa ampliem as discussões acadêmicas, sobre o assunto, e ofereçam subsídios para que sejam atualizadas e melhoradas as políticas públicas que subsidiam e apoiam práticas de saúde e de promoção dos direitos humanos, no âmbito das questões da transexualidade.

**Palavras-Chave:** Transexualidade, Transtorno de identidade de Gênero, Cirurgia de Transgenitalização, DSM-V.

***ABSTRACT***

The implementation of the "Transsexualizing Process" in the *Sistema Único de Saúde (SUS),* the Brazilian public health care system, was a step forward when it comes to the right to health care, dignity and non-discrimination of transsexuals in Brazil. The selection of patients to undergo sex change surgery at the SUS hospitals must follow the criteria of the Conselho Federal de Medicina resolution, which associates the right to surgery to the medical diagnosis of transsexualism. This article questions the pathology label of the category of transsexualism and discusses the psychiatric diagnosis of Gender Identity Disorder (GID) requirement for the sex change surgery performance, as well as its implications in the subjectivities of the male-to-female (MTF) transsexuals. It also analyzes the extent to which the male-to-female transsexuals see themselves as mentally disordered people. Finally, I debate the pertinence of the Gender Identity Disorder (GID) diagnosis in the next edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) to be published in 2012. Nine male-to-female (MTF) transsexuals who will or have already undergone the surgery in the *Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)* were interviewed for this research. The data were analyzed according to the qualitative research method. I used the semi-structured interview as the main instrument of analysis. The results showed that most of the MTF transsexuals interviewed do not see themselves as sick and reject the pathology label of transsexuality. They also showed the normative, restricting and paradoxical character of GID. I hope the results of this research stimulate further academic discussions about transsexuality and offer support to the improvement of public policies related to medical, psychological and human rights practice.

**Key words:** Transsexuality, Gender Identity Disorder, Sex change surgery, DSM-V.

***Introdução***

O presente artigo objetiva problematizar o diagnóstico de Transtorno de Identidade de Gênero, tal como está descrito no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, DSM-IV, publicado em 2000, pela Associação Americana de Psiquiatria (APA). Neste sentido, discute as consequências e os impasses criados para a transexualidade; analisa como os desvios sexuais, classificados no DSM I de 1952, passaram a engendrar grupos identitários de gênero, no DSM IV; questiona o caráter normativo atribuído às identidades sexuais que pretendem alinhar sexo, gênero, práticas sexuais e desejo; e, finalmente, apresenta as recentes propostas para a revisão do diagnóstico do Transtorno de Identidade de Gênero, prevista para 2012, com a publicação do DSM V.

Nas diversas áreas da saúde, o exercício do trabalho clínico exige, dos profissionais, uma posição de permanente reflexão crítica sobre o que se tem produzido na contemporaneidade, em relação às subjetividades dos/das transexuais.

A prática médico-psiquiátrica tem utilizado, com maios frequência, nomenclaturas nosográficas para identificar os diversos tipos de doenças mentais. Os respaldos científicos para tais classificações encontram-se, principalmente, nos textos do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM IV), como também nas conceituações da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), elaborada pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Esses manuais descrevem, com precisão, comportamentos, sintomas, circunstâncias sociais, fatores de ordem clínica, transtornos de identidade e transtornos de personalidade - para citar alguns - os quais, agrupados em um sistema de categorias específicas, classificam as pessoas em diferentes patologias.

A transexualidade é descrita, no DSM IV, como um Transtorno de Identidade de Gênero e é classificada sob os seguintes critérios diagnósticos:

> a) Uma forte e persistente identificação com o gênero oposto (e não meramente um desejo de obter quaisquer vantagens culturais, percebidas pelo fato de ser do sexo oposto); b) Desconforto persistente com seu sexo ou sentimento de inadequação no papel de gênero deste sexo. Em adolescentes e adultos, a perturbação é manifestada por sintomas como a preocupação de se livrar das características primárias e secundárias do sexo ou acreditar que ele ou ela nasceu com o sexo errado; c) A perturbação não é concomitante a uma condição intersexual física; d) A perturbação causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo (DSM IV, 2002).

A atualidade das discussões em torno desse tema refere-se, principalmente, à aprovação da resolução 1.652, do Conselho Federal de Medicina (CFM), publicada em 2002, a qual, amparada na definição diagnóstica do DSM-IV autoriza, a título experimental, a cirurgia de transgenitalização (neocolpovulvoplastia e neofaloplastia), como tratamento para transexuais.

O transexualismo pressupõe, para o CFM, "desconforto com o sexo anatômico natural" e "desejo expresso de eliminar os genitais". O paciente transexual é caracterizado como: "portador de desvio psicológico permanente de identidade sexual com rejeição do fenótipo e tendência à automutilação e/ou auto-extermínio". Alguns critérios são preestabelecidos para a realização da cirurgia de transgenitalização: idade mínima de 21 anos e dois anos de acompanhamento por uma equipe multidisciplinar, constituída por médico psiquiatra, cirurgião, psicólogo, endocrinologista e assistente social (CFM, 2002).

O CFM justifica a realização da cirurgia de transgenitalização, como indicação terapêutica para o diagnóstico de Transtorno de Identidade de Gênero, apoiando-se nos seguintes princípios: de beneficência, que possibilita a "integração entre o sexo anatômico e a identidade sexual psíquica do indivíduo"; de autonomia, que encerra o "direito à

autodeterminação e a dispor do próprio corpo"; e de justiça, que se refere ao "direito a não discriminação no pleito da cirurgia". A cirurgia é considerada o mais importante dos procedimentos do tratamento de tal desvio psicológico. (Arán, Murta & Lionço, 2009).

No Brasil, a legitimação da cirurgia de transgenitalização promoveu um debate mais consistente sobre as políticas de saúde pública, do país, direcionada aos transexuais. Segundo Arán, Murta e Lionço (2009), as discussões em torno da criação de políticas públicas inclusivas, também dirigidas à população LGBT (lésbicas, gays, bissexuais e transgêneros), foram iniciadas em 2003 e se consolidaram, para os transgêneros, dois anos depois, com a formalização do movimento social de transexuais e a realização do I Encontro Nacional de Transexuais, em Brasília (2005). De lá para cá, representantes do movimento social de transexuais veem discutindo, com o Ministério da Saúde, não apenas a regulamentação do processo de redesignação sexual no Sistema Único de Saúde (SUS), mas, ainda, o direito pleno à saúde pública, de modo que possam usufruir, adequadamente, dos princípios de universalidade, integralidade e equidade.

De acordo com Lionço (2009), o Processo Transexualizador do SUS foi oficializado pela Secretaria de Atenção à Saúde (Portaria n˚457), apenas em 2008. É uma norma que resgata os princípios que regem o SUS, estabelecendo estratégias de atenção à saúde, inerentes ao processo de transformação física e social, próprias da transexualidade. O diferencial dessa norma brasileira é "o estabelecimento de parâmetros éticos para a condução do processo de atenção à saúde, com ênfase na garantia da autonomia e no enfrentamento dos agravos decorrentes de processos discriminatórios" (Lionço, 2009, p. 01).

A publicação da regulamentação do Processo Transexualizador do SUS não deixa dúvidas sobre os ganhos e avanços alcançados na Saúde Pública brasileira, quanto ao direito à saúde, à dignidade da pessoa e a não discriminação. Poder-se-ia acrescentar que, ao assumir o custo dos procedimentos cirúrgicos de redesignação sexual, o governo brasileiro tem

investido diretamente na população de transexuais das camadas economicamente empobrecidas. Neste sentido, Arán, Zaidhaft e Murta (2008) consideram de extrema importância o trabalho das equipes interdisciplinares, nos hospitais e centros de assistência a pacientes transexuais. Para eles, a avaliação e o acompanhamento psiquiátricos, que atestam o diagnóstico de Transtorno de Identidade de Gênero, para viabilizar a cirurgia de transgenitalização, têm funcionado como um dispositivo de cuidado. No entanto, o acesso dos transexuais à rede de saúde se mantém condicionado e limitado à aceitação do entendimento da transexualidade como uma patologia.

> Sabemos que este mesmo diagnóstico é também um vetor de patologização e estigma, o qual muitas vezes acaba por atribuir uma patologia ao paciente, sem questionar as questões históricas, políticas e subjetivas de psiquiatrização da condição transexual (Arán, Zaidhaft & Murta 2008, p. 78).

Que se indague, então: Que prerrogativas infligem à condição transexual esse caráter patológico consensual? Que questões históricas e políticas estariam subjacentes a tal processo, nas práticas psiquiátricas específicas? Autores como Michel Foucault podem oferecer subsídios, no campo filosófico, para se refletir sobre essas questões e os seus desdobramentos.

Foucault (2006a) afirma que, a partir do advento da modernidade, a sexualidade se configurou de modo diferenciado, superando a censura, a negação e o silêncio, elementos representativos do caráter repressivo do regime vitoriano. De fato, a modernidade inaugura um período marcado pela proliferação e multiplicidade dos discursos em torno do sexo. Se, no século XVII, o sexo fazia parte de um discurso moral que se traduzia em tolerância, proibição e condenação, nos dois séculos seguintes tornar-se-á alvo de um dispositivo complexo que busca sua investigação, análise e regulação. Com efeito, a implantação do dispositivo da sexualidade transformou o sexo em um tema de interesse público. As condutas

e as práticas sexuais dos indivíduos eram ditadas e reguladas por esse dispositivo, que funcionava ancorado nos mecanismos de poder e saber da sociedade (Foucault, 2006a).

Foucault (2006b) entende que a ideia de poder, na modernidade, não se restringe às suas formas negativas e de repressão, como no regime monárquico do século XVII. O poder, não precisaria mais da presença física do rei para validar a sua força. Na república do século XIX, o poder tem seu significado fundamental não no governante, mas no corpo social. O poder é exercido infiltrando-se nas inúmeras redes de relações e age diretamente sobre a sociedade e os indivíduos. Assim, o indivíduo se constitui e é constituído pelos efeitos das múltiplas ações do poder. Nas palavras de Foucault (2006b): "Efetivamente, aquilo que faz com que corpo, gestos, discursos e desejos sejam identificados e constituídos, enquanto indivíduos é um dos primeiros efeitos de poder" (p. 183).

O mesmo filósofo observa que uma explosão de discursividades toma forma nas disciplinas das *Scientia Sexualis* (medicina, psiquiatria, sexologia e outras), que criam lugares específicos e aparelhos adequados para ouvir, falar, observar, interrogar e registrar a diversidade de expressões do sexo. A sociedade do século XIX não se preocupou em silenciar e esconder o sexo, mas em produzir e oferecer dispositivos que alcançassem um discurso verdadeiro sobre ele. Enfim, criou-se o estímulo ao discurso regulado, principalmente pelo poder médico-psiquiátrico que induz à produção e à busca da verdade: "Somos julgados, condenados, classificados, obrigados a desempenhar tarefas, destinados a um modo de viver ou morrer em função dos discursos verdadeiros, que trazem consigo efeitos específicos de poder" (Foucault, 2006b, p. 180).

Poder-se-ia afirmar que o advento das *Scientia Sexualis*, no mundo moderno, produziu um modelo de gestão do sexo, em que os discursos e as práticas sexuais deveriam ser administrados, a fim de harmonizar-se com uma sexualidade dita normal.

É um dispositivo regulador da sexualidade que, como se sabe, legitima as relações conjugais, heterossexuais e monogâmicas que respondem às exigências da reprodução. Por conseguinte, todas as possibilidades de exercício da sexualidade, que escapam ao padrão heteronormativo, passam a ser consideradas ilegítimas, periféricas, anormais ou contra a natureza (Foucault, 2006a).

A psiquiatria, tendo como objeto de intervenção o comportamento do indivíduo e suas perturbações, configura-se, a partir do século XIX, como a ciência que mais se debruçou sobre o tema da sexualidade. Era necessário discutir que condutas sexuais deveriam ser consideradas normais ou anormais. Assim, os distúrbios ligados à sexualidade, isto é, os desvios sexuais, passam a fazer parte do campo das desordens psiquiátricas (Russo, 2004), entre essas a homossexualidade. Até então considerada uma modalidade de prática sexual, a homossexualidade deixa o estatuto de prática sodomita ou ato proibido e reincidente, para transmutar-se em "uma espécie de androgenia interior, um hermafroditismo da alma" (Foucault 2006a, p. 51). Assim, o sodomita, que antes era visto como um sujeito jurídico, no século XIX é reconhecidamente um homossexual, cujo corpo é marcado pela sexualidade, revelando uma pessoa dotada de uma história singular que, segundo Vieira (2005), tem uma infância e um caráter que expressa uma identidade específica e patológica.

> Nada daquilo que ele é, no fim das contas, escapa à sua sexualidade. Ela está presente nele todo: subjacente a todas as suas condutas, já que ela é o princípio insidioso e infinitamente ativo das mesmas, inscrita sem pudor na sua face e no seu corpo, já que é um segredo que se trai sempre. É-lhe consubstancial não tanto como pecado habitual, mas como natureza singular (Foucault, 2006a, p. 50).

Como a homossexualidade do século XIX, a transexualidade estaria condenada, necessariamente, às prerrogativas das sexualidades anormais, pois sua "natureza singular" estava em desacordo com os ditames da verdade do sexo. A transexualidade subverte o

sistema sexo/gênero justamente onde deveria se alinhar, pois se entende inconcebível um indivíduo que nasceu com um pênis, portanto, naturalmente considerado homem e masculino, desejar extirpá-lo sumariamente do seu corpo; ou, de outro modo, haver alguém que rechaça seu sexo anatômico feminino e urja pela implantação de um pênis, por saber-se e sentir-se homem. Logo, o sentimento de não conformidade ao sexo biológico, ou mesmo o desejo de transformação corporal, só poderiam ser interpretados no campo das psicopatologias.

As primeiras descrições e referências ao transexualismo, nesse campo, foram realizadas pelo psiquiatra alemão Krafft-Ebing. Sua obra, *Psycopathia Sexualis* (1889) além de ter ocasionado a difusão de práticas sexuais consideradas perversões, no imaginário sociocultural da época, promoveu sua inserção no conjunto de classificações das desordens psiquiátricas (Russo, 2004).

Segundo Russo (2004), o surgimento da psicanálise, no início do século XX, produz grandes implicações para a classificação psiquiátrica das desordens mentais. A psiquiatria dinâmica americana, que vigorou na primeira metade do século XX, encontrou, na concepção psicanalítica da neurose, a base teórica para desenvolver as duas primeiras versões do Manual Diagnóstico e Estatístico das Desordens Mentais (DSM). A compreensão do mecanismo da neurose ultrapassa a mera descrição dos comportamentos e sintomas. O entendimento é que a neurose se refere a algo subjacente ao sintoma e ao comportamento observável. Laplanche e Pontalis (1992) conceituam a neurose como "uma afecção psicogênica em que os sintomas são a expressão simbólica de um conflito psíquico, que tem raízes na história infantil do sujeito, e constitui compromissos entre o desejo e a defesa" (p. 296). Com efeito, tanto no DSM I, que data de 1952, quanto no DSM II, publicado em 1968, os sintomas são entendidos como manifestações simbólicas que deveriam ser interpretadas no contexto das histórias singulares do indivíduo. Além disso, as classificações diagnósticas específicas eram limitadas (Mayers & Horwitz, 2005).

Em relação à classificação dos desvios sexuais, pode-se encontrar, no DSM I, tanto as categorias de homossexualidade, fetichismo e travestismo, como, as de estupro e assédio sexual. Todos, igualmente classificados na mesma categoria, que corresponde à classificação mais ampla dos *Transtornos de Personalidades Sociopáticas*. O DSM I e o DSM II privilegiam, em suas classificações, a dinâmica psicossocial do indivíduo, visando compreender seu adoecimento psíquico, em detrimento da concepção fundamentada no fisicalismo, até então predominante, que se ancorava no rigor dos processos empíricos e da mensuração do comportamento observável.

Uma das críticas a esse critério de classificação seria a baixa confiabilidade científica, PR haver prevalência dos processos subjetivos sobre a etiologia das perturbações mentais. Haveria, portanto, a ausência de critérios formais, bem definidos, que especificassem objetivamente as fronteiras diagnósticas. Segundo Meyers e Horwitz (2005), tais argumentos contribuíram bastante para a criação da terceira edição do Manual Diagnóstico e Estatístico das Desordens Mentais (DSM III), coordenada pelo psiquiatra americano Robert Spitzer.

Spitzer busca a base lógica para a construção do DSM III, na classificação psiquiátrica desenvolvida por Emil Kraeplin, psiquiatra alemão da segunda metade do século XIX. Ao invés de atribuir às desordens mentais causas psicológicas subjacentes, Kraeplin entendia que suas classificações deveriam se basear, prioritariamente, na observação cuidadosa de seus sintomas exclusivos e visíveis. Nessa mesma direção, Spitzer e sua equipe constroem um *manual de classificação diagnóstica*, para as perturbações mentais, tendo como foco principal a descrição dos sintomas. Para eles os critérios diagnósticos deveriam ser objetivos e verificáveis, de modo que pudessem servir aos psiquiatras como uma referência confiável e padronizada (Meyers & Horwitz, 2005).

A publicação do DSM III (1980) representou não só uma ruptura com a abordagem psicanalítica até então vigente para a psiquiatria americana, mas ainda resultou em mudanças

radicais na terminologia e na lógica das classificações psiquiátricas. Além disso, o DSM III introduziu grupos identitários, produzindo categorias específicas como o Transtorno de Identidade de Gênero (Russo & Venâncio, 2006), e estabeleceu uma mudança marcante na forma de apresentar e descrever os diagnósticos. Se no DSM I faz-se a divisão entre transtornos mentais de causas orgânicas e transtornos mentais de causas não orgânicas, no DSM III a dicotomia entre o psíquico e o orgânico tende a desaparecer e torna-se inoperante no DSM IV. Este confere aos transtornos mentais uma base necessariamente biológica. Na sua versão, o termo "neurose" perde a sua força, ao descrever os transtornos mentais, e exclui a singularidade do sofrimento.

> A classificação "neurose" transformou-se quase que um modo de ser (...). O "sumiço" das neuroses, portanto, ultrapassa a mera querela classificatória entre diferentes escolas de psiquiatria, tendo a ver com outro modo de enfrentar os diversos mal-estares e desconfortos que acometem a vida de cada um. Transformá-los em doenças discerníveis, delimitadas e palpáveis, implica abandonar toda a empresa de autoconhecimento e do trabalho sobre si, implicados na psicanálise (Russo & Venâncio, 2006, p. 468).

Seguindo a perspectiva do fisicalismo, a cada revisão do Manual Diagnóstico e Estatístico das Desordens Mentais - realizada pela AP desde 1952 - as categorias que envolvem a sexualidade vão-se tornando mais numerosas e são tidas como entidades específicas. O conjunto dos desvios sexuais (DSM I), reconsiderado no DSM II, continua fazendo parte do grupo dos Distúrbios da Personalidade e Outros Distúrbios Mentais Não Psicóticos, mas aparecem, então, com nove categorias: Homossexualismo, Fetichismo, Pedofilia, Travestismo, Exibicionismo, Voyeurismo, Sadismo, Masoquismo e outros desvios sexuais. Já no DSM III, os desvios sexuais deixam de ser classificados como Distúrbios da Personalidade e passam a ser descritos como Transtornos Psicossexuais. É quando surge o

Transtorno de Identidade de Gênero como subcategoria dos Transtornos Psicossexuais, seguido das parafilias, das disfunções psicossexuais e de outros transtornos psicossexuais.

No DSM IV, de 1968, cria-se um novo tipo de classificação, o dos Transtornos de Identidade Sexual e de Gênero, categoria que é subdividida em três grandes grupos, a saber: Disfunções Sexuais, Parafilias e Transtornos de Identidade de Gênero. Esses grupos incluem e descrevem vinte e sete transtornos. Percebe-se, no entanto, que mais do que triplicar, passando de nove para vinte e sete patologias sexuais tratadas pela psiquiatria, a APA acaba por fragmentar e categorizar os comportamentos sexuais, ditos desviantes, tornando-os entidades isoladas de doenças mentais (Meyers & Horwitz, 2005).

No que tange a categoria da transexualidade sabe-se que a característica de maior relevância, para a confirmação de seu diagnóstico (Transtorno de Identidade de Gênero), refere-se ao sentimento dos (as) transexuais, de não se sentir integrado(a), conformado(a), ou adequado(a) às características sexuais do seu corpo e à sua identidade psíquica e sexual. Expressando de outra forma: uma pessoa é diagnosticada transexual, quando se afirma de um gênero não correspondente ou não adequado ao seu sexo anatomo-biológico.

É o caso de se indagar: quais as prerrogativas que permitiriam identificar "não conformidade" e "inadequação" como transtorno ou patologia? Que concepções de sexo e de gênero norteiam as definições dos manuais diagnósticos de doenças mentais? E que consequências são observadas, ao se condicionar o acesso à cirurgia de transgenitalização ao caráter patológico?

Arán (2006), em seu artigo intitulado "A transexualidade e a gramática normativa do sistema sexo-gênero" faz uma crítica contundente à compreensão da transexualidade enquanto transtorno ou patologia. A autora argumenta que a caracterização patológica da transexualidade se sustenta numa posição normativa, do binômio sexo/gênero, alinhada à

matriz binária heterossexual, que pretende regular as formas da sexualidade e da subjetividade.

A temática da heterossexualidade compulsória, como sistema regulador das sexualidades e subjetividades, é tratada com profundidade pela filósofa americana Judith Butler, que problematiza as noções do sexo biológico, compreendido na ordem do natural, do gênero e da cultura, pondo em xeque a hipótese de um sistema binário para o sexo (homem/mulher) e para o gênero (masculino/feminino). Para Butler (2003), o que sustenta a estrutura do sexo binário é o estabelecimento da ideia de um gênero, socialmente construído, que se impõe a um corpo sexuado, pensado como natural, pré-discursivo, e anterior à cultura. Dessa forma, para um corpo biológico de homem, corresponderia o gênero masculino, e para um corpo biológico de mulher, o gênero feminino. Esse discurso cultural hegemônico, baseado no sistema binário sexo/gênero e no modelo do desejo heterossexual, se inscreve como modelo imaginável das sexualidades e das subjetividades.

Butler afirma (2004) que o modelo heteronormativo é encontrado, de forma subjacente, no texto do DSM-IV. As características que determinam o diagnóstico de Transtorno de Identidade de Gênero expressam essa marca. A seguir são transcritas, do DSM IV, as características de identificação de uma menina transexual e de um menino transexual:

> Em meninos, a identificação com o gênero oposto é manifestada por uma acentuada preocupação com atividades tradicionalmente femininas. Eles podem manifestar uma preferência por vestir-se com roupas de meninas, ou de mulheres, ou improvisar esses itens a partir de materiais disponíveis, quando os artigos genuínos não estão à sua disposição. (...) As meninas com Transtorno de Identidade de Gênero (...) preferem roupas de menino e cabelos curtos e, com frequência, são erroneamente identificadas, por estranhos, como meninos; elas também podem pedir aos outros que as chamem por nomes masculinos (DSM IV, 2002).

Butler indaga de qual ângulo de observação se decide o que é tradicionalmente feminino e por que roupas femininas são consideradas roupas genuínas. Parece evidente que essas questões são muito mais complexas do que como são descritas no DSM-IV e abrem espaço para múltiplas interpretações. Quando os meninos experimentam vestirem-se como meninas e quando meninas experimentam serem chamadas por um nome de menino, na visão butleriana não estão fazendo outra coisa, senão, construindo seu gênero. Nas palavras da autora: "Eles não estão simplesmente dando evidências de estados internos, mas performatizando certos tipos de ações, e interessando-se por práticas que são essenciais para a construção de seu próprio gênero" (Butler, 2004, p. 98).

A linguagem do DSM-IV pressupõe radicalmente que masculino e feminino não se misturam, estabelecendo aspectos precisos e bem definidos para a dupla de gêneros que são compartilhados e reforçados no âmbito cultural. Para Butler (2004), o diagnóstico de Transtorno de Identidade de Gênero oferece uma noção de gênero, como se fosse um fenômeno permanente e opositivo, levando a crer que a pessoa que deseja viver, em consonância com um gênero diferente do seu, o faz, principalmente, por meio da cirurgia de trangenitalização, que é irreversível, e continuará a viver, definitivamente, de acordo com o gênero transformado. Sabe-se, no entanto, que gênero é o modo como cada pessoa se constitui ao longo de sua vida, e não uma entidade estática, que tem nos polos masculino e feminino suas duas únicas possibilidades.

A crítica de Butler ao diagnóstico de Transtorno de Identidade de Gênero se refere à concepção de que o gênero é fixo e dual, em suas variações, regulado pelas normas da heterossexualidade, que condena à patologia outras possibilidades de expressões de gênero que escapam ao sistema binário de referência: "Sabemos de antemão, pelo diagnóstico de Transtorno de Identidade de Gênero, que as normas de gênero são descritas dentro do

binômio masculino/feminino e, a partir daí, o que temos a fazer é procurar classificar segundo essa ordem" (Butler, 2004, p. 81).

De fato, a matriz heterossexual não dá conta das especificidades da transexualidade, e muito menos consegue representar a complexidade das diversas "performances" de gênero ou "processos de transformação" (Butler, 2004). No entanto, desejos como o de viver como outro gênero e/ou de se submeter à cirurgia de trangenitalização, de ser chamado por outro nome, de realizar tratamentos hormonais e infinitos outros, são tratados como *escolhas médico-condicionadas*. De fato, são os profissionais das áreas médicas e "psi" que determinam a necessidade ou a viabilidade das intervenções cirúrgicas, resguardados pelos manuais diagnósticos. Assim, o Transtorno de Identidade de Gênero se configura como um "instrumento de patologização" (Butler, 2004, p. 76).

Entretanto, membros da comunidade LGBT (lésbicas, gays, bissexuais, transgêneros), e alguns ativistas das áreas médicas e jurídicas, defendem que o diagnóstico pode funcionar como instrumento facilitador para o acesso às intervenções médico-cirúrgicas e às tecnologias necessárias para as transformações. Nessa perspectiva, a transexualidade poderia ser compreendida como um exercício de autonomia (Butler, 2004).

Se, por um lado, o diagnóstico preserva o seu valor, abrindo possibilidades para a realização legal das cirurgias de transgenitalização, por outro, pressupõe doença e anormalidade ao classificar a transexualidade como transtorno mental, quando deveria ser entendida como "uma das diversas formas humanas de determinar o gênero de cada um" (Butler, 2004, p. 76).

Butler questiona até que ponto esses dois argumentos devem ser exclusivos ou tratados como opostos. Um aspecto importante, para se pensar a pertinência da noção diagnóstica, seria explicitar o que se entende por autonomia. Para a comunidade LGBT exercer a autonomia seria conseguir atingir o objetivo desejado, ou seja, ter acesso à cirurgia

de transgenitalização. Assim, a pessoa que se submete à cirurgia, não confunde seu desejo com uma patologia e se sente beneficiada pelo diagnóstico. Nesse aspecto, Butler considera o uso do diagnóstico como um instrumento estratégico. Porém, questiona se, mesmo utilizando o diagnóstico como via de acesso aos benefícios da cirurgia, a pessoa ainda estaria sujeita a "internalizar alguns aspectos do diagnóstico, concebendo-se mentalmente doente ou fracassando na normalidade, ou ambos" (Butler, 2004, p. 82).

A autora alerta para o aparato regulador ao qual a pessoa que deseja a transformação deve, invariavelmente, se submeter. Argumenta, ainda, a necessidade de não esquecer que as formas de liberdade estão submetidas "às condições sociais e às instituições sociais que regem as opções humanas do nosso tempo" (2004, p. 88). De consequência, utilizar o diagnóstico como instrumento estratégico poderia funcionar como uma armadilha, na qual o indivíduo, preso na linguagem diagnóstica, acaba tendo sua liberdade suprimida:

> Embora o diagnóstico signifique que o seu objetivo é verificar se o indivíduo estaria vivendo adequadamente, e de acordo com as normas do outro gênero, parece que o teste real que o diagnóstico de Transtorno de Identidade de Gênero faz, é procurar saber se a pessoa pode se adequar à linguagem diagnóstica. Em outras palavras, assumir outro gênero pode não ser uma questão de adequação às normas que governam a vida, mas uma questão de poder adequar-se ao discurso psicológico que estipula quais são essas normas (Butler, 2004, p. 93).

Visto dessa forma, o diagnóstico estabelece um dilema para a autonomia: "A única forma de alcançar a transformação é se apresentando em um discurso que talvez não seja o seu" (Butler, 2004, p. 91).

Portanto, compreender de forma estritamente positiva a ideia do diagnóstico, como exercício de autonomia ou de liberdade, ou mesmo como facilitador para atingir os objetivos daqueles que sofrem com uma inadequação do sexo biológico, seria uma conclusão ingênua e

simplista. É preciso levar em conta o paradoxo da *transautonomia*, ou seja, ao mesmo tempo em que não se pode negar o caráter facilitador do diagnóstico, não se pode esquecer a força de um estado patológico e normativizante que ele carrega.

A visão de Butler harmoniza-se com os debates atuais acerca da pertinência do diagnóstico do Transtorno de Identidade de Gênero, na perspectiva de uma quinta versão do DSM, programada para 2012, pela Associação de Psiquiatria Americana (APA). A publicação de uma nova edição do DSM pode significar uma forte oportunidade de mudança, mas, ao mesmo tempo, é uma tarefa difícil: será possível que a APA aceite respeitar as várias expressões de gênero, e, ao mesmo tempo, acredite poder continuar mantendo o estigma da doença mental e de anormalidades sexuais em crianças, adolescentes e adultos?

As discussões em torno do que talvez venha a ser a maior revisão de categorias diagnósticas para transtornos mentais, desde 1994, foram iniciadas, oficialmente, em 2007, com a composição de um grupo de trabalho cujos membros foram indicados pela APA. Em junho de 2009, em Oslo, aconteceu o XXI Simpósio Bienal da Associação Profissional Mundial para a Saúde dos Transgêneros (WPATH). Foi, então, que Randall Ehrbar (psicólogo clínico), Nicholas Gorton (médico do Serviço de Saúde Lyon Martin) e Kelley Winters (escritora, consultora para questões de diversidade de gênero e fundadora de um portal virtual, que advoga em favor da reforma do diagnóstico de Transtorno de Identidade de Gênero - *GID Reform Advocates*), promoveram um debate aberto e começaram a construir uma proposta de mudança efetiva, na categoria diagnóstica do Transtorno de Identidade de Gênero para o próximo DSM V.

Dentre os argumentos levantados, na ocasião, foram destacados três pontos de convergência: a) O diagnóstico deve focar a experiência de disforia de gênero, entendida como o sofrimento oriundo das exigências dos papéis sociais de gênero e das características sexuais do corpo; b) O diagnóstico deve ser o mais abrangente possível, para circunscrever

todos aqueles que dele precisam, incluindo as identidades de gênero que estão fora do sistema binário de gênero, e aqueles que não desejam fazer a total transformação médica ou social, para o "gênero oposto"; c) O diagnóstico deve ser restrito o suficiente para incluir apenas aqueles que experimentam a disforia de gênero (e, portanto, necessitam de tratamento), e não aqueles que simplesmente apresentam uma não conformidade com o seu gênero, mas, não sofrem com isso). Mais ainda: seria importante que o diagnóstico de disforia de gênero, em adultos e adolescentes, concorde em dois pontos: a) Há forte e persistente sofrimento com as características sexuais físicas, ou com o papel de gênero social, que é incongruente com a identidade de gênero existente; b) Esse sofrimento é clinicamente significativo ou causa dano social, no trabalho e em outras áreas importantes de funcionamento, quando advém unicamente de preconceito ou discriminação (Winters, Ehrbar & Gorton, 2009).

O principal aspecto crítico, considerado pelos estudiosos citados, está na ênfase do diagnóstico, por ocasião da mudança da identidade de gênero das pessoas. A recomendação diagnóstica, para esses estudiosos, não deveria recair na ação corretiva da cirurgia de transgenitalização, que visa conformidade do sexo anatômico ao sentimento de identidade psíquica do indivíduo. O foco orientador da mudança deveria ser o alívio do sofrimento gerado por disforia de gênero. Sendo assim, a APA deveria passar a considerar uma clara distinção entre diversidade de gênero e sofrimento em relação ao próprio gênero. Deste modo, poder-se-ia evitar que os procedimentos de redesignação sexual sejam a única saída para o sofrimento dos/as transexuais (Winters, 2007).

O diagnóstico de Transtorno de Identidade de Gênero deveria ser direcionado, portanto, apenas àqueles que sofrem pela extrema dificuldade de suportar a desconformidade de seu gênero. Com efeito, inúmeras possibilidades de expressão de gênero, que atualmente são descritas como Transtorno de Identidade de Gênero, poderiam ficar fora desse enquadramento diagnóstico. Por exemplo, aqueles que, após a realização da cirurgia, passam

a viver de forma saudável, sem reclamar mais qualquer outro desconforto de gênero; aqueles que se percebem com alguma desconformidade de gênero, mas, não são acometidos pela disforia; ou mesmo, aqueles que, para se sentirem aliviados da disforia, não precisam ou não querem realizar todos os procedimentos cirúrgicos, nem as transformações corporais relativas ao seu gênero.

Segundo Winters (2007), a definição de sofrimento e prejuízo para o indivíduo, como está descrita no texto do DSM IV, limita-se ao desconforto por não haver conformidade entre sexo e gênero. É sabido, no entanto, que tentativas de suicídio, riscos de contrair HIV e prostituição, podem ser consequências da discriminação e do preconceito e não meramente de características isoladas, associadas ao Transtorno de Identidade de Gênero.

Butler concorda com Winters quando comenta, ironicamente, que o DSM adquire um tom comovente, quando associa sofrimento e tristeza à vida das crianças acometidas por tal transtorno, e não pela discriminação:

> Parece que a única tristeza é aquela criada por um desejo interno, e não pelo fato de que não há suporte social para aquelas crianças; que quando elas expressam sua tristeza aos adultos, eles procuram diagnosticá-las, inseri-las na esfera da patologia; e que as normas de gênero enquadram as conversas em que suas tristezas aparecem (Butler, 2004, p. 98).

Para Winters e os defensores de uma revisão da categoria de Transtorno de Identidade de Gênero, o DSM confunde não-conformidade cultural com doença mental, e, assim, evitam focar o diagnóstico na remissão da disforia de gênero, fazendo valer a norma binária de gênero, em detrimento do sofrimento humano.

***Método***

No processo da presente pesquisa, foram analisados os conteúdos de entrevistas realizadas com pessoas diagnosticadas com Transtorno de Identidade de Gênero, que se submeteram ou que iriam se submeter à cirurgia de transgenitalização, de homem para mulher. São utilizados nomes fictícios para apresentá-las, no intuito de preservar suas identidades, referindo-se a elas sempre no feminino, por se considerar e respeitar a forma como elas próprias se comunicavam, com exceção de uma que ora se referia a si, no masculino, ora no feminino.

A pesquisa também investigou em que medida essas pessoas atribuiam um caráter patológico e identitário à transexualidade; que lugar reservavam à cirurgia de transgenitalização, em suas vidas; e como se sentiam diante das várias formas de transformação corporal a que se submetiam. A intenção que norteou o trabalho foi a de alcançar o objetivo deste artigo, a saber: problematizar o diagnóstico de Transtorno de Identidade de Gênero, tal como descrito no DSM IV.

Esta pesquisa foi aprovada em 05 de março de 2009, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco, sob o registro: CEP/CCS/UFPE nº 001/09.

*As participantes da pesquisa*

Segundo Minayo (1999), a amostragem qualitativa é construída e validada, progressivamente, à medida que o pesquisador explora o campo, ao mesmo tempo em que se confronta com a teoria. Inicialmente, pretendia-se compor uma amostra de quinze participantes, o que correspondia, na ocasião, ao número de pessoas que participavam do programa de acompanhamento psicológico para transexuais, do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco. No entanto, só foi possível entrevistar nove participantes daquele grupo. A pesquisa contou, portanto, com nove pessoas diagnosticadas

transexuais masculinos (de homem para mulher), das quais uma havia recebido o diagnóstico de homossexualismo interrogado. Três delas já tinham se submetido à cirurgia de transgenitalização e as outras seis aguardavam a oportunidade de realizá-la.

As nove entrevistadas tinham entre vinte e quatro e quarenta e nove anos, e pertenciam a camadas socioculturais diferentes. Para definir a camada social, levou-se em consideração o grau de instrução, a profissão e o local de residência. Todas elas trabalhavam. Suas profissões eram: professora, cozinheira, serviços gerais, costureira e estilista, web designer e técnica em enfermagem.

Em relação ao nível de instrução, seis das nove participantes possuíam nível superior, duas delas, porém, incompleto. Das três entrevistadas restantes, uma tinha o 1º grau completo, outra o 1º grau incompleto, a terceira havia concluído o ensino fundamental. Nenhuma das nove participantes tinha filhos. Duas eram casadas e moravam com seus respectivos maridos. As outras sete eram solteiras: três moravam sozinhas, duas com pai, mãe e irmãos e, duas outras, com a respectiva mãe. Apenas uma delas não era natural de Pernambuco, mas do estado de Sergipe, também situado na região Nordeste do Brasil.

**Tabela 1: Quadro Socioeconômico das Participantes**

| Nome Social | Idade | Situação Familiar | Escolaridade | Profissão | Naturalidade | Entrada no Programa | Realização da Cirurgia |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Vanessa | 28 | Solteira | 2º grau completo | Técnica em enfermagem | Recife PE | Janeiro 2001 | Fevereiro 2003 |
| Gisely | 33 | Casada | 2º grau completo | Cabeleireira | Aracajú SE | Outubro 2006 | Novembro 2008 |
| Clô | 49 | Solteira | 2º grau incompleto | Cabeleireira | Alagoinha PE | Dezembro 2007 | - |
| Viviane | 24 | Solteira | 2º grau completo | Professora | Bezerros PE | Novembro 2007 | - |
| Helena | 24 | Solteira | 1º grau incompleto | Cozinheira | Bezerros PE | Junho 2007 | - |
| Melissa | 37 | Casada | 2º grau completo | Cabeleireira | Recife PE | Novembro 2007 | - |
| Cássia | 24 | Solteira | Ensino fundamental | Serviços gerais | Surubim PE | Abril 2008 | - |
| Beatriz | 32 | Solteira | 2º grau incompleto | Webdesigner | Recife PE | Fevereiro 2008 | Julho 2008 |
| Manoeli | 37 | Solteira | 1º grau completo | Costureira e estilista | Surubim PE | Agosto 2008 | - |

*A coleta de dados*

De acordo com Minayo (1999) a técnica clínico-qualitativa permite ao pesquisador obter dados tanto de natureza objetiva - que correspondem aos fatos que o pesquisador pode obter, através de outras fontes, como registros e trabalhos acadêmicos - quanto de natureza subjetiva, que se referem às opiniões, valores e atitudes do entrevistado.

Tendo em vista que o objeto da análise eram os componentes afetivo-emocionais preferiu-se utilizar a pesquisa qualitativa, cujas especificidades atendiam melhor ao enfoque desejado.

A entrevista semiestruturada foi o principal instrumento utilizado no trabalho de campo. Para iniciar as entrevistas foi feita uma pergunta disparadora, sugerindo a livre associação da entrevistada. Foi preparado um roteiro-guia de questões pré-elaboradas que facilitou, no decorrer da entrevista, a introdução de outras questões pertinentes. Como sugere Minayo (1999), o processo metodológico desse tipo de entrevista "possibilita ao entrevistado discorrer sobre o tema proposto, sem respostas ou condições prefixadas" (p. 108). Os diálogos foram registrados em gravador digital, testado após cada entrevista e, posteriormente, foram transcritos, literalmente, buscando preservar, ao máximo, a precisão das falas das entrevistadas.

Antes de cada entrevista apresentava-se, à entrevistada, um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, contendo os objetivos da pesquisa, sua contribuição para a ciência, sua duração aproximada, a dinâmica de trabalho e a necessidade da utilização do gravador. Fez-se, ainda, o compromisso da preservação do anonimato, dentre outras exigências éticas e metodológicas que a pesquisa requer. Após a leitura e a assinatura do termo, a entrevista era iniciada.

A coleta de dados se deu no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco, em uma sala silenciosa, disponibilizada pelo serviço de ginecologia. É importante destacar que os dias das entrevistas foram programados, de modo que coincidissem com os dias em que as entrevistadas já estariam no Hospital, para consultas marcadas com uma psicóloga.

*A análise dos dados*

O processo de análise dos dados coletados seguiu os pressupostos da Análise de Conteúdo (Minayo, 1999), já conhecidos nas investigações qualitativas. Seu procedimento foi fundamentado na prática hermenêutica que enfatiza a análise do conteúdo, sobre as

situações vividas pelo sujeito investigado. O foco dos procedimentos foi alcançar os conteúdos latentes e a compreensão dos sujeitos, na relação com os respectivos contextos socioculturais, reveladores de possíveis sentidos e significados, priorizando-se "palavras pré-escolhidas pelo locutor, a frequência de recorrência de certos termos, o aparato e o andamento do discurso" (Turato, 2003, p. 440). A análise dos conteúdos latentes e a compreensão dos sujeitos, em relação ao seu contexto sociocultural, foi procedida em sintonia com os pressupostos teóricos e com os objetivos da pesquisa.

Após a realização das entrevistas e a sua transcrição, se passou à análise dos dados coletados, da seguinte forma: se fez várias leituras das entrevistas, a fim de identificar *núcleos temáticos centrais*, que tivessem consonância com os objetivos da pesquisa, a saber: definição do/da transexual, definição de si mesmo, transexualidade e patologia, modificações corporais, uso do pênis e identidade civil *versus* diagnóstico. Definidos os temas relevantes da análise, foram realizadas as devidas correlações com as falas das participantes. O resultado foi submetido às interpretações e problematizações sustentadas pela fundamentação teórica adotada.

### *Análise e discussão*

Ao se discutir a noção de gênero, que está implícita no diagnóstico de Transtorno de Identidade de Gênero, observa-se que o seu caráter permanente é um aspecto fundamental da crítica de Butler à linguagem diagnóstica. O que a autora põe em relevo é a noção da provisoriedade do gênero, enfatizando seu viés performativo. Neste sentido, Bento (2006) se refere às identidades de gênero como identidades que adquirem fixações temporárias e instáveis. Para ela, tais identidades são "pontos de apego temporário às posições de sujeito que as práticas discursivas constroem para nós" (Bento, 2006, p. 204).

Viviane – uma das entrevistadas - parece não ter dúvidas da sua identidade**:** *Eu sou heterossexual, sou uma mulher. Eu sempre me vi como mulher. Sem [cirurgia], com [cirurgia], eu sou uma mulher*. (Viviane, 24 anos, solteira, professora, superior completo). No entanto, conta que quando descobriu que poderia realizar a cirurgia de transgenitalização comemorou como uma oportunidade única em sua vida. Sua motivação era clara: *Eu vou adequar o meu biológico ao meu sexo psicológico, feminino; uma mulher. É uma adequação do biológico para o psicológico.* A segurança de Viviane, quanto à sua identidade de gênero, demonstra que apesar de ter nascido com o órgão masculino, ela se sente mulher; não seria a cirurgia a fazê-la mudar de identidade: com ou sem pênis Viviane é mulher. No entanto, o que a leva a "mudar de ideia" e aderir à cirurgia, como um fato importante na sua vida?

Ao afirmar que é uma mulher e que vai apenas adequar o seu sexo biológico ao psicológico, Viviane se remete não só à lógica da normatividade de gênero (Butler, 2004), mas àquela da heterossexualidade compulsória (Butler, 2003), que exige a correspondência do sexo ao gênero. Ou melhor, se ela *é* mulher, nada mais natural do que desejar livrar-se do órgão masculino e dar ao seu corpo os genitais femininos, pois, nem o pênis nem o gênero masculino são compatíveis com a sua identidade. É, neste sentido, que a cirurgia de transgenitalização constitui uma saída de adequação à norma.

O que está posto para Viviane, Butler (2004) diria ser a normatização do gênero. Para ela, os gêneros estariam submetidos a uma norma específica, a qual, operando dentro das práticas sociais, nomeia padrões implícitos de normatização, que definem a inteligibilidade das ações. Desse modo, gêneros considerados legítimos são os que atendem ao sistema binário masculino/feminino e aderem às práticas correspondentes a cada um de seus polos.

O documento oficial que emite as normas vigentes de gênero é o DSM IV. As descrições do Diagnóstico de Transtorno de Identidade de Gênero caracterizam as condições normais para os papéis masculinos e femininos (conduta e vestimentas), os critérios

biológicos que definem homem e mulher, bem como o tratamento recomendado, isto é, a cirurgia, para buscar uma adequação à norma. Viviane parece ter encarnado a definição do DSM IV, para o Transtorno de Identidade de Gênero, quando afirma precisar adequar seu corpo biológico masculino, ao seu psíquico feminino, a fim de tornar-se, decididamente, uma mulher.

Já foi oportunamente evidenciado que o DSM IV não assume como critérios diagnósticos, os sentimentos de dor, o preconceito, o conflito, a ambiguidade, a mentira e o erro, o engano e a morte, como foi possível escutar no relato das experiências vivenciadas pelas entrevistadas transexuais que ainda não fizeram a cirurgia. O Diagnóstico de Transtorno de identidade de Gênero também não abrange sensações pós-cirúrgicas como a alegria, o sentimento de alívio, de renascimento e de liberdade, assim como expressou Beatriz: *Uma sensação de alívio, de liberdade. Muita liberdade. Uma coisa que é curiosa é que eu não sabia que eu ia me sentir tão livre* (Beatriz, 32 anos, solteira, web designer, superior incompleto).

Em que estava presa Beatriz? Em um corpo errado, na mentira, nas malhas do preconceito social? E o que dizer da possível contradição de Viviane que em sua declaração se diz saber-se mulher, com ou sem cirurgia, porém estaria esperando a cirurgia para tornar-se, definitivamente a mulher que já sabe que é? Para Butler, a norma de gênero carrega em si um paradoxo próprio a qualquer norma, pois, se esta é o que define o campo das ações possíveis, legítimas e inteligíveis, subjetivar-se em um campo fora da norma, ainda significa ser definido em relação a ela (Butler, 2004, p. 42). Neste sentido, Viviane embora se autodefina mulher, não consegue livrar-se do critério diagnóstico, que impõe a cirurgia como saída.

Talvez Viviane e Beatriz tenham sido fisgadas pelas teias da norma de gênero, pois a sensação de tamanha liberdade, desabafada por Beatriz, e a decisão da realização da cirurgia, tomada por Viviane, podem se caracterizar uma armadilha da normatização de gênero.

Butler (2004) afirma haver um equívoco, quando se assume a matriz de gênero reduzindo-a aos polos binários do masculino e feminino, pois, deixa-se de lado o caráter contingente da sua produção normativa e, de consequência, perde-se de vista as performances de gênero que estão fora dela, que são tão legítimas quanto a sua expressão mais polarizada. Gênero não é algo que alguém possui, diz Butler. "O gênero não é somente o mecanismo que produz e naturaliza as noções de masculino e feminino, é também o aparato pelo qual as noções de masculino e feminino são desconstruídas e desnaturalizadas" (p. 42).

Diferentemente de Beatriz e Viviane - que esbanjavam cabelos longos, maquiagem, roupas e acessórios, além da voz e de seus nomes sociais femininos – Clô causou certa surpresa quando se apresentou usando bermuda, camiseta e cabelos curtos. Com um jeito simples, ela cruza as pernas à maneira feminina e, iniciada a entrevista, passa a contar por que decidiu fazer a cirurgia:

> *Por me considerar numa posição feminina, né? Queria tá mais adequada, feito uma mulher mesmo. Eu acho bem melhor pra conviver socialmente, né? Até pra diminuir um pouco o preconceito das pessoas que eu procure ou que me procurem. Quem não é operado, que tem o órgão de homem ainda, não fez cirurgia, é menos aceito. Entendeu?* (Clô, 49 anos, solteira, cabeleireira, 2º grau incompleto).

Clô se considera feminina e quer adequar-se a um corpo feminino, pelo preconceito que enfrenta por se apresentar de um modo feminino e possuir genital masculino. A questão social parece sobrepor-se à questão pessoal. Faz pensar que a cirurgia de transgenitalização funcionaria, para ela, como uma correção ou adequação social.

Quando é indagada se gostaria de ter nascido biologicamente mulher, Clô responde que não, pois não haveria como garantir que o seu desejo por homens permanecesse, assim como há mulheres que desejam outras mulheres. E afirma que o seu desejo por homens era presente desde criança e que percebia que era diferente dos seus irmãos.

> *Eu sentia que eu gostava de homem, não de mulher, quer dizer, os outros [irmãos] tiveram a sorte de serem diferentes de mim, e eu tive a sorte de ser diferente deles, porque eu não sou heterossexual, infelizmente. Mas, às vezes, eu me orgulho, e muito, de ser assim.*

Clô parece confusa. Que diferença faz "ser assim"? Quem é mesmo diferente ou quem teve mais sorte, ela ou seus irmãos heterossexuais? Questionada sobre sua identidade, ela arrisca uma definição que aparece acompanhada de um intrigante adendo: *Transexual. É. Quer dizer, muito embora que ainda seja a opinião dos outros.*

No depoimento de Clô, "ser assim" ou ser "transexual" foge à heterossexualidade compulsória, que sustenta uma linearidade entre sexo, gênero e desejo. Clô se sente mulher, feminina e deseja homens, porém veste-se e se comporta como homem. Ela não gostaria de ter nascido biologicamente mulher, no entanto, quer fazer a cirurgia de transgenitalização para melhor adequar-se à contingência social. Seus parceiros, por exemplo, pedem que ela seja uma mulher, isto é, que ela tenha uma vagina, ao invés de um pênis. Clô subverte a ordem naturalizada do sistema sexo/gênero, pois, embora não abra mão de um desempenho do gênero masculino, deseja mudar seu órgão sexual para feminino, acabando por produzir um efeito performativo que se poderia chamar de um homem sem pênis.

Não é à toa que, dos usuários/as transexuais do Hospital das Clínicas da UFPE, até junho de 2009, Clô poderá ser a primeira pessoa a completar dois anos de acompanhamento psicológico e não ter recebido autorização para realizar a cirurgia de transgenitalização. O fato do seu diagnóstico psiquiátrico está interrogado entre homossexualismo e transexualismo

masculino produziu uma inquietação na condução do seu acompanhamento psicológico, o qual resultou em um pedido de reavaliação. Ou seja, Clô, embaralhando as certezas diagnósticas, produz uma dúvida na avaliação da equipe técnica do hospital, acerca da viabilidade da sua cirurgia.

As incertezas quanto à realização da cirurgia não são exclusivas das equipes médicas que acompanham as transexuais. Na trajetória de Melissa, outra entrevistada, em um dado momento ela põe em questão a sua decisão inicial de se submeter à cirurgia de transgenitalização.

Melissa foi entrevistada em duas situações distintas. Da primeira vez, ela deixa claro porque está se preparando para realizar a cirurgia de transgenitalização:

> *Eu vou fazer a cirurgia porque eu quero que Melissa exista, documento e pessoa, e porque não tenho afinidade nenhuma com o meu pênis, ele não me serve de nada, a não ser para urinar, sem falar da vergonha que eu sinto com o meu parceiro* (Melissa, 37 anos, casada, cabeleireira, superior completo).

Melissa está casada pela segunda vez, mora com seu companheiro ao lado da casa da sogra e do cunhado. Ela conta que a família dele sabe apenas que ele se casou com uma mulher de nome Melissa. Ela se preocupa em regulamentar o registro civil, pois acha que somente depois que mudar o seu nome, oficialmente, vai poder provar que é mesmo Melissa, perante os outros. Acha que os outros acreditam mais no que veem do que no que se fala. *Você tem que provar. Se eu sou Melissa, porque nos meus documentos está Paulo Roberto?*

Apesar da vergonha que diz sentir do companheiro, Melissa também diz que conta bastante com o seu apoio. Explica que ele não quer que ela faça a cirurgia somente para lhe agradar ou agradar os outros. Para ele, Melissa precisa estar muito segura da cirurgia, para que não se arrependa depois. Talvez seja por isso que Melissa afirma, em outro momento da

entrevista, que só deve satisfação à sociedade, indiretamente, e que não vai *tirar o pênis* apenas para satisfazer os outros.

A segunda parte da entrevista com Melissa aconteceu por ocasião do dia da entrevista agendada com Manoeli (37 anos, solteira, costureira e estilista, 1º grau completo) que aconteceria após uma sessão de psicoterapia em grupo, em que, por coincidência, as duas tinham participado. Surpreendentemente, Melissa pede para acompanhar Manoeli em sua entrevista, da qual participa, com a permissão de Manoeli.

Logo se percebe o porquê do seu pedido. Manoeli conta que, apesar de ainda não ter feito a cirurgia, já havia conseguido modificar, na justiça, seu nome civil, de modo que em seu documento de identidade já consta o nome Manoeli e não o de João Manoel, seu nome de nascimento. Melissa, que escutava atentamente, quis se certificar se já era possível mudar oficialmente o nome, sem, no entanto, ter realizado a cirurgia.

> *Porque até então, eu, Melissa, existo tanto como pessoa como para a sociedade, mas, não existo em documento. Então eu pensei que se eu descobrir como ela [Manoeli] conseguiu o nome, eu já estaria existente. Mas, não pensei em quando tivesse que provar. Então, eu descobri que não só com o documento, mas, também com a mudança de sexo, os dois juntos conseguem fazer uma coisa só* (Melissa, 37 anos, casada, cabeleireira, superior completo).

A afirmação: "não existo em documento", pode remeter ao fato que seja o papel do registro oficial, seja a expressão "documento", usada comumente na linguagem popular, ambos dizem respeito ao órgão sexual masculino.

Melissa parece precisar provar que é mulher, com os dois documentos: o papel e o sexo. É neste sentido que a cirurgia ainda se apresenta indispensável, para ela. Mais adiante, ela volta à mesma questão, de maneira diferente:

*Eu disse para a doutora [psicóloga] que se eu conseguisse esse documento dela [o de Manoeli], eu não faria a cirurgia. Ela perguntou se eu estava em dúvidas e eu disse que não, mas é que eu tenho medo das consequências que a cirurgia pode trazer (...). O que eu vou fazer é uma amputação. Eu vou me auto-mutilar (...). Será que eu vou poder ter relação sexual? Será que de repente aquela vagina, que eu sonhei tanto, vai me encher de problemas depois? Porque, eu sou feliz! E se eu tiver uma vagina, e não for mais feliz? Então eu não quero que isso aconteça.*

Melissa formula uma questão crucial para sua vida: será que ainda desejava fazer a mudança de sexo, sabendo que agora poderia conseguir a mudança da sua identidade civil, sem precisar passar, necessariamente, pela cirurgia? Ela parece construir e desconstruir, com suas reflexões, o que pensa sobre si mesma e para si mesma. Seria importante considerar, com muito cuidado, o que pode acontecer com o seu bem-estar físico e emocional, no futuro, pois se considera feliz, assim com está. Vacilando no que anteriormente lhe parecia uma certeza, Melissa escapa à norma de gênero, e, ao mesmo tempo, põe em questão alguns fundamentos do DSM IV para o Diagnóstico de Transtorno de Identidade de Gênero, quais sejam: o desconforto persistente com o sexo de nascimento e a preocupação em se livrar das características primárias e secundárias do sexo.

Uma reflexão sobre os relatos de Clô e Melissa poderia levar a uma afirmação, em consonância com Bento (2004) e Butler (2004): os/as transexuais não constituem suas identidades de gênero, por meio de um único processo. Com efeito, o que se configura é "uma pluralidade de respostas para os conflitos entre corpo, sexualidade e identidade de gênero, internos à experiência transexual" (Bento, 2004, p. 145). Segundo Bento (2004), documentos oficiais como o DSM IV, que descrevem os critérios classificatórios de um sujeito transexual, materializam o tipo do transexual verdadeiro. Subvertendo a normatização de gênero, as entrevistadas da pesquisa denunciam a falácia e o engodo de uma concepção

universalizada, que insere a transexualidade no campo das patologias, pretendendo orientar decisões médicas sobre a realização, ou não, da cirurgia de transgenitalização.

Na visão de Pereira (1999), o projeto empírico-pragmático, que fundamenta o DSM IV, faz uma aproximação com a abordagem neo-Kraepeliniana. Kraeplin defendia que as várias formas de doenças mentais deveriam compartilhar do mesmo estatuto das doenças orgânicas, tratadas pela medicina. Ao sistematizar a psicopatologia, Kraeplin procurou construir uma nosografia rigorosa, precisa e objetiva, para as doenças mentais. O DSM IV, apesar de não necessitar da noção de doença mental Kraepeliana, posto que a substituiu por transtorno, numa tentativa de afastamento da linguagem médica tradicional, expõe um alargamento da fronteira entre normal e patológico, que se torna bem definida e investigada.

A noção de psicopatologia, do Manual Estatístico e Diagnóstico da APA, ignora o significado do *pathos,* que a partir de Freud constituiu o princípio de uma psicopatologia cotidiana. Com a psicanálise é possível pensar uma psicopatologia do homem normal, que é afetado pelo sofrimento e pelas paixões. Freud resgata o termo grego, *pathos,* em seus vários sentidos: sofrimento, padecimento, passividade e paixão, esfumaçando o limite entre normal e patológico. A psiquiatria, ao contrário, tenta igualar o *pathos* a outro termo grego: *nosos,* a fim de marcar o sentido da doença em sua materialidade objetiva. Pereira (1999) nos adverte que o "uso psiquiátrico estaria mais apropriado, se a expressão empregada fosse de *psiconosologia*" (Pereira, 1999, p. 04).

Na sua concepção, não se pode exigir que o DSM fuja da perspectiva biomédica, que o fundamenta, nem do seu objetivo maior: conceber o caráter fidedigno da categoria diagnóstica. O DSM está associado a um sistema ideal de categorias que, ao mesmo tempo, visa estabelecer critérios explícitos e facilmente verificáveis, e promover a universalidade de categorias diagnósticas, para as entidades clínicas psiquiátricas.

Pode-se encontrar uma resposta à noção biologizante, impregnada no DSM IV, nos relatos de Gisely e de Vanessa, quando indagadas se atribuíam um caráter patológico para a transexualidade.

Gisely entende que transexualidade não é doença. Para ela, se fosse uma doença, seria preciso tratá-la com medicação para que, assim, a mente pudesse "voltar ao normal".

> *Eu não me sinto doente não. Eu não acho que seja uma doença não. (...) Se fosse uma doença, realmente, eles [os médicos] não optariam em fazer a mudança de sexo. Eles iam ver onde está alojada essa doença, na mente, dariam algum remédio, fariam algum tratamento, para poder eliminar essa doença, e todo mundo voltaria ao normal.* (Gisely, 33 anos, casada, cabeleireira, superior completo).

Para Gisely, doença mental deve ser tratada com medicação, a fim de eliminar os sintomas não desejados. No entanto, para ela, a transexualidade parece escapar ao modelo médico psicofarmacológico, não se inscrevendo no âmbito da patologia psiquiátrica. Neste sentido, pensar a mudança de sexo como a cura do sintoma transexual seria, segundo Gisely, um equívoco.

Ao contrário de Gisely, Vanessa considera a transexualidade uma doença como qualquer outra, porém, perigosa e fatal.

> *Como uma doença, sem dúvida nenhuma. Com tanto risco quanto a obesidade mórbida. Como outras doenças. Porque se você tem uma transexual dentro de casa, como é que a identidade fica na minha cabeça? Será que não é perigoso? Não mata também? Acho que mata também, como a obesidade.* (Vanessa, 28 anos, solteira, técnica em enfermagem, superior completo).

Vanessa parece se referir à sua própria experiência, pois tentou se matar, mais de uma vez, por não suportar o sofrimento causado pelo sentimento da incompatibilidade de seu sexo biológico com seu sexo psíquico. Ela associa transexualidade à obesidade, numa tentativa de

imprimir um caráter orgânico à sua condição. No entanto, parece que Vanessa não consegue caracterizar a transexualidade a partir da especificidade do sintoma, mas, sim, da singularidade de seu sofrimento, expressa numa questão posta a si mesma: *como a identidade fica na minha cabeça?* O que pode ser *perigoso e fatal*, para Vanessa, é se saber transexual, assim como é identificada, com o estigma desse significado, enquadrado na cartilha diagnóstica, que dispensa, como critério, o sofrimento psíquico. Na descrição empírica do Transtorno de Identidade de Gênero, a característica primordial do transexual, é a evidência de uma inadequação da anatomia sexual à identidade psíquica atribuída pelo indivíduo.

É exatamente esse fundamento diagnóstico para o tratamento privilegioso do transtorno, que é criticado por estudiosos que sugerem um redirecionamento da perspectiva diagnóstica. Para Winters (2007) é urgente que o critério diagnóstico do DSM passe a abalizar-se, prioritariamente, nos sofrimentos e prejuízos que acometem os/as transexuais, e não inspirando-se em normas prefixadas de conformidade social. Esta é a clara percepção de Cássia, uma das entrevistas: *[transexualidade] é uma coisa que as pessoas entenderam que é doença e querem meter isso na cabeça da gente* (Cássia, 24 anos, solteira, serviços gerais, ensino fundamental). O expressivo slogan de abertura do sítio oficial, que advoga em favor de uma revisão consistente do futuro DSM V, traduz o mal-estar existente: *"Porque nossas identidades não são transtornos!"* (http://www.gidreform.org).

***Considerações finais***

Cássia parece estar convicta de que ser transexual não é uma escolha, é algo que "*já vem com a pessoa"*. Quando questionada sobre sua identidade, afirma: *é um transex*. Sua expressão estaria muito bem colocada no tradicional anúncio do nascimento de uma criança: - é um menino! - é uma menina! - é um transex!

As participantes da pesquisa definiram a si mesmas com expressões bem diversificadas: “mulher”, “mulher heterossexual”, “transexual”, “mulher com um pequeno defeito”, “mulher normal”, “travesti”, “mulher transexual”, “mulher do futuro, que não tem filho”, “mulher com a consciência de que foi transformada”, “transex”.

Como se pode evidenciar, elas expressaram modos particulares de experimentar a sexualidade, o gênero e o desejo, afastando-se de qualquer padrão do naturalmente masculino, do naturalmente feminino ou do que se afirma ser específico do homem ou da mulher. Faz jus afirmar, que a exposição das suas identidades e os conteúdos de suas histórias, exprimem uma vivência plural e singular da sua condição humana.

Para Butler (2004), somente o fato de haver referências a transgêneros, na sociedade, é uma evidência de que os gêneros desenvolvem performances para além daquelas fixadas no binarismo feminino/masculino. A insistência em tal binarismo, como discurso único e representativo de gênero, produz uma operação regulatória de poder que naturaliza a heterossexualidade, tornando-a hegemônica no campo dos gêneros.

O discurso binário de gênero também se distancia, de forma enfática, de uma realidade inegável: a existência de alguém, que nascido anatomicamente homem, identifica-se como mulher heterossexual, e tem seu desejo sexual dirigido a outro homem; ou de alguém que se apresenta como transexual, mas não quer realizar a cirurgia de transgenitalização; ou, ainda, alguém que nascido com genitais femininos e reconhecendo-se homem, faz a cirurgia parcial, de transgenitalização, deixando a possibilidade de uma futura gravidez. Assim, o discurso binário de gênero entende como anormalidades as condições adversas das sexualidades, gêneros e desejos que fogem às normas pré-estabelecidas, e insistem em adquirir estatuto de verdade.

Foucault (2006a) afirma que a verdade do sexo passa, sobretudo, por uma questão de saber e de poder, que atuam juntos, encarnados nas disciplinas das ciências sexuais,

estabelecendo critérios normativos, implícitos e explícitos, ao pensar a sexualidade do homem moderno.

Foi assim que, a partir do século XIX, o saber e o poder, concernentes à psiquiatria, produziram um dos instrumentos mais poderosos de normatização para enfermidades mentais: o DSM. Em relação à transexualidade, a Associação de Psiquiatria Americana (APA), no DSM IV reuniu, em uma categoria diagnóstica, identidades construídas fora da sua concepção binária de gênero, oficializando-as como transtornos. Em outras palavras: enquanto as transexuais entrevistadas buscam suas identidades, experienciando diferentes expressões de sexo e gênero, uma definição pré-existente e reducionista, insiste em rotular, todas elas, na condição do Transtorno de Identidade de Gênero.

O Diagnóstico de Transtorno de Identidade de Gênero é exigência legal para todos aqueles que desejam se submeter à cirurgia de transgenitalização. Neste sentido, é algo normativo e patologizante do qual não se pode escapar. Ao mesmo tempo é reducionista quando pré-determina critérios diagnósticos para ditar a verdade da identidade sexual e de gênero de uma pessoa.

As transexuais entrevistadas, de acordo com as observações realizadas, no processo da pesquisa, posicionam-se exatamente entre o normativo e o que estaria contrariando a norma, ou seja, entre tentar corresponder a uma norma de gênero, para se moldar ao DSM IV, ou afirmar as múltiplas expressões de gênero que, muitas vezes, escapam a essa mesma norma. Muitas delas não reconhecem a transexualidade como patológica, porém, se submetem ou querem se submeter à cirurgia de transgenitalização. Desse modo, revelam o paradoxo a que se refere Butler (2004): ao mesmo tempo em que se submetem à marca patológica do DSM IV, utilizam-se do diagnóstico como estratégia para garantir seu objetivo de realizar a cirurgia.

O que está em jogo é a própria existência. Para assegurá-la, as transexuais chegam a submeter-se à patologização da transexualidade, e ao condicionamento do diagnóstico para a autorização da cirurgia; do mesmo modo, também precisam romper com as normas sociais, para que a vida lhes seja possível e lhes faça sentido.

As mudanças em torno dos critérios diagnósticos transformaram, ao longo do tempo, a lógica dos Manuais Diagnósticos da APA. A terceira versão do DSM (1980) foi considerada a grande referência psiquiátrica da época. A partir de então, o formato diagnóstico passa a apresentar maior exatidão na descrição e na objetividade dos sintomas, utilizando critérios rígidos para o que se deveria incluir ou não, em cada categoria.

No entanto, não se percebe qualquer vantagem que o DSM continue a representar uma *lei sagrada,* à qual se deva obediência. Na construção da futura edição do DSM V, em 2012, a APA terá a oportunidade, senão o compromisso, de revisar e mudar a concepção diagnóstica da transexualidade ou mesmo - assumindo uma posição mais radical - de eliminar a categoria da transexualidade dos textos do DSM, reconhecendo, finalmente, os/as transexuais como pessoas que estabelecem, com as normas de gênero, um jogo muitas vezes contraditório. Nesse jogo coexistem diferentes modos de exercício da sexualidade e de efeitos de gênero, sem que haja vencedor ou perdedor, nem expressões negativas ou positivas de sexo ou de gênero.

Somente quando se compreende que o gênero se constrói e se torna viável, na vida de cada pessoa, pela repetição das mais diferenciadas ações de estética corporal e de estilo como, por exemplo, o jeito de andar, o jeito de falar, a escolha de determinada roupa ou acessório, ou mesmo o desejo de realizar cirurgia ou não, é possível reconhecer os/as transexuais como mais uma entre as múltiplas expressões de gênero. Já é tempo dessa compreensão derrubar as barreiras equivocadas e limitativas que subsistem, ainda hoje, quando se discute a descrição do Transtorno de Identidade de Gênero.

Em última instância, o que está em pauta para os psiquiatras da APA e para a sociedade em geral, é o desafio de pensar a diferença sexual, não mais como fundamento do sujeito, mas como uma das inúmeras diferenças que constituem o indivíduo. Nesta referência de pensamento, o sexo é contingente da história e da experiência singular de cada pessoa, e o gênero passa a ser considerado descontínuo e performativo. Abre-se, então, para cada um, infinitas possibilidades no que diz respeito ao sexo, ao gênero e ao desejo, de modo que os efeitos de gêneros e de corpos sexuados, como o dos/das transexuais, podem afirmar-se e expressar-se na sociedade, como vidas reconhecidamente humanas.

***Referências***


American Psychiatric Association. (1952). *Diagnostic and Statistic Manual. Mental Disorders.* (1a ed.). Washington, DC: Autor. Recuperado em 02 de setembro, 2009 de http://www.psychiatryonline.com/DSMPDF/dsm-i.pdf.

American Psychiatric Association. (1968). *Diagnostic and Statistic Manual. Mental Disorders.* (2a ed.). Washington, DC: Autor. Recuperado em 02 de setembro, 2009 de http://www.psychiatryonline.com/DSMPDF/dsm-ii.pdf

American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and Statistic Manual. Mental Disorders.* (3a ed.). Washington, DC: Autor. Recuperado em 02 de setembro, 2009 de http://www.psychiatryonline.com/DSMPDF/dsm-iii.pdf

American Psychiatric Association. (2002). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (4a ed.). Porto Alegre: Artmed.

Arán, M. (2006). A transexualidade e a gramática normativa do sistema sexo-gênero. *Ágora, 9*, 49-63.

Arán, M., Zaidhaft, S., & Murta, D. (2008). Transexualidade: corpo, subjetividade e saúde coletiva. *Psicologia & Sociedade*, *20*, 70-79.

Arán, M., Murta, D., & Lionço, T. (2009). Transexualidade e saúde pública no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva, 14*, 1141-1149.

Bento, B. A. M. (2004). Da transexualidade oficial às transexualidades. In A. Piscitelli, M. F. Gregori & S. Carrara (Orgs.), *Sexualidade e saberes: convenções e fronteiras.* (pp. 143-172). Rio de Janeiro: Gramond.

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

Butler, J. (2003). *Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade.* Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.

Butler, J. (2004). *Undoing gender*. New York and London: Routledge.

Conselho Federal de Medicina. (2002). Resolução 1.652/2002. Recuperado em 10 de setembro, 2009, de http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2002/1652_2002.htm

Foucault, M. (2006a). *História da sexualidade: a vontade de saber.* São Paulo: Graal.

Foucault, M. (2006b). *Microfísica do poder*. São Paulo: Paz e Terra.

Laplanche, J. & Pontalis, J.B. (1992). *Vocabulário da psicanálise.* São Paulo: Martins Fontes.

Lionço, T. (2009). Atenção integral à saúde e diversidade sexual no processo transexualizador do SUS: avanços, impasses, desafios. *Physis Revista de Saúde Coletiva, 19,* 43- 63.

Mayers, R. & Horwitz, A. V. (2005). DSM III and the revolution in the classification of mental illness. *Journal of the History and the Behavioral Sciences, 41*, 249-267. Recuperado em 12 de agosto, 2009, de http://www3.interscience.wiley.com/journal/110548168/issue

Minayo, M. C. S. (1999). *O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec.

Pereira, M. E. *O DSM-IV e o objeto da psicopatologia ou Psicopatologia para quê?* (1999). Recuperado em 05 de setembro, 2009, de http://www.geocities.com/HotSprings/Villa/3170/ MarioEduardoCostaPereira.htm

Russo, J. A. (2004). Do desvio ao transtorno: a medicalização da sexualidade na nosografia psiquiátrica contemporânea. In A. Piscitelli, M. F. Gregori & S. Carrara (Orgs.), *Sexualidade e saberes: convenções e fronteiras.* (pp. 95-114). Rio de Janeiro: Gramond.

Turato, E. R. (2003). *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas.* Rio de Janeiro: Vozes.

Vieira, L. (2005). *As múltiplas faces da homossexualidade na obra de Freud.* Tese de doutorado defendida no Instituto de Medicina Social da UERJ. Rio de Janeiro.

Winters, K. (2007). *Issues of GID diagnoses for transsexual women and men.* Recuperado em 05 de setembro, 2009, de http://www.gidreform.org/GID30285a.pdf

Winters, K., Ehrbar, R. D. & Gorton, R. N. (2009, Junho). *Revision suggestions for gender related diagnoses in the DSM and ICD.* The World Professional Association for Transgender Health (WPATH). XXI Biennial Symposium. Oslo, Norway. Recuperado em 05 de setembro, 2009, de http://www.gidreform.org/wpath2009EWG.html

***Discutindo o Diagnóstico Psicanalítico de Psicose para a Transexualidade***

***Letícia Rezende de Araújo***

***Luciana Leila Fontes Vieira***

***RESUMO***

O objetivo da presente pesquisa é investigar as teorias psicanalíticas que demarcam o lugar da transexualidade, no campo das psicoses, e analisar as conseqüências da identidade transexual compreendida como fixa e universal. O estudo da transexualidade, na psicanálise, ancorado na tradição edípica do desenvolvimento da masculinidade e da feminilidade, evidencia sua estreita relação com a psicose. Tendo presente a problematização da matriz heterossexual, que produz categorias normativas referentes a sexo, gênero e desejo, se procurou confrontar essa perspectiva psicanalítica com outra abordagem sobre a transexualidade, que a desloca do lugar psicopatológico e da ideia de uma identidade sexual rígida e pretensamente universal. Para realizar a investigação, se contou com as narrativas de nove transexuais que participavam do programa de acompanhamento de transexuais, do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco. As participantes da pesquisa residiam na região Nordeste do país e, na ocasião (2009), tinham entre 24 e 49 anos. A metodologia da pesquisa está fundamentada na pesquisa qualitativa, com suas especifidades. Todos os dados coletados foram submetidos à Análise de Conteúdo e o instrumento de trabalho utilizado foi a entrevista semi-estruturada. Os resultados apontam para a insuficiência dos prepostos clássicos psicanalíticos, que não dão conta das diversas formas de expressões de gênero nas experiências transexuais, as quais subvertem as normas do sistema binário, sexo-gênero.

**Palavras- Chave:** Transexualidade, Psicanálise, Sexo, Gênero.

***ABSTRACT***

The aim of this research is to investigate the psychoanalytic theories that uphold the regarding of transsexuality as a psychosis, and to analyze the consequences of regarding the transsexual identity as a fixed and universal identity. The psychoanalytic theory of transsexuality, based on the oedipal tradition of the development of masculinity and femininity, highlights the fine relation between psychosis and transsexuality. In questioning the heterosexual matrix that produces the normative categories of sex, gender and desire, I aim to confront this psychoanalytic perspective with another approach to transsexuality. This different approach moves transsexuality away from the idea of a rigid and universal sexual identity. I interviewed nine transsexuals who were part of the transsexuals support program in the *Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco*. They all lived in the North East of Brazil and were between 24 and 49 years old when interviewed (2009). The research method I used was the qualitative method. The collected data were analyzed according to the Content Analysis and I used the semi-structured interview as the instrument for the analysis. The results point out that the traditional psychoanalytic presuppositions are insufficient as they do not embody the diverse forms of gender expressions in the transsexual experiences, which subvert the norms of the sex-gender binary system.

**Key-words:** Transsexuality, Psychoanalysis, Sex, Gender.

***Introdução***

Este artigo tem como objetivo analisar as concepções psicanalíticas que sustentam o diagnóstico de psicose, para a transexualidade, e também investigar a pertinência da noção de identidade transexual, enquanto uma identidade fixa e universal.

Segundo Ceccarelli (2008), o termo transexual e sua categoria surgiram na segunda metade do século XX, nos campos da psiquiatria e da sexologia, com os trabalhos de Cauldwell, em 1949 (*Psychopathia Transexualis*) e Benjamin, em 1953 (*The Transexual Phenomenon*), e, ainda, com a primeira classificação nosográfica, para doenças mentais, da Associação de Psiquiatria Americana (APA), mantida desde 1952.

No primeiro decênio do século XX com a publicação do artigo de Magnus Hirschfeld, "Die Transvestiten", o "transexualismo" passa a ser reconhecido como uma expressão da sexualidade diferenciada da prática homossexual. Na década seguinte, em 1920, as cirurgias de "mudança de sexo" começaram a ser realizadas na Alemanha, no Instituto de Ciência Sexual, pelo mesmo Hirschfeld e sua equipe.

No campo psicanalítico, sabe-se que a questão específica da transexualidade não foi tratada por Freud. Em relação aos desvios da sexualidade, Freud concentrou seu interesse em estudos sobre a homossexualidade, o fetichismo, o sadismo e o masoquismo; os psicanalistas que vieram, depois dele, ofereceram suas contribuições teóricas e clínicas com estudos sobre a dinâmica psíquica da transexualidade.

Para Ceccarelli (2008), alguns psicanalistas de orientação lacaniana, como Joel Dör, por exemplo, marcam suas posições, em relação às hipóteses psicanalíticas para a transexualidade, com argumentos eminentemente teóricos que imprimem a esta o caráter psicótico como uma consequência inevitável do resultado da foraclusão do Nome do Pai. Por outro lado, Robert Stoller sustentando seus argumentos fundamentados nos resultados de sua consistente experiência clínica com transexuais masculinos e femininos afirma que esta

operação não é tão simples. Ele apresenta conclusões diferentes das de Freud, em relação à formação da psicossexualidade. Se para Freud a sexualidade tem seu caráter fálico como primordial, para Stoller a masculinidade é secundária. A diferença entre Freud e Stoller, quanto à gênese da sexualidade, pode ser traduzida da seguinte forma: para Stoller, no princípio, "somos todos, meninas" (p. 53). Na sua teoria, seria mais fácil tornar-se mulher do que homem, devido à feminilidade primordial e ao trabalho que o menino deve fazer sua des-identificação com a mãe.

Stoller (1982) ainda afirma que os estudos sobre a transexualidade têm vários pontos de atração, dentre eles o fato de ser um tema que "contesta as posições teóricas da psicanálise, principalmente a ansiedade de castração e o complexo de Édipo, para o desenvolvimento da masculinidade e feminilidade" (p. 03).

Concordando com a observação do autor, alguns filósofos e psicanalistas, entre os quais Judith Butler, Michel Foucault, Márcia Arán, Graciela Barbero, Jurandir Costa e Berenice Bento, questionam a posição daqueles que conservam a ideia de identidade sexual, como definidora da posição do sujeito em relação à heterossexualidade, vista como a forma de sexualidade normal e, logicamente, almejada. É neste sentido que os autores citados colocam em discussão as concepções tradicionais de sexo, gênero e identidade sexual, pois insistem que somente deslocando-se de uma posição normatizadora, em relação ao exercício da sexualidade, pode-se reconhecer a prática transexual como uma entre as várias expressões legítimas da sexualidade.

*A Clínica Transexual: O Pioneirismo de Robert Stoller*

É indiscutível a importância de Stoller no campo da pesquisa psicanalítica, sobre a transexualidade. Em seu livro: A experiência transexual (1982), ele aprofundou seus estudos sobre masculinidade e feminilidade, iniciados em *Sex and Gender,* e descreveu, apoiando-se

em sua vasta experiência clínica, o processo em que a transexualidade masculina (de homem para mulher) se transforma em uma estrutura de caráter adulta. Para Stoller, o ambiente, mais do que as imposições biológicas inatas, tem influência decisiva na fixação da identidade transexual, no período tenro da infância, entre dois e quatro anos de idade.

> Podemos dizer que, nos seres humanos, os efeitos desses sistemas biológicos, organizados pré-natalmente em uma direção masculina ou feminina, são quase sempre muito suaves para suportar as forças mais poderosas do meio ambiente, no desenvolvimento humano, a primeira e mais profunda das quais é a atuação da mãe (Stoller, 1982, p. 17).

Stoller denominou de Núcleo de Identidade de Gênero esse momento inicial na construção do gênero de qualquer criança, em que ela vivencia a primeira sensação de pertencimento ao seu sexo, que se desenvolve silenciosamente, sem a presença de conflitos intrapsíquicos. O menino e a menina teriam, inicialmente, com sua mãe, uma experiência primitiva de feminilidade e, dependendo da qualidade dessa experiência, seria possível desenvolver tanto a masculinidade, em meninos masculinos, quanto a feminilidade, em meninos femininos. Para o autor, o trauma psíquico e a resolução do conflito, com a consequente formação da identidade, não fazem parte de processos patológicos, mas, ao contrário, são fundamentais para o desenvolvimento da masculinidade. A dinâmica familiar de meninos, futuros transexuais, observada por Stoller, através da escuta clínica do paciente e, de pelo menos um membro da sua família, lhe teria oferecido argumentos para a sua hipótese. Essas crianças, diz ele, desenvolveram uma proximidade exagerada com suas mães, produzindo uma negação do conflito e, consequentemente, uma negação da masculinidade.

> Pela natureza singular de sua família, lhe é negado o necessário trauma (psíquico) do conflito de Édipo. Ele [o menino] não distingue, adequadamente, sua mãe, como um

> objeto heterossexual desejado, e não tem que perder uma batalha (e adiar a vitória) contra um rival masculino mais poderoso (Stoller, 1982, p. 37).

A esta "proximidade exagerada" entre mãe e a criança Stoller denominou "simbiose patológica". Ele explica que a particularidade dessa relação é a presença de uma supervalorização e de uma continuidade, ininterrupta, da proximidade mãe-criança, além da distância e, muitas vezes, da ausência total do pai, que não consegue oferecer-se ao filho como modelo de masculinidade, quebrando, de consequência, o laço simbiótico entre a criança e sua mãe. "Para mim, a mais importante diferença entre episódios felizes de uma educação normal e, a simbiose que produz a transexualidade masculino é que, esta última, é infindável. Ela não é voluntariamente interrompida nem pela mãe nem pelo pai" (Stoller, 1982, p. 49).

A relação simbiótica não causa danos, quanto ao desenvolvimento da integridade das funções do Ego da criança, nem mesmo do seu Ego corporal, com exceção ao que se refere à feminilidade. É como se a mãe do transexual conseguisse filtrar e congelar tudo o que está vinculado à feminilidade, permitindo, normalmente, outras possibilidades de separação. Embora Stoller afirme não saber como isto realmente acontece, ele procura listar as condições fundamentais, sem as quais uma criança não constrói uma identidade de gênero transexual. Para ele, é necessária a coincidência de determinados eventos que envolvem características específicas, do pai e da mãe da criança. Em resumo, são eles:

> Uma mãe bissexual, um pai física e psicologicamente ausente, que permita o desenvolvimento da excessiva simbiose, sem interrompê-la, um período de vários anos, nos quais mãe e filho possam manter essa simbiose feliz, uma especial beleza no menino ao nascimento e nos meses posteriores, que ative a reação que era latente nessa família, até que ele tenha nascido (Stoller, 1982, p. 56).

Em relação à dimensão psicopatológica da transexualidade, Stoller descarta a possibilidade da dinâmica transexual engendrar qualquer mecanismo psicótico. Apesar de concordar com o fato de haver uma distorção da realidade, quando um homem viril diz que é mulher, o processo que resulta desta distorção, diz ele, é similar àquele que nos leva a acreditar que somos homens ou mulheres, em corpos masculinos e femininos, respectivamente. Para ele, acreditamos que somos ou não adequados para os nossos corpos, sejamos normais ou transexuais, em razão de forças extremamente externas a nós.

Fica claro que a tentativa de Stoller é esclarecer a afirmação dos transexuais de homem para mulher: eu sou mulher. Ele defende que não há nada de psicótico, em tal afirmação, visto que o transexual reconhece a realidade do seu corpo e sabe que tem um corpo masculino, com pênis e testículos. No entanto, sofre com o seu sentimento, sofre, porque gostaria que o seu corpo fosse feminino. Enfim, para Stoller, na transexualidade não existe alucinação ou delírio, como na psicose, em que a pessoa acredita, literalmente, que seu corpo masculino se tornou feminino.

*Transexualidade: Quimera, Delírio, Engodo*

Na contramão da hipótese stolleriana, a seguir se destaca alguns autores que preferem inscrever a transexualidade sob a categoria psicopatológica da psicose.

A partir da leitura do trabalho clínico de Stoller, Dör (1991) discute alguns traços característicos da identidade transexual, que seria definida, para ele, primeiramente, pela distinção da identidade homossexual, segundo o critério do sentimento de identidade feminina. Para ele, os homossexuais passam por mulheres, conservando o sentimento de que são e permanecerão homens, enquanto os considerados transexuais, não mantêm o sentimento da identidade masculina. Uma segunda distinção, leva em conta a relação de transexuais e homossexuais com o órgão sexual. Se, para os transexuais, a relação com o pênis é vivida

com horror, para os homossexuais, pelo contrário, existe uma relação evidente de prazer com o órgão.

O autor também aponta como característica da constituição de uma identidade transexual, a qualidade da relação que o bebê estabelece com a mãe, no início da vida. Trata-se, segundo ele, de uma relação simbiótica corporal – favorecida pela inexistência da presença do pai. Nessa relação, não caberiam sentimentos de sedução ou ambivalência, pois a mãe jamais coloca em questão o sexo masculino de seu filho. Dör concorda com Stoller, que "mãe e filho partilham um amor recíproco, em nada ameaçado: a criança é tudo para a mãe e a mãe é tudo para a criança" (Dör, 1991, p. 168). No entanto, discorda quando este descarta a saída psicótica para os transexuais. Para ele, a alegação de Stoller de que não há fonte de sofrimento na relação simbiótica mãe-criança, e que a integração social do transexual estaria preservada, são argumentos clínicos anódinos, que complicam o desenrolar da sua própria teoria. No entendimento de Dör, a instância paterna, definitivamente fora dessa relação, e o corpo da criança tido como um prolongamento de seu corpo levaria a mãe a estabelecer, com o seu filho, uma relação psicótica, na qual ela se apresentaria, para ele, como o próprio falo.

Com efeito, o transexual representaria a ambiguidade fantasmática entre pênis e falo, em nível extremamente elevado, constituindo uma identidade quimérica. Seria uma farsa ou mentira, traduzida pela presença de um ideal de feminilidade almejado pelos transexuais de homem para mulher. Eles procurariam encarnar não uma mulher, mas "A mulher" idealizada e sonhada (Dör, 1991).

Se a castração simbólica é o ponto apaziguador do jogo fantasmático, do qual resulta a fixação da identidade sexual, para os neuróticos, os transexuais, por sua vez, ignoram essa lógica e, não tendo acesso ao significante fálico, veem na castração real do corpo sua única saída.

> O transexual subtrai-se de saída a essa oscilação imaginária, por estar cativo do real de sua anatomia sexual. De modo que a única castração à qual ele parece ter acesso é a castração cirúrgica, que se baseia na supressão do órgão (Dör, 1991, p. 173).

Seguindo com as contribuições de Lacan, Millot (1992) encontra, nas formulações da metáfora paterna, das fórmulas de sexuação e do Nó Borromeu, a equação chave para entender o fenômeno da transexualidade, na psicose.

Para Millot, o sintoma transexual, do transexual de homem para mulher, corresponde a uma tentativa de suprir a carência do Nome-do-Pai, denominada por Lacan de *Forclusão*. Significa dizer que o pai é inexistente, como representação simbólica para o sujeito, e isto tem consequências relacionadas à posição transexual, pois é a possibilidade de simbolização da função paterna, que situa o sujeito em relação ao falo, como homem ou mulher. Se a função paterna é ausente, as possibilidades identificatórias do menino, com o pai, estão comprometidas e poderiam produzir, por exemplo, o delírio de emasculação. A posição feminina do transexual é "induzida" pela carência do significante Nome-do-Pai e este é, na especificidade do sintoma transexual, substituído pelo significante "A mulher".

No esteio de Dör, Millot afirma que a mulher que deseja ser transexual, é uma mulher completa, uma "mulher Toda", "mais mulher do que todas as mulheres", de modo que o ideal feminino do transexual é a mulher *super-star* (Millot, 1992, p. 37). Sua hipótese está baseada na metáfora lacaniana do Nó Borromeu, que é formado por no mínimo três anéis entrelaçados, cuja característica é que se um dos nós se desfaz os outros dois são também rompidos. Segundo ela, esta metáfora foi utilizada por Lacan, para ilustrar, formalmente, a dinâmica inconsciente do complexo de Édipo, que mantém o Nome-do-Pai como quarto elemento, entrelaçando o Simbólico, o Real e o Imaginário. Na ausência do Nome-do-Pai, o significante "A Mulher" manteria entrelaçados, o Simbólico e o Imaginário, de modo que o

Real permaneceria livre. A posição transexual, para Millot, pode ser explicada numa analogia a essa metáfora.

> Na falta do entrelaçamento pelo Nome-do-Pai, o Real, o Simbólico e o Imaginário seriam livres, se não estivessem ligados por um quarto elemento, que consiste na identificação do sujeito como a Mulher. Mas, este quarto não une senão o Imaginário e o Simbólico. O Real, em contrapartida, não se encontra ligado e a demanda do transexual consiste em reclamar que, neste ponto, seja feita a correção que ajustaria o Real do sexo, ao nó Imaginário e Simbólico (Millot, 1992, p. 40).

Segundo esta hipótese, a cirurgia de transgenitalização seria, senão uma tentativa de correção, a fim de ajustar o Real ao Imaginário e ao Simbólico, interferir de modo que o/a transexual possa evitar a psicose.

Chiland (2008) também considera a transexualidade um funcionamento característico do processo psíquico psicótico. Segundo ela, os transexuais se valeriam de um "simulacro" para provar a verdade do seu discurso e o apresentar como realidade, assumindo, assim, um valor de símbolo. A cirurgia de transgenitalização, ou de mudança de sexo, seria um engodo, pois, por mais que se consiga avançar na tecnologia, a realidade é que não se pode mudar de sexo. Para a autora, é possível mudar a aparência exterior, é possível ser considerada uma mulher ou um homem, é possível mudar de identidade civil e viver como mulher ou homem. No entanto, o corpo que foi manipulado para se tornar homem ou mulher, não se tornou corpo de homem ou de mulher, mas um corpo intersexuado.

A posição de Chiland de que transexuais seriam, na realidade, intersexuais, é baseada na percepção de que o intersexual nasce, por exemplo, sem pênis e o transexual decide não ter mais pênis. Da forma como a sociedade vê essas questões, enquanto se tem pena, diz Chiland, daqueles que precisam se adaptar à triste realidade biológica de terem nascido sem pênis, há um momento de hesitação diante daquele que decidiu não ter mais pênis. Para os

transexuais, é urgente encontrar uma causa biológica para o seu desconserto, e é urgente que se descubra e aceitem que são na verdade intersexuais para que, desta forma possam escapar do estigma da loucura (Chiland, 2008).

*Outro Destino para a Transexualidade*

Arán (2006) faz uma reflexão crítica sobre a posição da teoria psicanalítica, no que se refere à patologização da transexualidade. Para ela, o diagnóstico de transexualidade está fixado num sistema de sexo-gênero que estabelece, através da matriz heterossexual, as fronteiras entre sujeitos normais e anormais. A matriz heterossexual exige uma coerência e uma oposição interna, entre sexo e gênero, de modo que as manifestações da sexualidade se restrinjam a duas posições normativas, representadas pelo par binário: masculino e feminino.

Uma lei ou ordem cultural, a priori, como acredita a autora, é responsável por prescrever as sexualidades inteligíveis, mantendo a continuidade e a correspondência heteronormativa entre sexo, gênero, prática sexual e desejo. Essa forma de compreender a sexualidade tem consequências importantes para a vida daqueles que se inscrevem fora da norma. "Do ponto de vista desse campo, certos tipos de identidade de gênero parecem ser meras falhas do desenvolvimento, ou das impossibilidades lógicas, precisamente por não se conformarem às normas da inteligibilidade cultural" (Butler, 2003, p. 39).

Com efeito, para que certas subjetividades, da realidade social contemporânea, possam existir como inteligíveis, urgem mudanças nos âmbitos do trabalho clínico e das teorias psicanalíticas, no que diz respeito à noção clássica do Édipo. Barbero (2005) vê como ultrapassada a identidade sexual, produzida no psiquismo, que é correspondente ao sexo biológico e reflete, na cultura, o modelo clássico do casal heterossexual, como solução edípica esperada.

A insistência, no simbólico do Édipo e da castração, como uma força imperativa transcendente às manifestações sócio-políticas e à consequente naturalização do sistema binário, sexo-gênero, inscrevem definitivamente a transexualidade no campo do abjeto e da patologia e, os transexuais, na qualidade de psicóticos. Arán (2006) diz que: "Não podemos em nome de uma antiga forma de organização social, que alguns preferem chamar de Lei, impor, de forma violenta, um diagnóstico psiquiátrico ou realizar uma interpretação psicanalítica, apenas para manter o nosso horizonte simbólico intocável" (p. 59).

A pesquisa de Foucault (2006) denunciou a ideia equivocada de uma sexualidade universal e a-histórica. Ele mostrou que uma das estratégias de produção de sexualidade, no final do século XIX e começo do século XX foi a psiquiatrização do prazer perverso. O sexo e seus prazeres foram isolados biológica e psiquicamente e, em seguida, analisados e classificados entre condutas normais ou patológicas. No esteio de Foucault, Costa (1998) acredita que é possível entender a sexualidade sem a prerrogativa do que poderia ser o verdadeiro sexo. Para isso, é preciso levar em conta, como, no nosso tempo e na nossa cultura é utilizada a palavra sexo e, assim, renunciar a ideia de que o sexo possui um referente maior, irredutível a redefinições culturais.

Bento (2006) questiona, em sua pesquisa de doutorado: "A reinvenção do corpo: sexualidade e gênero na experiência transexual", a ideia de uma identidade transexual produzida sob os padrões sociais de masculinidade e feminilidade, que definem e orientam o que seja o verdadeiro transexual. A autora encontrou, na narrativa de suas entrevistadas, possibilidades de exercer a sexualidade que, definitivamente, embaralham as categorias binárias de sexo-gênero e da transexualidade. Algumas transexuais, de homem para mulher, entrevistadas por Bento, após realizarem a cirurgia de transgenitalização declararam-se lésbicas.

> Quando uma pessoa diz: “eu tenho um corpo equivocado, sou um/a homem/mulher aprisionado/a em um corpo de mulher/homem”, isto não significa dizer que ser mulher seja igual a ser heterossexual. Quando a sociedade estabelece que o homem/mulher de verdade é heterossexual, deduz imediatamente que um/a homem/mulher transexual também deverá sê-lo, e são construídos dispositivos em torno desta verdade (Bento, 2006, p. 156).

A noção do transexual verdadeiro cunhada, primeiramente, por Harry Benjamin, em 1953, entre outras coisas definia que os conflitos dos transexuais seriam solucionados, assim que realizassem a cirurgia de mudança de sexo. No entanto, a pesquisa de Bento oferece uma alternativa aos parâmetros benjaminianos. Segundo ela, a cirurgia de transgenitalização não é uma regra reivindicatória de transexuais. Muitos, sejam de homem para mulher ou de mulher para homem, escolhem não realizar a cirurgia de transgenitalizaçao, alegando, por exemplo, estarem satisfeitos se conseguirem a mudança de nome e do sexo, no registro civil, como também a realização de outras cirurgias como a mastectomia, histerectomia e o tratamento hormonal. “(...) para muitos transexuais não é a cirurgia que lhes garantirá a coerência identitária que procuram; para outros, porém, a cirurgia pode representar a possibilidade de ascenderem à condição humana” (Bento, 2006, p. 160).

As análises de Bento são críticas diretas a uma cultura heterossexual que opera de forma compulsória, querendo fazer com que o sujeito se adéque a uma identidade fixa e, assim, impedindo a compreensão da homossexualidade, entre os/as transexuais, e a decisão de alguns, entre esses, de não realizar a cirurgia de transgenitalização. O que está em questão na argumentação de Bento, não é apenas a recusa à ideia de uma estabilidade para o gênero, mas uma postura radical que questiona “a aceitação binária entre as identidades homem e mulher para descrever os seres humanos” (Knudsen, 2007, p. 71).

Segundo Costa (1998), historicamente, a maioria dos psicanalistas e dos trabalhos psicanalíticos define as sexualidades, consideradas ilegítimas, como perversão, distúrbio mental ou retardamento do desenvolvimento psíquico. Costa afirma que a rigidez de algumas correntes psicanalíticas insiste em legitimar, intelectualmente, a ideia de identidade sexual como definidora de identidades pessoais, e compartilha de prerrogativas normativas sobre a sexualidade humana, que só fazem levar adiante uma concepção de sujeito historicamente datada. Com efeito, ele pergunta: "Que imagem de sujeito queremos manter viva em nossa cultura?" (Costa, 1998, p. 06).

***Método***

Esta pesquisa foi aprovada em 05 de março de 2009, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco, sob o registro: CEP/CCS/UFPE N˚ 001/09.

Participaram da pesquisa nove pessoas, entre 24 e 49 anos, pertencentes a camadas sócio-culturais diferentes. Para definir a camada social, levou-se em consideração o grau de instrução, a profissão e o local de residência.

Em relação ao nível de instrução, seis possuíam nível superior, duas delas, porém, incompleto. Uma tinha o 1º grau completo, outras duas possuíam, respectivamente, o 1º grau incompleto e o ensino fundamental. Nenhuma das nove participantes tinha filhos. Duas eram casadas e moravam com seus respectivos maridos. As outras sete eram solteiras. Três moravam sozinhas, duas delas com pai, mãe e irmãos e duas outras, com a mãe. Todas elas eram naturais do estado de Pernambuco, com exceção de uma, natural de Sergipe. Todas trabalhavam. Três delas eram cabeleireiras e as outras tinham as seguintes profissões: professora, cozinheira, serviços gerais, costureira e estilista, web designer e técnica em enfermagem.

Todas as participantes nasceram anatomicamente homens, e procuraram o Serviço de Ginecologia, do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco, entre os anos 2001 e 2008, com a solicitação da cirurgia de transgenitalização, especificamente para ablação do pênis e construção de uma vagina. Dentre elas, oito receberam diagnóstico de transexualismo masculino e uma tinha o seu diagnóstico interrogado entre transexualismo masculino e homossexualismo. Apenas três delas já haviam se submetido à intervenção cirúrgica. As seis restantes, ainda aguardavam a autorização. Os nomes de todas as participantes da pesquisa foram alterados, a fim de preservar suas identidades.

Esta pesquisa foi especificamente qualitativa. Sendo assim, caracteriza-se por uma posição hermenêutica da pesquisadora, a qual procurou interpretar os múltiplos sentidos das histórias e experiências singulares, narradas pelas entrevistadas. A entrevista semi-estruturada foi utilizada como o principal instrumento da coleta de dados.

A análise dos dados se deu em conformidade com as recomendações de uma análise de conteúdo que cabe à pesquisa qualitativa. De um modo geral, entende-se que a análise de conteúdo, do material coletado ultrapassa como diz Minayo (1999), "o alcance meramente descritivo do conteúdo manifesto da mensagem, para atingir, mediante a inferência, uma interpretação mais profunda" (p. 203). Portanto, na análise dos dados da pesquisa são valorizadas algumas variáveis, como os conteúdos psicossociais, os contextos culturais e as contingências da história do participante.

As entrevistas aconteceram entre os meses de abril e junho de 2009, no setor onde funciona o serviço de ginecologia do Hospital das Clínicas da UFPE, em salas silenciosas, com ar-condicionado, disponibilizadas pela psicóloga responsável pelo atendimento psicoterapêutico das participantes. Todas as entrevistas foram marcadas, estrategicamente, em dias e horários em que as participantes já viriam ao hospital, para consultas de rotina.

Desse modo, não precisaram se deslocar de suas casas, muitas vezes localizadas fora da cidade de Recife, especialmente para serem entrevistadas.

A fim de auxiliar na condução da entrevista, foi previamente elaborado, um roteiro com questões sobre a cirurgia de transgenitalização, suas práticas sexuais, suas ideias sobre a transexualidade como doença, as transformações corporais, as relações com familiares e parceiros/as e a mudança da identidade civil, entre outras.

Antes de iniciar cada entrevista foi pedido às participantes que assinassem um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para que pudessem conhecer os objetivos da pesquisa em que iriam participar e obter esclarecimentos quanto aos posicionamentos éticos e metodológicos da mesma, em relação ao sigilo, aos riscos e ao uso do material, duração aproximada da entrevista e acesso aos seus resultados. Foi explicado também quanto à possibilidade de desistência da entrevista, a qualquer momento, se assim o desejassem. Para dar início às entrevistas a seguinte questão disparadora foi apresentada às participantes: O que levou você a tomar a decisão de fazer a cirurgia de mudança de sexo?

As entrevistas foram gravadas, com consentimento das participantes, e posteriormente transcritas, literalmente.

A análise dos dados foi realizada em três passos, de acordo com os pressupostos teóricos e com os objetivos da pesquisa: em primeiro lugar fez-se uma leitura ininterrupta de todas as entrevistas, com o objetivo de identificar alguns núcleos temáticos, de acordo com os objetivos da pesquisa. Os temas identificados foram: cirurgia de transgenitalização, prática e prazer sexual, definição de masculino/feminino, modificações corporais, definição de si. Em seguida foram inseridos, em torno de cada tema, os conteúdos levantados no conjunto de dados de cada entrevistada. Por fim, foram elaboradas interpretações e inferências, para a fundamentação dos argumentos teóricos, com o apoio da literatura específica.

***Análise e discussão***

Segundo Czermak (1991), a posição oscilante dos transexuais, em relação ao pedido de castração cirúrgica, é um indicativo de que a cirurgia não é suficiente para que se considerem transexuais. O desejo que prevalece, segundo ele, é o da transformação da aparência corporal, para que adquiram a aparência de uma mulher. No entanto, a tentativa de adotar aspectos característicos da feminilidade, como as vestimentas, por exemplo, funcionaria como um delírio ou uma farsa, em que o transexual se reduziria. Para o autor, essa ideia fixa dos transexuais é uma tentativa de rejeitar o significante fálico, substituindo-lhe por outro: A mulher. Portanto, mesmo fazendo desaparecer o órgão, eles não se verão livres do significante. Neste sentido, Czermak parece concordar com Millot, Dör e Chiland que não haveria outra saída para o transexual a não ser a psicose.

> (...) esta mulher em que o transexual quer se transformar – qualitativo ao que ele atribui ao que é dotado de beleza, de unidade, de completude, essa genitora universal, este tudo em um; esta mulher apresenta-se como A mulher, ou seja, um dos Nomes-do-pai, o que nos convence do caráter psicótico do que estamos tratando (Czermak, 1991, p. 95).

De que outra maneira poderia ser compreendida a problemática das transexuais, sem condená-las ao jugo patológico? As transexuais entrevistadas parecem indicar o caminho. Cássia, por exemplo, explica o que faz para se aproximar da feminilidade:

> *É. A gente toma bastante hormônio, né? (...) medicamento, silicone, bomba, muita bomba pra poder ter a feminilidade, entendeu? (...) eu sempre fui buscar a qualidade da mulher feminina. Quanto mais feminina, melhor. Aí vem o complemento que é a cirurgia, e a gente sai se rebocando, vamos dizer* (Cássia, 24 anos, solteira, serviços gerais, ensino fundamental).

Parece que Cássia tenta, a todo custo, aproximar-se daquilo que é compartilhado na sociedade como "mulher", invocando toda tecnologia disponível. Chama atenção, em seu discurso, que o órgão genital ganha o mesmo estatuto dos outros atributos que declara precisar, para ser mulher. A vagina é apenas uma das partes a ser "rebocada". No entanto, quando perguntada por que desejava realizar a cirurgia, ela se refere ao órgão sexual de outra forma: *Eu ia me olhar no espelho e sentia que faltava algo em mim, ou seja, uma "trans" sem a vagina, né?*

O órgão sexual parece assumir agora, um lugar de destaque para Cássia. Se ela deseja "buscar a qualidade da mulher feminina", como poderá almejá-la sem ter uma vagina? A cirurgia parece ser a única possibilidade para ela, como foi também para Beatriz, que justificou seu desejo pela realização da cirurgia, por se reconhecer mulher: *Olha, a cirurgia na realidade, é uma consequência da pessoa que eu sou. Desde que eu me entendo por gente, eu sempre me vi como mulher* (Beatriz, 32 anos, solteira, web designer, superior incompleto).

Nos discursos de Cássia e Beatriz há uma linearidade "mulher-vagina" que é compartilhada por Helena, quando fala de sua preferência sexual: *É lógico que eu sou passiva. Para transexual [de homem para mulher] é só essa posição. Passivo é quem, no popular, só deixa ser penetrada e o ativo,* ***ele*** *só penetra* (Helena, 24 anos, solteira, cozinheira, 1º grau incompleto).

A preferência sexual de Helena obedece a uma razão lógica: se "ele penetra", é-lhe reservada a atividade sexual ativa e, por outro lado, se "ela" é penetrada, a ela é reservada a atividade sexual passiva. Assim, pode-se entender a lógica, bem explicada por Helena, e também explicitada nas falas de Cássia e Beatriz, como a lógica hierárquica da matriz heterossexual, isto é, se elas se sentem ou desejam ser mulheres, obrigam-se a constituir uma vagina e a se comportar como heterossexuais, passivas e femininas.

Segundo Butler (2003), a matriz heterossexual produz e regula o gênero, numa relação binária e oposicionista, em que o polo masculino diferencia-se do polo feminino, por meio das práticas do desejo heterossexual. "Essa concepção do gênero não só pressupõe uma relação causal entre sexo, gênero e desejo, mas sugere igualmente que o desejo reflete ou exprime o gênero, e que o gênero reflete ou exprime o desejo" (p. 45).

A linearidade suposta pelo significante fálico (mencionado por Czermak) é a que todas as pessoas normais estariam submetidas, ou pelo polo do homem ou pelo polo da mulher. A presença da matriz heterossexual está de tal forma arraigada em nossa cultura, que faz Beatriz refletir e em seguida desabafar:

> *As pessoas acham que a anatomia é o que determina. Então, se você tem um pênis é homem, se tem vagina é mulher, e acabou. Eu acho legítimo pensar assim. Não é minha visão. Acho que ser homem ou ser mulher é um fenômeno que vai além da biologia. É uma coisa psicológica, social. Ser mulher ou ser homem é um fenômeno complexo (...). Quer dizer, será que um pinto tem tanta importância assim no mundo? Mas, a maioria das pessoas acha.* (Beatriz, 32 anos, solteira, web designer, superior incompleto).

Melissa, concordando com Beatriz, descreve como ela se percebe perante a sociedade: *Melissa já existe. Ela vestida, todo mundo a respeita. Mas vamos dizer que, em um momento de loucura, Melissa tirasse a roupa e saísse correndo. 'Melissa não é mulher! Melissa tem pênis!'. É pequeno, é fino, mas está ali* (Melissa, 37 anos, casada, cabeleireira, superior completo).

A questão, assim colocada, é, no mínimo, intrigante: Helena, Cássia e Melissa, que ainda não realizaram a cirurgia, sentem-se mulheres, mesmo possuindo um pênis, mas, justamente porque têm pênis, não são reconhecidas como mulheres e, ainda correm o risco de ser classificadas como psicóticas. No caso de Beatriz, ela fez a cirurgia, talvez porque não

pudesse admitir-se mulher sem ter uma vagina, o que poderia parecer da ordem do impensável.

Essas narrativas abrem espaço para outras falas das entrevistas, que não só desconstroem a linearidade heterossexual, de forma muitas vezes radical, confundindo os que só conseguem transitar no terreno do binarismo de gênero, como também colocam em xeque as certezas daqueles que acreditam no verdadeiro transexual.

Vestir-se com roupas femininas, para Clô, por exemplo, não tem tanta relevância quanto fazer as modificações corporais, especialmente a cirurgia de transgenitalização.

> *No momento, eu não ligo muito pra essas coisas [roupas femininas]. Mas, eu tenho minha roupa feminina e eu uso. Eu só não uso, assim, muito saia, né? Mas eu acho que isso não tem nada a ver com mudança de sexo (...). Eu acho que o importante é você mudar o corpo somente* (Clô, 49 anos, solteira, cabeleireira, superior incompleto).

Já para Melissa é a mudança de seu nome no registro civil que lhe é crucial. Para ela, só depois de mudar o nome, judicialmente, vai poder provar que é mesmo Melissa, perante os outros. Ela diminui não dá relevância à cirurgia de transgenitalização, tão importante para Clô, e às transformações corporais, em geral, também necessárias para que ela se torne a mulher que já diz ser: *Eu jamais arrancaria o meu pênis para provar para alguém que eu sou mulher. Se em meu documento estivesse Melissa Maria, eu jamais faria essa cirurgia* (Melissa, 37 anos, casada, cabeleireira, superior completo).

Não se sabe se Melissa continuou no programa de acompanhamento pré-cirúrgico, para transexuais do Hospital das Clínicas, depois que soube, através de outra candidata, que já era possível adquirir a identidade civil, legalmente, antes da cirurgia. Talvez o mais importante, tanto para ela quanto para Clô, sejam as possibilidades que vislumbram para si mesmas e para a sociedade, de modo geral; ou seja: que é possível afirmar-se no mundo,

como Melissa e Clô, sem precisar, para isso, realizar a cirurgia de mudança de sexo, no caso de Melissa, ou usar vestimentas femininas, no caso de Clô, a fim de aderir a uma matriz universal e normativa de gênero.

As transexuais, citadas acima, constroem suas sexualidades fora das normas identitárias culturais e das definições clássicas de gênero. Segundo Knudsen (2007), Butler tenta reconfigurar o conceito de gênero, de modo a incluir os gêneros não-inteligíveis na cultura, sem, no entanto, indicá-los, com a marca da patologia. Trata-se, em primeiro lugar, de desconstruir a ideia da coerência da identidade de gênero e afirmar que esta, carrega em si, uma falsa ideia de substância e não revela uma identidade preexistente. Em segundo lugar, reconhecer, como cidadãos, as pessoas cujas sexualidades são tratadas como abjetas: travestis, transexuais, transgêneros, *drags, butches* e *femmes:* "conceder-lhes o direito de existência enquanto seres humanos e com isso, liberá-los para a normalidade" (Knudsen, 2007, pp. 75-76).

> O efeito do gênero se produz pela estilização do corpo (...), a forma corriqueira pela qual os gestos, movimentos e estilos corporais de vários tipos constituem a ilusão de um eu permanente marcado pelo gênero (...) uma realização performativa em que a platéia social mundana, incluindo os próprios atores, passa a acreditar, exercendo-a sob a forma de uma crença (Butler, 2003, p. 200).

Poder-se-ia dizer, portanto, que a ideia de uma identidade transexual fixa perdeu o seu sentido, ou, melhor ainda: "a escolha do critério sexual para a identificação social de indivíduos é (...) problemática e, por isso mesmo, aberta a discussões" (Costa, 1998, p. 03). Com efeito, quando as transexuais se valem da crença de pertencer ao gênero oposto, produzem uma ilusão de identidade de gênero fixa, da mesma forma que homens e mulheres normais, quando confirmam suas essências masculinas ou femininas (Arán, 2006).

As transexuias entrevistadas, estilizando seus corpos e atuando seus gêneros de várias formas, mostram que as posições subjetivas para a transexualidade são plurais. Enfim, elas mostram, com convicção, que não dá mais para se antecipar critérios da "sexualidade genital e o objetivo da reprodução como padrão do que é ou não normal na esfera sexual" (Costa, 1998, p. 04).

Não é por acaso que Cássia, ao discorrer sobre sua condição sexual, comete um ato falho, trazendo à tona o cerne da questão:

> *Transexual é aquela que* ***não se incomoda*** *em ser homem masculino (...) [logo em seguida, se dá conta do ato falho e corrige] - se incomoda, né? Só que, assim, pra mim, eu não me considero transexual. Acho que falta a cirurgia pra dizer que eu sou transexual. Transexual é aquela que já fez a cirurgia. Mas eu fico até pensando... será que é mesmo? Na minha cabeça, eu digo: "será que é mesmo? ou sou travesti ainda?"(...). Eu discordo da sociedade, só que, assim, em parte eles sempre têm razão, né? Eu não fiz a cirurgia ainda, não fiz ainda. Mas, eu vou entrar em acompanhamento* [refere-se ao acompanhamento psicológico de dois anos, exigido pelo Conselho Federal de Medicina para as/os candidatas/os à cirurgia de transgenitalização] (Cássia, 24 anos, solteira, serviços gerais, ensino fundamental).

Cássia oscila em sua decisão de realizar a cirurgia, porém, seguramente não é para tentar impedir um delírio psicótico, sustentado na imagem quimérica da mulher idealizada, mas, provavelmente, por não poder quebrar a continuidade de uma matriz heterossexual ferrenhamente naturalizada e que se pretende universal, em nossa cultura, correspondendo sexo, gênero, e desejo.

***Considerações finais***

A questão ética que permeia esse trabalho, diz respeito à desconstrução da marca da patologia na transexualidade. As hipóteses psicanalíticas que são apresentadas, inicialmente inscrevem a transexualidade necessariamente em um diagnóstico psicopatológico, apontando a psicose como única saída para essa problemática. Em outras palavras, a prática transexual de transformação corporal estaria na ordem de um sintoma, que deveria servir como saída psicótica para essas pessoas. Esses autores apoiam suas análises, principalmente na construção social do Édipo, que pressupõe duas únicas possibilidades de identificação sexual: homem ou mulher.

A análise das entrevistas dadas pelas transexuais de homem para mulher, que participaram da pesquisa, leva a resultados identificadores de que a questão colocada é bem mais complexa. A experiência da transexualidade põe em evidência diversas expressões de subjetivação, que não se encaixam na fórmula clássica edipiana. Autoras como Márcia Arán e Knudsen alertam, principalmente na linha das hipóteses de Judith Bulter, que consequências da insistência da visão binária de gênero podem ser desastrosas, pois, a estabilidade dessa matriz produz uma correspondência, para sexo e gênero, que empurra para fora da normalidade outras múltiplas expressões da sexualidade.

Pode-se aqui fazer referência, à mesma metáfora do Nó Borromeu (Millot, 1992) usada para explicar os efeitos da heteronormatividade, na construção da subjetividade. Considere-se, agora, a matriz heterossexual como o anel mestre que entrelaça os anéis do sexo, do gênero, das práticas sexuais e do desejo. Se um desses anéis é quebrado, a matriz se desfaz e com ela, as linhas de coerência culturalmente estabelecidas, produzindo como resultado, a patologia.

Os discursos das participantes desta pesquisa ensinam que, ao se querer levar adiante um posicionamento ético em relação à transexualidade, é importante não tentar reduzir

modos de existência, a expressões da sexualidade, nem, muito menos, reiterar a ideia de uma identidade transexual. A transexualidade, como forma de subjetivação, ultrapassa os limites psicopatológicos da psicose e se afirma em múltiplas atitudes de identidades singulares, inseridas no contexto sócio-histórico-cultural da contemporaneidade. Se há alguma farsa nesse intermeio é a insistência em caracterizar uma identidade sexual que se estabelece como fixa e que traz consigo a ilusão de gêneros binários e estáveis.

***Referências***


Arán, M. (2006). A transexualidade e a gramática normativa do sistema sexo-gênero. *Ágora, 9*, 49-63.

Barbero, G. H. (2005). *Homossexualidade e perversão na psicanálise: uma resposta aos Gay e Lesbian Studies*. São Paulo: Casa do psicólogo.

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

Butler, J. (2003). *Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade.* Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.

Ceccarelli, P. R. (2008). *Trasexualismo*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Chiland, C. (2008). *O transexualismo*. São Paulo: Edições Loyola.

Costa, J. F. (1998). A questão psicanalítica da identidade sexual. In: B. R. Graña (Org.), *Homossexualidade: formulações psicanalíticas atuais.* (pp. 15- 27). Recuperado em 02 de agosto, 2009, de http://jfreirecosta.sites.uol.com.br

Czermak, M. (1991). *Paixões do objeto.* Porto Alegre: Artes Médicas.

Dör, J. (1991). *Estrutura e perversões.* Porto Alegre: Artes Médicas.

Foucault, M. (2006). *História da sexualidade: a vontade de saber.* São Paulo: Graal.

Knudsen, P. P. (2007). *Gênero, psicanálise e Judith Butler: do transexualismo à política*. Tese de doutorado. Programa de Pós-graduação em Psicologia. Área de concentração: Psicologia Clínica. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

Millot, C. (1992). *Extrasexo. Ensaio sobre o transexualismo.* São Paulo: Escuta.

Minayo, M. C. S. (1999). *O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec.

Stoller, R. J. (1982). *A experiência transexual.* Rio de janeiro: Imago.

***Considerações Finais***

Esta pesquisa sobre transexualidade exigiu, como ponto de partida, a apreensão de sua história. Percebeu que os avanços das técnicas científicas, principalmente nos campos da biologia e da sexologia, foram decisivos ao longo do século XX e neste primeiro decênio do século XXI, para a compreensão da experiência transexual.

A década de 60 se destacou pela invenção do conceito de Identidade de Gênero, forjado por John Money, sustentado pelos critérios de estruturação das categorias de sexo (determinados pela genitália), de gênero (masculino/feminino) e da orientação sexual (monossexual/bissexual). (Cardoso, 2008). Money declarava poder "corrigir" a estruturação desviante de determinada identidade de gênero. Com isso, a demanda dos transexuais, que alegavam pertencer ao sexo oposto, foi admitida cientificamente. A noção de sexo se diferençava da noção de gênero, devendo-se articular, linearmente, aos pares**:** sexo (fêmea) /gênero (feminino) e sexo (macho) /gênero (masculino).

Essa forma de correspondência entre sexo e gênero remete ao que Butler (2003) denomina da ordem compulsória do sexo e do gênero, como foi confirmada, ao longo do século XX, como normativa e universal. Tal ordem se sustenta na necessidade de controle dos corpos sexuados e foi construída, historicamente, com mecanismos de saber e poder (Foucault, 2006a) que produziram verdades sobre as categorias de sexualidade e de sexo.

Sabe-se, no entanto, que essa hipótese, para pensar sexo e gênero, inibe a existência de sexualidades consideradas anormais e de gêneros admitidos como não-inteligíveis. Assim, os "corpos abjetos" (Butler, 2004) ficam à margem da inteligibilidade sócio-cultural e científica, que identifica, como verdadeiras ou legítimas, apenas aquelas expressões da sexualidade pautadas pela heterossexualidade.

Neste campo, se insere, efetivamente, a problemática do diagnóstico de transexualidade. A presente pesquisa evidenciou que as descrições dos transtornos dirigidos

aos transexuais, delimitados pela categoria diagnóstica psiquiátrica (Transtorno de Identidade de Gênero) e psicanalítica (psicose) estão contagiadas pelas concepções clássicas de sexo e de gênero e pressupõem um determinado sistema binário de sexo/gênero: masculino/feminino, homem/mulher, pênis/vagina, ativo/passivo, testosterona/estrógeno, desejo por mulheres/desejo por homens, que corresponde à linearidade da matriz heterossexual (Butler, 2004).

Perseverar na compreensão das noções de sexo e gênero como acima apresentadas, gera uma impossibilidade lógica para a discussão da transexualidade fora do campo da patologia mental. É assim que, na psiquiatria, com o aparecimento do DSM-I (1952), a transexualidade ficou subordinada à categoria de Transtorno de Identidade de Gênero e na psicanálise, à categoria de psicose, tal como corroboram os argumentos psicanalíticos de Dör, Chiland, Millot e Czermak.

Considera-se que a aproximação com as narrativas espontâneas e contundentes das transexuais que participaram da pesquisa e as perspectivas abertas com a teoria *queer* - resistente às determinações socioculturais que supõem a heterossexualidade como a expressão válida da sexualidade (Barbero, 2005) - trouxe à tona o cerne da questão: o gênero é plástico, descontínuo, e só existe na experiência.

A experiência transexual, até hoje conhecida, embaralha radicalmente a ordem dimórfica estabelecida e faz estremecer as bases de sustentação que regulam a concepção normativa de gênero. À medida que a análise das entrevistas avançava, no trabalho da pesquisa, essa perspectiva ia ganhando mais sentido.

O discurso pré-estabelecido do DSM-IV, que associa obediência a uma rotina diagnóstica, ficou fragilizado diante das densas falas das entrevistadas. Elas expõem a plasticidade do gênero quando não encontram, na cirurgia, por exemplo, a referencia primordial para a construção/desconstrução de seu gênero. A cirurgia passa a ser *uma*

possibilidade, dentre outras, para a transformação de si. Uma das entrevistadas, por exemplo, aponta como satisfatória apenas a intervenção jurídica, na mudança de sua identidade civil. Já outra, deseja a cirurgia, mas resiste à aparência, aos acessórios e às vestimentas consideradas típicas femininas, para improvisar seu gênero.

Nenhuma das entrevistadas atende, categórica e precisamente, às exigências diagnósticas que lhes são endereçadas. As categorias de feminino, masculino, homem, mulher e também a de transexual são permutadas, provocando uma pluralidade de expressões e nomeações de si descartam qualquer regularidade diagnóstica. Com isso, desaparece o verdadeiro transexual (Bento, 2006), revelado nas teorias psicanalíticas apresentadas e no manual oficial da psiquiatria.

No entanto, mesmo deslizando para fora da norma de gênero, subsistem, para algumas transexuais, questões que ainda dão sentido às prerrogativas dessa normatização: não admitem, por exemplo, uma "trans" sem vagina ou que não busque a feminilidade e têm uma prática sexual passiva.

Esse paradoxo aparece de diversas formas, ao longo de todas as entrevistas, refletindo a força compulsória da matriz heterossexual. Afinal, que corpo é o adequado? Que aparência é a adequada? Que gênero é o adequado? Que prazer é o adequado?

No que se refere ao aspecto patológico, determinado para a transexualidade, de um modo geral as transexuais avaliam como um equívoco dos médicos. De fato, apenas uma delas aceitou o diagnóstico e algumas consideram que nasceram com um defeito, em seu corpo, que precisa ser corrigido, para adequá-lo à sua identidade.

A transexualidade se inscreve no leque das possibilidades humanas e se expressa lá onde não é aceita a fixidez de uma identidade calcada no binarismo de gênero; denuncia as exigências das categorias diagnósticas que lhe impinge a anormalidade, e expõe a fragilidade das especificidades diagnósticas, que jamais serão capazes de descrever as inúmeras

expressões de gênero que se pode assumir. Pode-se afirmar, portanto, que a questão transexual ultrapassa a moldura da patologia.

É importante também questionar a posição daqueles que mantêm a classificação e a normatização das identidades sexuais e de gênero, e insistem com a noção de categorias nosográficas para a sexualidade.

Torna-se, sem dúvida, urgente e fundamental, a promoção de ações que provoquem a retirada do diagnóstico de Transtorno de Identidade de Gênero do DSM; o reconhecimento social da transexualidade, em todas as suas expressões e o apoio efetivo e especializado das políticas públicas de saúde e dos direitos humanos

Christine Jorgensen, David Reimer, Thomas Beatie, Cássia, Beatriz, Vanessa, Viviane, Manoeli, Gisely, Melissa, Helena e Clô marcam seus lugares no mundo, como possibilidades legítimas de subjetivação. Suas expressões de gênero não correspondem a nenhum tipo de diagnóstico universal, supostamente capaz de atravessar as diferentes épocas e a contingência de cada um. O que há de mais comum entre eles e elas não é o fato de nascerem anatomicamente homens/mulheres e sentirem-se mulheres/homens, mas, sim, o jeito e o estilo diferente de ser, fazer e desfazer seus gêneros e seus corpos sexuados. Em outras palavras, as experiências singulares de transformação de si.

Por fim, o fato das participantes da pesquisa serem transexuais, de homem para mulher, não se configurou uma escolha, mas a própria limitação da amostra no Hospital das Clínicas da UFPE. De todas as transexuais que passaram ou estavam no programa de acompanhamento para a cirurgia, apenas uma era transexual de mulher para homem. Isto deixa um mote para uma futura investigação sobre esta nuance aparentemente acidental.

***Referências***


A TLC Special. (2009, Agosto 27). (Vídeo). *The Story of David Reimer: born a boy, brought up as a girl.* The Learning Channel (TLC). Recuperado em 05 de setembro de 2009, de http://www.youtube.com/watch?v=3GhbVFjIaN0 (programa exibido em cinco partes).

American Psychiatric Association. (1952). *Diagnostic and Statistic Manual. Mental Disorders.* (1a ed.). Washington, DC: Autor. Recuperado em 02 de setembro, 2009 de http://www.psychiatryonline.com/DSMPDF/dsm-i.pdf.

American Psychiatric Association. (1968). *Diagnostic and Statistic Manual. Mental Disorders.* (2a ed.). Washington, DC: Autor. Recuperado em 02 de setembro, 2009 de http://www.psychiatryonline.com/DSMPDF/dsm-ii.pdf

American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and Statistic Manual. Mental Disorders.* (3a ed.). Washington, DC: Autor. Recuperado em 02 de setembro, 2009 de http://www.psychiatryonline.com/DSMPDF/dsm-iii.pdf

American Psychiatric Association. (2002). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (4a ed.). Porto Alegre: Artmed.

Arán, M. (2003). Os destinos da diferença sexual na cultura contemporânea. *Estudos Feministas,* 11(2): 399-422.

Arán, M. (2006). A transexualidade e a gramática normativa do sistema sexo-gênero. *Ágora, 9*, 49-63.

Arán, M., Zaidhaft, S., & Murta, D. (2008). Transexualidade: corpo, subjetividade e saúde coletiva. *Psicologia & Sociedade, 20*, 70-79.

Arán, M., Murta, D., & Lionço, T. (2009). Transexualidade e saúde pública no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva, 14*, 1141-1149.

Barbero, G. H. (2005). *Homossexualidade e perversão na psicanálise: uma resposta aos Gay e Lesbian Studies*. São Paulo: Casa do psicólogo.

Butler, J. (2003). *Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade.* Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.

Butler, J. (2004). *Undoing gender*. New York and London: Routledge.

Bento, B. A. M. (2004). Da transexualidade oficial às transexualidades. In A. Piscitelli, M. F. Gregori & S. Carrara (Orgs.), *Sexualidade e saberes: convenções e fronteiras.* (pp. 143-172). Rio de Janeiro: Garamond.

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

Beatie, T. (2008). *Labor of Love: is society ready for this pregnant husband?* Recuperado em 25 de setembro, 2009, de http://www.advocate.com/Society/Commentary/Labor_of_Love/

Conselho Federal de Medicina. (2002). Resolução 1.652/2002. Recuperado em 10 de setembro, 2009, de http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2002/1652_2002.htm

Cardoso, F. L. (2008). O conceito de orientação sexual na encruzilhada entre sexo, gênero e motricidade. *Revista Interamericana de Psicologia*, 42, 69-79.

Cardoso, F. L. (2005). Inversões do papel de gênero: "drag queens", travestismo e transexualismo. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18, 421- 430.

Castel, P. (2001). Algumas reflexões para estabelecer a cronologia do "fenômeno transexual (1910-1995). *Revista Brasileira de História*, 21, 77-111.

Ceccarelli, P. R. (2008). *Trasexualismo.*: São Paulo: Casa do Psicólogo.

Chiland, C. (2008). *O transexualismo*. São Paulo: Edições Loyola.

Colapinto, J. (2004). *What were the real reasons behind David Reimer´s suicide?* Recuperado em 26 de setembro, 2009, de http://www.slate.com//id/2101678/

Colapinto, J. (Audio). (2000). *Entrevista em Gender Talk.* Recuperado em 08 de outubro, 2009, de http://www.gendertalk.com/radio/programs/200/gt247.shtml

Costa, J. F. (1998). A questão psicanalítica da identidade sexual. In: B. R. Graña (Org.), *Homossexualidade: formulações psicanalíticas atuais.* (pp. 15- 27). Recuperado em 02 de agosto, 2009, de http://jfreirecosta.sites.uol.com.br

Czermak, M. (1991). *Paixões do objeto.* Porto Alegre: Artes Médicas.

Dör, J. (1991). *Estrutura e perversões.* Porto Alegre: Artes Médicas.

Foucault, M. (2006a). *História da sexualidade: a vontade de saber.* São Paulo: Graal.

Foucault, M. (2006b). *Microfísica do poder*. São Paulo: Paz e Terra.

Knudsen, P. P. (2007). *Gênero, psicanálise e Judith Butler: do transexualismo à política*. Tese de doutorado. Programa de Pós-graduação em Psicologia. Área de concentração: Psicologia Clínica. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

Laplanche, J. & Pontalis, J.B. (1992). *Vocabulário da psicanálise.* São Paulo: Martins Fontes.

Le Breton, D. (2007). *Adeus ao corpo. Antropologia e sociedade.* Campinas: Papirus.

Lionço, T. (2009). Atenção integral à saúde e diversidade sexual no processo transexualizador do SUS: avanços, impasses, desafios. *Physis Revista de Saúde Coletiva, 19*, 43- 63.

Long, T. (2008, Janeiro 12). *Dec. 1, Ex-GI Becomes Blond Beauty*. Wired Magazine. Science: Discoveries. Recuperado em 10 de outubro, 2009, de http://www.wired.com/science/discoveries/news/2008/11/dayintech_120.

Mayers, R. & Horwitz, A. V. (2005). DSM III and the revolution in the classification of mental illness. *Journal of the History and the Behavioral Sciences, 41*, 249-267. Recuperado em 12 de agosto, 2009, de http://www3.interscience.wiley.com/journal/110548168/issue

Millot, C. (1992). *Extrasexo. Ensaio sobre o transexualismo.* São Paulo: Escuta.

Minayo, M. C. S. (1999). *O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec.

Meyerowitz, J. (2002). *How sex changed. A history of transsexuality in the United States*. Harvard University Press: Cambridge, Massachussetts, London, England.

Pereira, M. E. *O DSM-IV e o objeto da psicopatologia ou Psicopatologia para quê?* (1999). Recuperado em 05 de setembro, 2009, de http://www.geocities.com/HotSprings/Villa/3170/MarioEduardoCostaPereira.htm

Preciado, B. (2008). *Testo Yonqui*. Espasa: Madrid.

Russo, J. A. (2004). Do desvio ao transtorno: a medicalização da sexualidade na nosografia psiquiátrica contemporânea. In A. Piscitelli, M. F. Gregori & S. Carrara (Orgs.), *Sexualidade e saberes: convenções e fronteiras.* (pp. 95-114). Rio de Janeiro: Gramond.

Stoller, R. J. (1982). *A experiência transexual.* Rio de janeiro: Imago.

Turato, E. R. (2003). *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas.* Rio de Janeiro: Vozes.

Vieira, L. (2005). *As múltiplas faces da homossexualidade na obra de Freud.* Tese de doutorado defendida no Instituto de Medicina Social da UERJ. Rio de Janeiro.

Winters, K. (2007). *Issues of GID diagnoses for transsexual women and men.* Recuperado em 05 de setembro, 2009, de http://www.gidreform.org/GID30285a.pdf

Winters, K., Ehrbar, R. D. & Gorton, R. N. (2009, Junho). *Revision suggestions for gender related diagnoses in the DSM and ICD.* The World Professional Association for Transgender Health (WPATH). XXI Biennial Symposium. Oslo, Norway. Recuperado em 05 de setembro, 2009, de http://www.gidreform.org/wpath2009EWG.html

## *ANEXOS*

I - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

II - Roteiro da entrevista

*ANEXO I*

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da pesquisa - Transexualidade: Dos Transtornos às Experiências Singulares

Você está sendo convidada/o a participar de uma pesquisa sobre a experiência de ser transexual. Nesta pesquisa, pretendemos conhecer como são construídos os processos psicológicos neste tipo de experiência, levando em consideração as questões de sexo, sexualidade, gênero e desejo. Pretendemos analisar como essas questões estão estruturadas psicologicamente e se estão de acordo ou não com as normas culturais e sociais estabelecidas. Além disso, um dos nossos objetivos é questionar as concepções (visões/percepções) médicas e científicas que compreendem a experiência transexual como uma patologia (doença). Por este motivo, sua participação é de extrema importância, já que para alcançar nossos objetivos precisamos escutar a experiência de vida dos/as transexuais a partir da história pessoal de cada um/a.

Espera-se que os resultados desta pesquisa contribuam para uma maior discussão sobre a experiência subjetiva e participação dos/das transexuais na sociedade. Assim pretendemos colaborar com a diminuição do preconceito e da injustiça social presentes no dia-dia dos/das transexuais. Os resultados também poderão ser úteis aos/às participantes da pesquisa e seus familiares que, muitas vezes, buscam orientação ou ajuda para compreender melhor esta experiência.

Essa pesquisa não oferece riscos físicos e/ou emocionais aos participantes envolvidos. Porém, sabemos que qualquer situação que envolve pessoas pode causar algum tipo de desconforto, principalmente quando se trata de um tema relacionado ao mundo particular das pessoas. Por trabalharmos com questões muito íntimas, tentaremos alcançar os objetivos da pesquisa da forma mais respeitosa possível, considerando todos os aspectos éticos do processo. De todo modo, você poderá interromper sua participação a qualquer momento, sem sofrer nenhum tipo de prejuízo.

Eu, _____, dou meu consentimento para minha participação como voluntária desta pesquisa, sob a responsabilidade da pesquisadora Letícia Rezende de Araújo, mestranda da Universidade Católica de Pernambuco e da orientadora desta pesquisa Profª Dra. Luciana Leila Fontes Vieira.

Após ouvir os esclarecimentos, assino este Termo de Consentimento ciente de que:

1. Durante o estudo participarei de uma entrevista, que dura em média 1hora e meia, composta de questões relacionadas aos objetivos acima mencionados.

2. Obtive todas as informações necessárias para poder decidir conscientemente sobre a participação na referida pesquisa.

3. As entrevistas serão gravadas e meus dados pessoais serão mantidos em sigilo. Os resultados gerais obtidos através da pesquisa serão utilizados apenas para alcançar o objetivo do trabalho exposto acima, incluindo sua publicação na literatura científica especializada.

4. Terei acesso aos resultados da pesquisa, através da pesquisadora responsável pelo projeto, assim que for encerrada.

5. Poderei contatar o Comitê de Ética da UFPE pelo telefone 2126-8588 para apresentar recursos ou reclamações em relação à pesquisa, se achar necessário, o qual encaminhará o procedimento adequado.

6. Poderei entrar em contato com a pesquisadora responsável através do telefone (81) 91087770, no endereço: Rua Marechal Deodoro, 94 apto.101B, Encruzilhada - Recife-PE ou pelo e-mail: letral@ig.com.br.

Recife, ___ de _____ de 2009

_____

Assinatura do/da Participante

RG: _____

_____ _____

Testemunha 01 Testemunha 02

*ANEXO II*

PERGUNTA DISPARADORA

O que levou você a tomar a decisão de fazer a cirurgia de mudança de sexo?

ROTEIRO-GUIA DE ENTREVISTA

De que forma essa mudança é/foi importante na sua vida?

Qual é o seu sexo?

Para você o que quer dizer *transexual*?

Você tem alguma preferência sexual?

Uma transexual pode desejar uma mulher?

Como você se sente desejada? Como transexual/mulher/homem?

O Código Internacional de Doenças considera a transexualidade uma patologia. Você se considera uma pessoa doente por ser transexual?

Você já fez outro tipo de cirurgia, como hormonal, por exemplo?

Existe uma forma correta de viver a sexualidade?

Você escolheu ser transexual?

Existe preconceito da sociedade em relação às transexuais?

Porque você mudou seu nome para _____? /Você vai querer mudar seu nome?

Como você lida com seu órgão sexual? (antes da cirurgia) e (depois da cirurgia)

Você gostaria de ter nascido mulher?

Qual a importância do programa de acompanhamento de dois anos definido por lei antes e depois da cirurgia?