

O "MODELO MÉDICO" E A PROCURA PELA "NORMALIZAÇÃO" DE GÊNERO E SEXUAL: UMA ANÁLISE HISTÓRICO-CRÍTICA SOBRE AS CATEGORIAS "TRAVESTI" E "TRANSEXUAL"

THE "MEDICAL MODEL" AND THE SEARCH FOR GENDER
AND SEXUAL "NORMALIZATION": A HISTORICAL-CRITICAL
ANALYSIS OF "TRAVESTI" AND "TRANSSEXUAL" CATEGORIES

Recebido em: 9 de abril de 2023

Aprovado em: 16 de junho de 2023

Sistema de Avaliação: Double Blind Review

RCO | a. 15 | v. 2 | p. 184-210 | jul./dez. 2023

DOI: <https://doi.org/10.25112/rco.v2.3290>

Nelson Ramalho nelson.ramalho@ulusofona.pt

Doutor em Serviço Social pelo Iscte - Instituto Universitário de Lisboa (Lisboa/Portugal).

Professor na Universidade Lusófona - Centro Universitário de Lisboa (Lisboa/Portugal).

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-9152-750X>

RESUMO

O presente artigo tem como objetivo apresentar uma reflexão sobre as primeiras perspectivas teóricas que tentaram explicar os “problemas” de gênero e que conduziram ao surgimento das categorias “travesti” e “transexual”. Para tal, foi desenvolvido um estudo de natureza qualitativa, baseado numa pesquisa bibliográfica e documental com vista a ser realizada uma análise e revisão historiográfica sobre o tema. Foi possível observar que as categorias “travesti” e “transexual” são relativamente recentes, tendo sido produzidas pelo “modelo médico” e o seu interesse inicial por sujeitos com características anatômicas ambíguas que não podiam ser classificados inteiramente como machos ou fêmeas por se encontrarem em posição indefinida. Este modelo tentou explicá-los com base em diferentes perspectivas – biológicas, psicanalíticas, de aprendizagem social e de desenvolvimento cognitivo – e, em resultado, da sua integração nos compêndios médicos e prescrição de intervenções corretivas, acabou por promover e legitimar a sua patologização, com consequências expressivas na estigmatização e exclusão social de uma grande quantidade de sujeitos.

Palavras-chave: História. Identidade de Gênero. Medicina. Travesti. Transexual.

ABSTRACT

This article aims to present a reflection on the first theoretical perspectives that tried to explain gender “troubles” and that led to the emergence of the “transvestite” and “transsexual” categories. To this end, a qualitative study was developed, based on bibliographical and documental research in order to carry out an analysis and historiographical review on the subject. It was found that “travesti” and “transsexual” categories are relatively recente. These were produced by “medical model” and its initial interest in subjects with ambiguous anatomical characteristics that could not be entirely classified as male or female because they were in an undefined position. This model tried to explain them based on different perspectives – biological, psychoanalytic, social learning and cognitive development – and, as a result, its integration into medical textbooks and prescription of corrective interventions, ended up promoting and legitimizing its pathologization, with significant consequences for the stigmatization and social exclusion of a large number of subjects.

Keywords: History. Gender Identity. Medicine. Travesti. Transsexual.

1 INTRODUÇÃO

A elaboração do presente artigo é fruto de uma investigação doutoral sobre a realidade social das travestis trabalhadoras do sexual em Portugal. Durante a trabalho etnográfico desenvolvido ao longo de cinco anos junto dos diferentes contextos sociais em que estas se moviam, observou-se que, contrariamente às expressões “trans” ou “transgênero” que a literatura científica emprega (Ekins; King, 2006; Hines, 2007; Saleiro, 2013; Stryker, 2008), referiam-se a si – ou a outras pessoas do sexo masculino, que se exprimiam temporária ou permanentemente no feminino, fundamentalmente nos contextos de prostituição – como “travestis”. Tendo por base esta constatação, sentiu-se a necessidade de conhecer as primeiras perspetivas teóricas que tentaram explicar os “problemas” de gênero e que favoreceram o surgimento das categorias “travesti” e “transexual”. Para tal, foi desenvolvido um estudo de natureza qualitativa, através de técnicas de pesquisa documental e bibliográfica (Bowen, 2009), focadas na revisão e análise historiográfica sobre o tema.

O artigo encontra-se estruturado em cinco importantes seções: na seção 2 é dado a conhecer o interesse inicial da medicina por sujeitos com características anatómicas ambíguas e a tentativa de interpretar corpos que não podiam ser classificados inteiramente como machos ou fêmeas por se encontrarem em posição indefinida. Na seção 3 apresenta-se o contexto do surgimento das categorias “travesti” e “transexual” e, na seção 4, a forma como é que estas foram diferenciadas e estabelecida a padronização do seu diagnóstico, etiologia e tratamento. Na seção 5 discute-se o processo de patologização oficial dos “desviantes” de gênero com a introdução, como categoria psiquiátrica, do “travestismo” e “transexualismo” no Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM) da American Psychiatric Association (APA) e Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID) da Organização Mundial de Saúde (OMS). Por fim, na seção 6, elabora-se as considerações finais, destacando-se o papel central da medicina na estigmatização e exclusão social de determinados indivíduos e reafirmação do binarismo de gênero. Na intenção de possibilitar uma compreensão retrospectiva da produção histórica das categorias “travesti” e “transexual”, será feito uso deliberado dos termos e classificações empregues pela literatura médica ao longo das diferentes épocas até à atualidade.

2 O “MODELO MÉDICO” E A PROCURA PELA “NORMALIZAÇÃO” DE GÊNERO E SEXUAL

As primeiras teorizações sobre travestis e transexuais resultaram no que Kando (1973, p. 139-140) qualificou como o “modelo médico” (p. 139-140). Este modelo procurava explicar as causas dessa

conduta “patológica” com base em perspectivas biológicas, psicanalíticas, de aprendizagem social ou de desenvolvimento cognitivo. Foi na figura do *hermafrodita* — então entendida como pessoa nascida com características anatômicas ambíguas, incorporando aspectos da fisiologia masculina e feminina (como órgãos genitais externos e/ou sistema reprodutivo interno atípicos, não considerados “padrão”) — que a medicina começou a focar primeiramente a sua atenção (Dreger, 1998), procurando interpretar corpos que não podiam ser classificados inteiramente como machos ou fêmeas, por se encontrarem em posição indefinida. Credo que todas as pessoas deveriam possuir apenas um sexo e que ninguém poderia ser, em simultâneo, macho e fêmea – pensamento que nem sempre existiu nalgumas sociedades onde, por exemplo, se admitia que hermafroditas tivessem dois sexos até determinada idade (Fausto-Sterling, 1993; Garaizabal, 1998) –, as ciências médicas empreenderam esforços para descobrir, na fisiologia humana, o “verdadeiro sexo” dos hermafroditas (Foucault, 1978/1983). No final do século XIX, com o desenvolvimento da cirurgia e da microscopia, acreditou-se ter encontrado o elemento que eliminaria qualquer ambiguidade entre homens e mulheres: a presença de testículos e ovários (Hausman, 1992; Leite Júnior, 2008, p. 62). Como tal, a maioria dos hermafroditas que, até então, eram considerados possuidores de dois sexos justapostos, não passariam de homens com caracteres femininos ou vice-versa. Sendo os “verdadeiros” hermafroditas (aqueles que apresentariam tecido ovariano e testicular) raros, instituiu-se a designação *pseudo-hermafrodita* para identificar indivíduos que estariam equivocados quanto à sua “real” condição sexual, passando a medicina a atribuir um único sexo a cada pseudo-hermafrodita, permitindo que passassem a ser definidos por ele.

No início do século XX, com o desenvolvimento da genética e a descoberta de uma variedade de causas fisiológicas (cromossômicas, hormonais, gonadais ou fenotípicas, entre outras), a tentativa de se encontrar um só e infalível critério que permitisse indicar o “sexo verdadeiro” de um pseudo-hermafrodita começou a ser substituída pela ideia do “sexo ótimo” (Money, 1955a), expresso na escolha do “tipo de sexo” mais apropriado ou vantajoso para o sujeito dada a sua morfologia anatômica. Com os avanços da anestesia, da cirurgia plástica, da embriologia e da endocrinologia passou a ser possível a realização de intervenções médicas nos seus corpos, sendo os primeiros protocolos dedicados a regular este tipo de “tratamento” formulados na Johns Hopkins University, nos Estados Unidos, na década de 1920.

No seguimento da conceptualização sobre os hermafroditas, começou a nascer, no final do século XIX, a ideia de “inversão sexual”, a partir da qual se originou a identidade “homossexual”, “travesti”, “transexual”, entre outras. Para as ciências sexuais, o que definia aquilo a que hoje designamos por “gênero” e “sexualidade” dos sujeitos era o seu sexo biológico. Deste modo, as pessoas que apresentavam uma atração afetivo-sexual por alguém do mesmo sexo passaram a ser entendidas como

hermafroditas psíquicos — ou, como descreveu Foucault (1976/1994, p. 47) uma espécie de “*andróginos interiores*”, “*hermafroditas da alma*” — uma vez que a sua “anomalia” não residia no corpo, mas sim na mente. A figura do *homossexual*¹ representava o grau máximo de hermafroditismo psíquico, dado que o comportamento sexual era “inverso” à normatividade instituída. Como esse comportamento não correspondia às características sexuais físicas primárias e secundárias, apesar de estas apresentarem uma atividade e um desenvolvimento “normais”, entendia-se haver uma “anomalia psíquica”. A influente obra do psiquiatra Richard von Krafft-Ebing, *Psychopathia Sexualis* (1886/1933), é um exemplo brilhante de como, na altura, a medicina narrava os indivíduos homossexuais como portadores de um instinto sexual contrário ou invertido, uma vez que as suas práticas não tinham o propósito da reprodução.

Esta relação entre hermafroditismo e homossexualidade era tão estreita, que o advogado e teólogo alemão Karl Heinrich Ulrichs — considerado o primeiro autoproclamado homossexual do mundo moderno e um pioneiro do movimento dos direitos homossexuais — chegou a autodescrever-se num dos seus ensaios sobre *uranianos* (nome usado por ele para designar homens homossexuais) como sendo alguém com uma “*alma feminina confinada num corpo masculino*” (Kennedy, 2005, p. 124). Tal não significava que Ulrichs se considerasse uma mulher ou um hermafrodita, mas a sua atração por homens inseria-o na lógica societária de que as mulheres desejariam o “oposto”, e vice-versa. Ora, indivíduos como Ulrichs, que possuíam um “instinto sexual feminino” (e, por isso, “invertido”) acabavam por não ser detentores de todas as características masculinas que poderiam fazer deles “verdadeiros homens” e, com efeito, eram observados como uma espécie híbrida: metade homem, metade mulher; hermafroditas mentais; sujeitos que não pertenciam totalmente a um dos sexos.

3 O SURGIMENTO DAS CATEGORIAS “TRAVESTI” E “TRANSEXUAL”

O psiquiatra Carl von Westphal foi um dos pioneiros a relatar, num artigo científico de 1869, o caso de um homem e uma mulher que se vestiam com roupas do sexo oposto desde a infância (Bullough; Bullough, 1993, p. 204). No entanto, foi o médico e sexólogo alemão Magnus Hirschfeld, autodeclarado

¹ Termo cunhado, em 1869, por Karl Maria Kertbeny num panfleto contra as leis que proibiam a “pederastia” e a “fornicação antinatural”. Curiosamente, só mais tarde, em 1892, é que se utilizou pela primeira vez o termo *heterossexual*, introduzido pelo médico James Kiernan não para determinar a normalidade sexual, mas para descrever o comportamento “perverso” de se praticar sexo sem ser por fins de procriação. O desejo pelo sexo oposto com vista à gratificação sexual foi, até à década de 1920, considerado “anormal”. O facto de este termo ter surgido posteriormente ao de homossexual ajuda a esclarecer que a heterossexualidade só veio a ser definida em função do comportamento que, então, passou a ser visto como “desviante”. Foi neste processo de criação de desejos opostos, que se constituiu a “norma” sexual e a sua “inversão”.

homossexual, quem utilizou pela primeira vez, na sua extensa obra *Die Transvestiten* (1910), o termo *transvestiten*. Nela apresentou 16 casos clínicos de homens e um de uma mulher (a maior parte deles pacientes seus) que, de forma temporária ou permanente, faziam uso de roupas associadas ao outro sexo, para diferenciarem o fenômeno de outros comportamentos sexuais. O termo resultou da junção do termo latim *trans* ("cruzar", "transpor", "sobrepôr") e *vestis* ("vestes", "roupas"), expressando o ato de "cruzar o vestuário", "trocar a vestimenta". *Transvestiten* foi traduzido posteriormente, em inglês, para *transvestite* (Hirschfeld, 1910/1991) e, em português, para *transvestido* (Aguilar, 1926, p. 14) (derivando mais tarde na expressão *travesti*).

Reconhecendo a existência de *intermediários sexuais* (Hirschfeld, 1935/1966), ou seja, pessoas que não eram inteiramente homens/masculinos ou mulheres/femininas, Hirschfeld (1910/1991) empregou o termo *transvestiten* para abarcar diferentes identidades que, de acordo com os dez perfis elaborados, iam desde o "*transvestiten* automonossexual" (indivíduos que se masturbavam diante da sua imagem travestida) até ao "*transvestiten* completo" (indivíduos que apresentavam o desejo de proceder a cirurgia de mudança de sexo). Em termos de comportamento sexual, Hirschfeld observou que a maioria dos homens "transvestidos" manifestava um evidente interesse sexual por pessoas do sexo oposto. Essa descoberta foi, talvez, um dos aspectos mais importantes da sua obra, por dissociar a homossexualidade do "transvestismo", defendendo que a atração por pessoas do mesmo sexo não estava necessariamente associada ao uso de roupas femininas, sendo uma condição que ocorria independente desta e que devia ser entendida de forma separada, o que provocou um forte abalo no pensamento científico da altura, de acordo com o qual se um homem sentia certa compulsão para usar roupas de mulher era porque, provavelmente, possuía um "instinto sexual feminino" e, como tal, deveria sentir atração sexual por outros homens, como esperado numa mulher.

Em 1913, o sexólogo inglês Havelock Ellis criticou a designação *transvestiten* concebida por Hirschfeld, por considerá-la limitadora, na medida em que a sobrevalorização do ato de vestir roupas do sexo oposto reduzia um fenômeno carregado de nuances a esse único aspecto. Entendendo que ele era apenas uma das suas dimensões, propôs então, na publicação *Studies in the Psychology of Sex* (1928/1936), o termo *inversão sexo-estética*, alterando-o posteriormente para *eonismo*², a fim de também abarcar certos sujeitos que, embora "menos comuns", eram "mais completos", por se identificarem com

² Termo inspirado na figura histórica do Cavaleiro d'Eon de Beaumont (1728-1810), espião e diplomata de Luís XV que durante 49 anos viveu como homem e desenvolveu ocupações masculinas, mas atendendo às suas características físicas andróginas foi recrutado pela corte francesa para prosseguir missões secretas, infiltrado de mulher. Após a morte de Luís XV, e durante 33 anos, continuou a viver em permanência no feminino (GREEN, 1966).

os traços físicos, psíquicos e comportamentais do sexo oposto, ao qual sentiam realmente pertencer. De forma a classificar distintamente este subgrupo de sujeitos, empregou, em 1923, num estudo sobre *intersexuais*³, a expressão *transexualismo psíquico* (do alemão *seelischer transexualismus*) para dar conta de um conjunto de pessoas cujo “sexo da alma” (sexo que cada indivíduo acreditava possuir) não apresentava conformidade com o sexo biológico.

Apesar das divergências semânticas quanto à nomeação da categoria concebida por Hirschfeld e Ellis, refletindo o seu estado embrionário de formação, as teorizações que ambos levaram a cabo contribuíram para produzir duas distinções vanguardistas: a primeira foi a separação entre “transvestismo” e “homossexualidade”, refutando a sua conceção, inicialmente proposta por Krafft-Ebing (1886/1933), enquanto fenómenos dependentes um do outro e instaurando a distinção entre desejo sexual e “sexo psicológico” (aquilo que hoje designaríamos por *orientação sexual e identidade de gênero*); a segunda foi a identificação do “transexualismo” (assim designado na altura) como um subgrupo dentro do “transvestismo”.

Embora Hirschfeld (1923) tenha utilizado o termo *transexualismo psíquico*, é ao sexólogo americano David O. Cauldwell que se atribui o estatuto de pioneiro na utilização dos termos *transexual* e *transexualismo*, com a publicação do artigo *Psychopathia Transexualis* (1949), onde abordou o caso de uma rapariga que se desejava masculinizar (Ekins; King, 2001). Cauldwell fez uso desses termos para se referir a indivíduos que ambicionavam assemelhar-se a membros do sexo oposto, desejando inclusive proceder a alterações das suas características físicas e anatómicas, reflexo de uma condição psicológica “doente” e “desfavoravelmente afetada”. Esses termos parecem não ter causado muito impacto na comunidade médica e social da sociedade ocidental até meados da década de 1950, altura em que começaram a ser divulgados casos de indivíduos que se tinham submetido a cirurgias de “mudanças de sexo” por sentirem, de alguma forma, que a natureza tinha cometido “um erro” ao conceder-lhes um “corpo errado”. O mais famoso foi o de George William, que em 1952 se transformou em Christine Jorgensen⁴,

³ Termo cunhado pelo médico inglês Richard Goldschmidt, em 1917, para substituir a expressão “hermafrodita”, cujo entendimento era um pouco confuso (DREGER, 1998)

⁴ As cirurgias de “mudança de sexo” já eram praticadas antes desta data, mas passaram despercebidas por falta de mediatização. Bullough e Bullough (1993) referem que a primeira cirurgia foi a de Sophia Hedwing, em 1882, no âmbito do tratamento de pseudo-hermafroditas (p. 255). Já a primeira transformação completa (de homem para mulher) foi, segundo Susan Stryker (2008, p. 39), realizada a Dora Richter, entre 1922 e 1931, em Berlim, tendo o seu cirurgião, Felix Abraham, documentado o caso em 1931, num artigo científico em língua alemã, publicado em inglês em 1997. Em 1933 foi também publicado o livro *Man Into Woman*, de Niels Hoyer, que narra a história de Einar Wegener, um pintor dinamarquês que, no final dos anos 20, sofreu várias operações de “mudança de sexo”, tendo-se transformado em Lili Elbe.

tendo ficado mundialmente conhecida após ter sido noticiada no *New York Daily News* sob o título "*Ex-militar transforma-se em beleza loira*". Aproveitando a oportunidade mediática, Jorgensen vendeu a sua história à imprensa sensacionalista, tornando-se uma celebridade internacional. Mais tarde, escreveu a sua autobiografia (Jorgensen, 1967). Devido à notoriedade do caso, o endocrinologista dinamarquês Christian Hamburger e colegas (médicos responsáveis pela cirurgia) receberam grande número de cartas de pessoas desesperadas que se identificaram com a história de Jorgensen (Hamburger, 1953) e que, ao reconhecerem pela primeira vez que não estavam sozinhas, solicitavam ajuda para conseguirem, como diríamos hoje, "adequar o corpo à identidade de gênero". Considerando que o propósito da medicina era o de propiciar as condições necessárias para que os pacientes encontrassem um equilíbrio mental, Hamburger e colegas entendiam que deveria ser realizado um esforço terapêutico para reduzir o seu desânimo e infelicidade e tornar as suas vidas o mais toleráveis possível. É neste entendimento que, em 1953, publicam o artigo *Transvestism: Hormonal, Psychiatric and Surgical Treatment*, no qual recomendam a realização de alterações cirúrgicas e endócrinas aos "verdadeiros transvestidos" (*genuine transvestism*), dado terem à sua disposição uma oferta de tecnologias e práticas médicas em fase experimental, particularmente no domínio da endocrinologia e da cirurgia plástica, em resultado da Segunda Guerra Mundial (Hausman, 1992, 1995), que faziam do desejo de alguns pacientes uma possibilidade concreta. Ao considerarem que o "sexo cromossômico" seria inalterado e, conseqüentemente, não era possível mudar o sexo destas pessoas, Hamburger e colegas acreditavam que o único procedimento terapêutico capaz de aliviar o sofrimento seria através da criação de uma aparência externa semelhante à de alguém do sexo oposto.

Sobre o "tratamento" de Jorgensen começaram, no entanto, a "chover críticas" por parte de opositores (alguns médicos, mas sobretudo profissionais da psicologia, da psiquiatria e da psicanálise) que, segundo King (1998, p. 136), interpretavam o "desejo de ser castrado" como sintoma de "esquizofrenia", "neurose" ou "evidente masoquismo", propondo que "as mentes anormais" fossem tratadas com uma "clássica, intensiva e prolongada psicoterapia" a fim de adaptá-las ao corpo e não ao contrário, uma vez que essas intervenções corporais, às quais eram totalmente contra, se constituíam como "mutilações" ou "amputações" de órgãos sãos.

A designação "verdadeiros transvestidos" utilizada neste período servia para diferenciar os sujeitos de outros tipos: o *fetichista* (que, em consequência de uma obsessão neurótica, tendia a concentrar-se num ou mais artigos de roupa, desenvolvendo um interesse erótico em se travestir) ou o *homossexual masculino* (homossexual do tipo passivo que manifestava desejo de vestir roupas femininas). Embora alguns autores reconhecessem a designação "transexual" na literatura sexológica, a maioria continuava a

descrever os sujeitos que desejavam uma “mudança de sexo” como “transvestidos”, de tal maneira que o “transvestismo” chegou a ser definido exclusivamente por esse desejo. Até então, parecia não haver uma clara distinção entre “transvestismo” e “transexualismo”. A tipologia existente era a dos “transvestidos”, alguns dos quais solicitavam operações de “mudança de sexo” (King, 1998).

É a partir das obras do médico norte-americano de origem alemã Harry Benjamin (1953, 1954) que a diferenciação e independência conceptual entre “transvestismo” e “transexualismo” começa a ser esboçada. Benjamin, que desde os anos 20 tinha vindo a observar inúmeros casos de pessoas que se vestiam com roupas do sexo oposto, reconheceu uma distinção entre “transvestidos” e “transexuais” focada fundamentalmente na relação que cada qual mantinha com os órgãos sexuais. Enquanto no “transvestismo” havia uma representação do papel sexual contrário, não existindo um desejo de alteração dos genitais, por estes serem fonte de prazer, no “transexualismo” existia um intento de *ser e funcionar* como alguém do sexo oposto, conduzindo os sujeitos a ambicionarem a aquisição de características físicas, emocionais e/ou sexuais associadas ao sexo a que sentiam pertencer, e se predisporem à realização de cirurgias “corretivas” para corrigirem o “erro anatómico”. O sentimento de grande infelicidade que as pessoas “transexuais” apresentavam podia ser explicado pelo forte desconforto sentido em relação à genitália, que se encontrava em total desacordo com a sua “mente”. Como tal, designava como “transexuais” aqueles que exprimiam um desejo intenso, por vezes obsessivo, de mudar completamente a sua estrutura orgânica.

Benjamin acreditava que o sistema glandular apresentava enorme relevância no campo da sexologia e, como tal, o “sexo psicológico” dos “transvestidos” e “transexuais” poderia ser explicado como uma condição genética e/ou endocrinológica (relacionada com a existência de determinadas hormonas, gónadas, cromossomas ou outras variáveis físicas). Já o psicólogo John Money — que se encontrava envolvido no estudo e compreensão do hermafroditismo⁵, juntamente com os psiquiatras John e Joan Hampson da John Hopkins University em Nova Iorque, onde trabalhavam, e com os quais iniciou a produção de teoria sobre a temática (Money, 1955; Money, Hampson, & Hampson, 1955a,B, 1956, 1957), em decorrência do acompanhamento realizado a 105 pacientes hermafroditas — preconizava que o “sexo psicológico” ou *gênero* — conceito cunhado por ele para designar o conjunto de características psicológicas e comportamentais que os indivíduos demonstravam para revelar a representação e o sentimento de si como homens ou mulheres — não era inato à biologia, mas produto de um processo de aprendizagem e condicionamento, similar à aquisição da linguagem ou o *imprinting*

⁵ Tema sobre a qual recaiu a sua tese doutoral *Hermaphroditism: An Inquiry Into The Nature of Human Paradox* (1952).

dos modelos de conduta, assegurado por diferentes instituições através de mecanismos que instituíam a polarização dos sujeitos em masculinos e femininos. Crente de que a experiência pessoal e subjetiva do gênero podia ser aprendida (e, por isso, modificável) até aos dois anos de idade (altura em que ela estaria totalmente definida), recomendava a realização de intervenções cirúrgicas em recém-nascidos e crianças até aos dois anos de idade com aparatos genitais ambíguos com o objetivo de se promover um “correto” ajustamento da sua fisiologia e reconduzi-las à normalização do sistema sexual binário, desde que acompanhadas de uma persistente educação centrada na aprendizagem dos “papéis de gênero” (*gender role*) — conceito paralelo ao de “papéis sexuais”, de Talcott Parsons (1956/2007) —, isto é, dos comportamentos associados à masculinidade e à feminilidade, de forma a ser edificada uma conduta de gênero coerente com o novo sexo entretanto atribuído.

Ao afirmar que, durante o processo de socialização, a educação tinha um papel fundamental na formação do gênero, Money preconizou uma ideia revolucionária: a de que o “gênero” não era uma derivação absoluta do “sexo”, nem estaria necessariamente relacionado com ele, como até então se pensava. O “gênero” seria uma categoria cultural determinada por aspetos psicológicos e sociais, enquanto o “sexo” seria uma categoria de ordem biológica, o que significava que o desenvolvimento de uma identidade masculina ou feminina podia acontecer independentemente do corpo fisiológico, existindo relativa independência entre “sexo” e “gênero”. O seu pensamento, ainda que construtivista, apresentava, no entanto, noções essencialistas, ao situar a “masculinidade” e a “feminilidade” dentro de papéis normativos rígidos, e o “gênero” e a “sexualidade” dentro da matriz heterossexual, uma vez que, no seu entendimento, a correção dos genitais das crianças hermafroditas tinha como objetivo assegurar a diferença dos sexos e manter a heterossexualidade entre os sujeitos. Esta teoria teve grande reconhecimento na comunidade científica, acabando por ser “adaptada” às pessoas “transexuais” que, atendendo à manifesta incongruência entre o “sexo” e o “papel de gênero” que se esperava delas, passaram a ser caracterizadas como portadoras de uma “inversão” de gênero, causada por um processo socializador “disfuncional”.

Baseado nos conceitos de Money, o psiquiatra e psicanalista Robert Stoller formulou, em 1964, o conceito de *identidade de gênero* para designar a percepção interna de se ser homem/mulher, masculino/feminino. Na sua obra *Sex and Gender* (1968), defende que a *identidade nuclear de gênero* é construída, através de influências biológicas e hormonais presentes desde a vida fetal. A conduta parental teria a capacidade de atuar e influenciar a identidade de gênero das crianças, que, por volta dos 3 anos de idade, já seria imutável. A justificação para os problemas de gênero, como o “transvestismo” ou o “transexualismo”, estariam, assim, intimamente relacionados com conflitos intrapsíquicos surgidos dentro da dinâmica

familiar. Para Stoller (1974), o “transvestismo” teria a sua origem num trauma de infância relacionado com um ataque à masculinidade por parte de uma mulher (geralmente a mãe) que teria obrigado a criança a vestir roupas femininas. Em adulto, vingar-se-ia da humilhação a que tinha sido sujeito, vestindo-se de mulher para sublinhar a sua virilidade inabalável e apaziguar o seu “medo de castração”. No que respeita ao “transexualismo” masculino, Stoller entendia que a mãe do transexual, detentora de uma feminilidade desvalorizada, revelava um desejo inconsciente de ser homem, fundamentado na “inveja do pênis” (conceito freudiano), pelo que escolheria um parceiro submisso e distante, que não serviria de referência masculina para o filho. Com o nascimento deste, iniciava-se um processo de transferência desse seu desejo por via do estabelecimento de uma ligação extremada e excessiva com ele. Com efeito, o filho, não conseguindo superar esta “simbiose” emocional, acabava por não executar o “complexo de Édipo” (outro conceito freudiano central). Já a explicação para o “transexualismo” feminino se encontraria numa interrupção prematura da simbiose mãe-bebê e estimulação precoce pelos pais-homens, que teriam servido de modelo de identificação, não possibilitando a cumprimento do “complexo de Electra” (conceito neofreudiano proposto por Carl Jung, equivalente feminino do “complexo de Édipo”). Esta tese conduziu à conceptualização das pessoas transexuais como portadoras de um “distúrbio”, na medida em que teriam desenvolvido uma identidade de gênero “anormal”.

É a partir do surgimento destas duas correntes teóricas explicativas dos “problemas de gênero” — *as biológicas*, relacionadas com o funcionamento endocrinológico do corpo, e *as psicanalíticas*, relacionadas com o papel da educação na formação da identidade de gênero — que emergiram propostas distintas para “tratar” o “transexualismo”. Alguns psicanalistas acreditavam na necessidade de submeter os/as transexuais a terapia intensa para induzirem o conflito de Édipo/Electra e fazer com que a masculinidade/feminilidade “roubada” pela mãe pudesse surgir. Benjamin (1953), por sua vez, ao acreditar que a identidade de gênero seria inalterável, considerava as psicoterapias (em especial a psicanálise e as suas explicações relacionadas com a “socialização disfuncional” ou o “complexo de castração”) uma “perda de tempo” para “tratar” transexuais. Para ele, e à semelhança de Hamburger, a única terapêutica possível seria a modificação do corpo, através de uma cirurgia de reatribuição sexual, com o intuito de adequar a forma como a pessoa se via e conseguir a desejada coerência entre “sexo” e “gênero”. A psicoterapia, quando muito, ajudaria a adaptar os/as transexuais à sua nova condição. Embora fosse apologista do tratamento cirúrgico, considerava que o “sexo genético” não podia ser alterado; o que seria modificado seriam as “características sexuais secundárias”, de forma a alinhá-las com as definições normativas de gênero. A defesa acérrima da legitimidade do “tratamento” cirúrgico levou-o a estabelecer critérios de diagnóstico — estabelecidos com base em características inferidas como sendo partilhadas por todos/

as os/as transexuais — para identificar e reconhecer, com precisão, os “verdadeiros transexuais”, ou seja, os sujeitos elegíveis que se poderiam submeter a ele. Em substituição da anterior busca pelo “verdadeiro sexo”, iniciou-se, assim, uma busca por encontrar o “verdadeiro gênero”.

4 DA TENTATIVA DE IDENTIFICAR O “VERDADEIRO TRANSEXUAL”

Na famosa obra *The Transsexual Phenomenon* (1966), uma das mais importantes sobre o tema, Benjamin forneceu as bases para a constituição desse diagnóstico, ajudando profissionais a diferenciar os “fenômenos” a partir de uma escala que classificava seis tipos de pessoas em função do seu nível de indefinição de gênero, ordenadas numa espécie de “*continuum* comportamental”, cujos extremos eram dados pelo “pseudo-transvestismo” e pelo “transexualismo”, ocupando o “transvestismo” um lugar intermédio (e indefinido) entre eles (Tabela 1).

Tabela 1: Escala de Indefinição de Gênero de Benjamin (1966)

Grupo	Tipo	Classificação	Definição
1	I	Pseudo-transvestido	Pessoa que se veste esporadicamente com roupas do sexo oposto.
	II	Transvestido fetichista	Pessoa que se veste periodicamente com roupas do sexo oposto para obter gratificação sexual por via da masturbação.
	III	Transvestido verdadeiro	Pessoa que se veste constantemente com roupas do sexo oposto, mas que rejeita, no momento, proceder a alterações corporais. No futuro, a ideia pode ser atrativa. O transexualismo poderá estar latente.
2	IV	Transexual não cirúrgico	Pessoa que, sempre que possível, se veste como alguém do sexo oposto. Pode viver como homem ou mulher, ou flutuar entre a identidade masculina e a feminina. É representada como “indecisa”.
3	V	Transexual (intensidade moderada)	Pessoa que se encontra “presa num corpo errado”. Se possível, vive e trabalha como alguém do sexo oposto. Mas essa prática concede um alívio insuficiente ao seu desconforto de gênero. Apresenta desejo de se submeter a intervenções cirúrgicas e algumas são efetivadas.
	VI	Transexual (intensidade alta)	Pessoa que apresenta uma total inversão psicosexual. Pode viver e trabalhar como alguém do sexo oposto. Mas essa prática concede um alívio insuficiente ao seu intenso desconforto de gênero. Há uma manifesta orientação heterossexual ⁶ . A genitália é fonte de angústia e rejeição. Existe risco de suicídio ou de automutilação se o sofrimento for duradouro.

Fonte: Elaboração própria, baseada em Benjamin (1966)

⁶ A orientação sexual era definida por relação com identidade de gênero, e não com o sexo anatômico. Desse modo, uma mulher transexual, ainda que não tivesse efetuado qualquer intervenção corporal (nem mesmo na expressão de gênero), ou seja, mesmo parecendo um homem estereotípico, ao se sentir atraída sexualmente por homens, seria considerada uma “mulher heterossexual” e não um “homem homossexual”.

Ainda que o “transvestismo” e o “transexualismo” fossem observados como fenômenos distintos, eram percebidos como graduações de um “distúrbio da normal orientação do sexo e do gênero”, em que o primeiro era a manifestação de um sintoma mais “ligeiro”, porém recorrente, e o segundo mais “agudo”, mas menos frequente em termos de prevalência. Como tal, para os “transvestidos” (tipo II e III), Benjamin recomendava um tratamento baseado na psicoterapia; para quem oscilasse entre o “transvestismo” e o “transexualismo” (tipo IV), sugeria o tratamento hormonal; e para quem revelasse um forte desejo interno de pertencer ao sexo oposto (tipo V e VI), indicava, além da ajuda psicológica e hormonal, a cirurgia de “mudança de sexo”. Todavia, a atribuição de um diagnóstico não tinha um caráter estático, porque, ainda que alguns sujeitos se situassem num determinado tipo, havia quem oscilasse de um tipo para outro em diferentes momentos da vida ou exibisse uma trajetória evolutiva ao longo dos diferentes grupos.

Nesta escala, as pessoas “transvestidas” eram analisadas em torno da díade “verdadeira”/“falsa” (pseudo), enquanto as “transexuais” eram analisadas em torno da dimensão “intensidade”, porque, segundo o sociólogo Jorge Leite Júnior, na visão de Benjamin “*não existia a priori uma ‘pseudo’-transexual, pois se assim fosse, ela não seria classificada como tal, e sim, provavelmente, como travesti*” (2008, p. 148). Por isso, todos os sujeitos que, de alguma forma, não reunissem as características definidoras da identidade “transexual” eram percebidos como “transvestidos” ou “falsos transexuais”. Uma dessas características era, como vimos, a relação de abjeção com a genitália, expressa na dificuldade em tocar e/ou obter prazer sexual com ela. Em situações extremas, a sensação de “injustiça genética” podia conduzir ao desejo recorrente de automutilação para se “livrar” definitivamente dessa genitália e sanar a divergência entre o corpo físico e o “sexo psíquico”. Outra característica era a manifestação de uma orientação heterossexual. Alguém que nascesse do sexo masculino e revelasse uma “total inversão psicosssexual” deveria, pois, sentir-se atraído por homens e demonstrar interesse pela passividade. De acordo com o ordenamento binário, se a “mulher verdadeira” era necessariamente heterossexual/passiva, então, alguém que afirmasse e/ou tivesse a profunda convicção de “ser mulher num corpo de homem” também deveria sê-lo. No relacionamento com homens, jamais se sentiria homossexual, porque a sedução não seria executada com base no “disfarce de mulher”, mas no “sentimento” de ser efetivamente mulher (Oliveira, 1994, p. 40). Caso contrário, a proximidade com a homossexualidade que o seu comportamento evidenciaria (e de que devia demarcar-se), seria razão para ser identificado como “falso transexual” e, conseqüentemente, excluído como candidato às cirurgias. Na verdade, a ideia de que os indivíduos “mais indicados” para as cirurgias eram aqueles que mantinham a heterossexualidade (em parte, já partilhada por Money e os Hampson no que respeita ao “tratamento” dos hermafroditas) servia justamente para,

na visão da socióloga Berenice Bento (2006a, p. 25), possibilitar o exercício de uma sexualidade “normal”, com o órgão “apropriado”.

A obra *The Transsexual Phenomenon* tornou-se uma das primeiras ferramentas conceituais não só para a padronização do diagnóstico, da etiologia e do tratamento do “transexualismo”, como também para o desenvolvimento das teorias da identidade de gênero dos anos seguintes. Após a sua publicação, o termo “transexual” popularizou-se no contexto psicomédico e foi amplamente utilizado nos estudos científicos subsequentes (razão pela qual Benjamin tende a ser referenciado como o “fundador do transexualismo euro-americano contemporâneo”, ainda que o termo tenha sido cunhado por Cauldwell). Por sua vez, o termo “transvestido” foi sendo relegado para segundo plano, ao ponto de chegar a desaparecer praticamente da literatura profissional (King, 1998, p. 147). Os discursos sobre o “transvestismo” passaram a estar cada vez mais associados às perversões sexuais e às parafilias, em especial ao *fetichismo* e ao *masoquismo* (Leite Júnior, 2008, p. 142; King, 1998, p. 147) e, por isso, percebido como uma categoria de gênero “menos importante” (Saleiro, 2013, p. 26), o que permitiu ao “transexualismo” constituir-se como a “desordem de gênero” de eleição das ciências psicomédicas a partir da qual se podia garantir o restabelecimento da coerência entre “sexo”, “gênero” e “sexualidade” e, conseqüentemente, a conformidade de alguns sujeitos ao sistema binário. As restantes identidades que, de alguma maneira, se afastavam desse binarismo foram sendo esquecidas, em boa parte pela dificuldade de serem “explicadas” e/ou “curadas” pela medicina.

É a partir do conjunto de características inicialmente propostas por Benjamin para diferenciar pessoas em função do seu nível de indefinição de gênero que a noção de “verdadeiro transexual” começa a ser arquitetada. Durante as décadas de 1960 e 1970, essa noção foi sendo consolidada, à medida que a tendência cirúrgica se intensificou — em resultado da abertura de clínicas de “reorientação de gênero”, grande parte delas ligada a universidades — e que foram surgindo associações internacionais (como a Harry Benjamin Association, por exemplo) dedicadas a produzir conhecimentos sobre o assunto. Os profissionais passaram assim a utilizar (e, com efeito, a universalizar) a categoria “verdadeiro transexual” para se referirem a pessoas que: (a) apresentavam, desde a infância, uma consistente identificação com o gênero oposto; (b) revelavam uma mínima ou nenhuma excitação sexual associada à prática de vestir roupas do sexo oposto; e (c) detinham uma repulsa pelo comportamento homossexual (HBIGDA, 2001, p. 3-4).

Os profissionais esperavam que a administração de “tratamentos” a estas pessoas lhes possibilitasse reduzir o sofrimento resultante da sua identidade de gênero “atípica”. Mas para garantirem que os “tratamentos” eram dirigidos unicamente a pacientes mentalmente sãos, não “psicóticos”,

estes deviam ser submetidos a sessões exaustivas e prolongadas de avaliação, para se escrutinar a convicção de pertencerem ao gênero oposto e o desejo de serem submetidos a uma operação genital. A persistência e a coerência da narrativa dos pacientes eram indicadores de diagnóstico extremamente importantes que permitiam, por um lado, distinguir o “transexual” do “homossexual efeminado” ou do “transvestido” (que, embora exibissem comportamentos similares, repudiavam a ideia da perda do pênis) e, por outro, assegurar, com algum grau de fiabilidade, que reiterariam as normas binárias de gênero e que não haveria arrependimentos depois da cirurgia. Com o desenvolvimento de uma série de instrumentos adicionais de avaliação diagnóstica, como a *Escala de Imagem Corporal* (1975) de Thomas Lindgren e Ira Pauly, que media o nível de insatisfação com várias partes do corpo, incluindo os órgãos genitais, as mamas, a barba, etc., a administração de “tratamentos” foi sendo cada vez mais restritiva, direcionada a pacientes, rigorosamente selecionados, que mostrassem cumprir com todos critérios para poderem ser classificados como “verdadeiros transexuais” e, conseqüentemente, estarem aptos para as cirurgias de “mudança de sexo”. Além dos já acima explicitados, a idade da manifestação do desejo de “mudar de sexo” e o grau de masculinidade/feminilidade apresentado também começaram a ser fatores influenciadores da atribuição desse diagnóstico. Os indivíduos que experienciassem, desde a infância, um forte sentimento de pertença ao outro gênero, procurando vestir-se e comportar-se como tal; que eram *assexuais* ou sentiam atração sexual por pessoas do sexo oposto àquele com que se identificavam; que detestassem os seus genitais, especialmente a partir da puberdade, com o aparecimento dos caracteres sexuais secundários (descritos por Person e Ovesey, 1974a, como *transexuais primários*) eram vistos como estando “mais aptos” para cirurgia do que os indivíduos que apresentavam esse sentimento num período mais tardio da sua vida, decorrente de um quadro evolutivo de “homossexualidade” ou “transvestismo ativo” (descritos por Person e Ovesey, 1974b, como *transexuais secundários*). O mesmo ocorria com os indivíduos que apresentassem diferenciados graus de masculinidade/feminilidade. Os que se afastassem dos “estereótipos de gênero” (Goffman, 1977, p. 319) estabelecidos como “apropriados” para um homem e uma mulher e não atuassem satisfatoriamente como membros do sexo oposto na “estilística corporal” (Butler, 1990) poderiam ver recusado o acesso à cirurgia.⁷ Tal significa que uma aparência física discrepante com o estereótipo de gênero a que se reclamava pertencer era um “sinal

⁷ Sobre este aspeto, Stoller (1968/1984) declarou que as cirurgias deviam ser restringidas a “homens mais femininos”, que “expressassem essa feminilidade desde a infância” e que “não tivessem vivido períodos de vida como homens masculinos” (p. 251). Saleiro (2013, p. 33) também faz referência a autores que davam conta de relatórios de reuniões entre clínicos, da altura, onde se evidenciava que homens “com muita barba” estariam menos qualificados para a cirurgia do que outros “de estatura mais pequena” e “com distribuição de pilosidade mais tipicamente feminina”.

de alarme” (Billings; Urban, 1982, p. 110). Uma vez que a coerência de gênero estaria “na ausência de ambiguidades”, como afirmou a socióloga Berenice Bento (2006), “o olhar dos especialistas” estaria ali para “limpar, cortar, apontar, assinalar os excessos, fazer o trabalho de assepsia” (p. 61), retirando tudo o que pudesse “pôr em xeque um dos pilares fundantes das normas de gênero: o dimorfismo natural dos gêneros” (p. 68).

5 A PATOLOGIZAÇÃO DOS “DESVIANTES” DE GÊNERO

Na tentativa de se construir um diagnóstico que permitisse diferenciar o “verdadeiro transexual” de outros “desviantes” de gênero, as clínicas de “reorientação de gênero” que, entretanto, foram emergindo começaram a excluir pessoas que se encontravam fora de determinados critérios. Porém, os pacientes não demoraram muito tempo a reconhecer, a assimilar e a apropriar-se do discurso “oficial” que lhes daria acesso às terapias hormonais e aos procedimentos cirúrgicos. Dado que o diagnóstico não era determinado por indicadores orgânicos, mas pelas afirmações que proferiam, e tendo em conta que a sinceridade na descrição das suas narrativas pessoais podia ser “castigada” com uma avaliação desfavorável, estabeleciam um jogo de “convencimento pessoal” no qual reproduziam respostas conformistas que a equipa de sexologia — detentora do controlo ao acesso às tecnologias médicas — esperava ouvir para os satisfazer, na esperança de obterem autorização para realizarem a “mudança de sexo”.

À semelhança do que Stoller (1973) já havia notado — que a maioria dos pacientes “conhecia as respostas antes de serem realizadas as perguntas” (p. 536) (em grande medida, porque estavam bastante familiarizados com a literatura médica) — Norman Fisk (1974) reconheceu que, de forma repetida e sistemática, muitos pacientes mentiam e distorciam as suas histórias pessoais, ocultando informações e/ou performances que sabiam ser “problemáticas” para as equipas médicas, fornecendo uma narrativa biográfica “bem ensaiada e preparada” (p. 388) — centrada no discurso do “corpo errado” (Hines, 2007), do “sempre me senti assim” e do desejo de expressar o “verdadeiro eu” para “viver como um homem/ mulher normal” — e adotando “todos os sintomas do transexualismo clássico” (Fisk, 1974, p. 389) para conseguirem obter a transformação corporal desejada e alcançarem, por fim, a inteligibilidade social pela pertença a um determinado gênero — fenómeno que Bento (2006, p. 40) descreveu como “dispositivo da transexualidade” e Saleiro (2013, p. 29) como “narrativa clássica da transexualidade”. Com efeito, Fisk adotou, em 1973, em oposição ao termo *euforia de gênero* (referente ao sentimento de bem-estar com o próprio gênero), a designação *síndrome de disforia de gênero* para definir o profundo desconforto que

alguns sujeitos apresentavam, causado pela incongruência entre a sua identidade de gênero e o corpo sexuado, com o intuito de ampliar o número de indivíduos com indicação para tratamento, atendendo a que, até então, a preocupação incidira mais no estabelecimento de um rigoroso diagnóstico diferencial do que na avaliação do mal-estar psíquico dos pacientes.

No seguimento desta observação, a Harry Benjamin Association decide alterar, em 1979, a sua nomenclatura para Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association (HBIGDA) – atualmente designada por World Professional Association for Transgender Health (WPATH) – de modo a abarcar num conceito mais vasto que o de “transexualismo” inserindo o conjunto de indivíduos que experimentavam disforia de gênero. A adoção deste termo “guarda-chuva”, no qual se podiam incluir não só “transexuais”, mas também “transvestidos” e homossexuais efeminados, teve profundas implicações na prática médica, uma vez que grande parte dos sujeitos que anteriormente eram rejeitados para “tratamento”, segundo os critérios de Benjamin, se converteu em aspirantes legítimos. A intensidade da disforia, que indicava a gravidade da “perturbação” (posicionando “transexuais” em situação de maior “gravidade” do que os “transvestidos”), passou a corresponder ao critério principal de acesso aos procedimentos cirúrgicos. Em consequência, nesse mesmo ano, a HBIGDA iniciou a publicação dos *Standards of Care (SOC) for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People*, tido como um instrumento clínico que pretendia articular o consenso internacional acerca das “perturbações” de gênero, para orientar os profissionais de saúde de todo o mundo na formulação de diagnósticos e “tratamentos” a fim de ajudar os pacientes a adquirirem maior conforto psíquico. Até então, hormonas e cirurgias estavam disponíveis apenas no “mercado negro” ou em clínicas de “reorientação de gênero” extremamente seletivas (MARTIN & YONKIN, 2006, p. 112), não havendo diretrizes éticas para a prestação desses serviços. Com os SOC, passou a haver uma uniformização de procedimentos.

O “transexualismo” foi introduzido oficialmente, como categoria psiquiátrica, no Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM III) da American Psychiatric Association (APA), em 1980 (ano em que o *homossexualismo* foi retirado como diagnóstico de doença mental, permanecendo unicamente o termo *homossexualidade egodistônica* na categoria das “Perturbações Psicosexuais”), cujas características principais eram “o sentimento persistente de desconforto e inadequação sobre o sexo anatómico e o desejo persistente de se livrar dos órgãos genitais e viver como membro do sexo oposto”. Em 1994, com a publicação do DSM IV, passou a ser definido como uma *perturbação de identidade de gênero* (o que implicou a ampliação dos sujeitos incluídos na categoria) e, em 2013, instituiu-se, no DSM V, como *disforia de gênero*, cujos critérios de diagnóstico (em adolescentes e adultos — F64.1) deixaram

de estar focados exclusivamente no desconforto dos genitais, para serem integrados num conjunto mais vasto de características:

- A. Incongruência acentuada entre o gênero experienciado/expresso e o gênero designado de uma pessoa, com duração de pelo menos seis meses, manifestada por no mínimo dois dos seguintes: (1) Incongruência acentuada entre o gênero experienciado/expresso e as características sexuais primárias e/ou secundárias (ou, em jovens adolescentes, as características sexuais secundárias previstas); (2) Forte desejo de se livrar das próprias características sexuais primárias e/ou secundárias em razão de incongruência acentuada com o gênero experienciado/expresso (ou, em jovens adolescentes, desejo de impedir o desenvolvimento das características sexuais secundárias previstas); (3) Forte desejo pelas características sexuais primárias e/ou secundárias do outro gênero; (4) Forte desejo de pertencer ao outro gênero (ou a algum gênero alternativo diferente do designado); (5) Forte desejo de ser tratado como o outro gênero (ou como algum gênero alternativo diferente do designado); (6) Forte convicção de ter os sentimentos e reações típicos do outro gênero (ou de algum gênero alternativo diferente do designado).
- B. A condição está associada a sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

Ainda que a APA tenha tentando agrupar numa única categoria diagnóstica diferentes graus de inconformidade de gênero, deixando de fazer uso da expressão "transexualismo", os seus critérios de diagnóstico parecem assemelhar-se aos atributos até então associados às pessoas transexuais, nomeadamente o desejo de viver no outro gênero, de se submeter a intervenções hormonais e cirúrgicas e a relação de abjeção com a genitália. A disforia de gênero resultante do "transvestismo" não foi incluída nessa categoria. Pelo contrário, o *transtorno transvestício* (F65.1) é apresentado como uma categoria autónoma, referindo-se a indivíduos, maioritariamente do sexo masculino, cujo ato de se vestir com roupas do sexo oposto ou cujos pensamentos sobre o uso de roupas do outro sexo são sempre ou frequentemente acompanhados de excitação sexual (critério A) e que estão emocionalmente perturbados por esse padrão ou sentem que ele prejudica o funcionamento social ou interpessoal (critério B). O "transvestismo" foi diferenciado da disforia de gênero, e considerado oficialmente como uma parafilia.

Em oposição ao DSM V, a designação de *transexualismo* (F64.0) integrou, pela primeira vez, em 1990, a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID-10) da Organização Mundial de Saúde (OMS), tendo sido classificada como

um desejo de viver e ser aceite como um membro do sexo oposto, usualmente acompanhado por uma sensação de desconforto ou impropriedade do seu próprio sexo anatómico, e um desejo de se submeter ao tratamento hormonal e cirúrgico para tornar o seu corpo tão congruente quanto possível com o sexo com que se identifica (OMS, 2016).

Dentro da categoria das “Perturbações de Identidade de Gênero” encontrava-se também o *transvestismo bivalente* (F64.1), um termo que servia para designar o

uso de vestimentas do sexo oposto durante uma parte da sua existência, de modo a satisfazer a experiência temporária de pertencer ao sexo oposto, mas sem desejo de alteração sexual mais permanente ou de uma transformação cirúrgica; a mudança de roupa não é acompanhada de excitação sexual (OMS, 2016).

Nas “Perturbação da Preferência Sexual” encontrava-se o *transvestismo fetichista* (F65.1), caracterizado como o

uso de roupas do sexo oposto principalmente com o objetivo de obter excitação sexual e de criar a aparência de pessoa do sexo oposto. O travestismo fetichista distingue-se do travestismo transexual pela sua associação clara com uma excitação sexual e pela necessidade de se remover as roupas uma vez que o orgasmo ocorra e haja declínio da excitação sexual. Pode ocorrer como fase preliminar no desenvolvimento do transexualismo (OMS, 2016).

Embora, em 2018, a OMS tenha deixado de considerar, na nova edição do CID-11, o “transexualismo” como uma doença mental, passando a ser classificado como *incongruência de gênero* e a integrar o capítulo das “Condições Relacionadas à Saúde Sexual”, ambos os manuais de diagnóstico ajudaram a formalizar a patologização de “desviantes” de gênero, providenciando sobre eles uma legitimação médica para se produzir corpos “normalizados”, recomendando diferentes opções de “tratamento” de acordo com a especificidade de cada doença: para o “transvestismo” passou a ser prescrito tratamentos assentes no apoio psicológico e educacional, assim como terapias de grupo; e para o “transexualismo”, tratamentos psicológicos, hormonais e cirúrgicos. A quinta versão dos SOC da WPATH, por exemplo, determinava cinco fases no tratamento das pessoas transexuais: (a) o estabelecimento do *diagnóstico* psicológico e psiquiátrico de transexualidade; (b) a *psicoterapia* para se averiguar o desejo de mudança de sexo e as expectativas pós-cirúrgicas relativamente à vida social, afetiva e ocupacional; (c) a *prova real de vida*, ou seja, obrigatoriedade em assumir e viver como “homem”/“mulher” durante um período de tempo (no mínimo dois anos); (d) a *terapia hormonal*, que consistia na administração de hormonas “femininas” (estrogênios e progesterona) ou “masculinas” (androgênio) para se obter, respetivamente, a feminização ou masculinização desejada; (e) as *cirurgias* mamárias (mastectomias ou mamoplastias), genitais (faloplastias ou vaginoplastias) e complementares (como rinoplastias, mentoplastias, remodelação óssea facial, redução da maçã de Adão, transplantes capilares), caso fossem necessárias (Levine et al., 1999). A atual versão dos SOC (WPATH, 2012), já afirma, porém, a necessidade de ser administrado um

tratamento mais adaptado e “individualizado” aos sujeitos, dado se reconhecer que “o que ajuda uma pessoa a aliviar a disforia de gênero pode ser muito diferente de uma pessoa para outra” (p. 5). Isto é, “com a ajuda da psicoterapia, alguns indivíduos conseguem integrar seus sentimentos (...) no papel de gênero que lhes foi atribuído ao nascer e não sentem a necessidade de feminizar ou masculinizar seu corpo”; outros “podem precisar de hormonas, de uma possível mudança no papel de gênero, mas não de cirurgias”, e outros, ainda, “podem exigir uma mudança no papel de gênero junto com as cirurgias, mas não de hormonas” (p. 8-9). E, como tal, o “processo pode ou não envolver uma alteração da expressão de gênero ou modificações corporais” (p. 5).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora as variações de gênero sejam comportamentos intemporais, presentes em diferentes contextos históricos e culturais da humanidade (Bullough; Bullough, 1993; Green, 1966), observamos que os vários dispositivos de normalização de corpos, identidades e comportamentos considerados “problemáticos” acionados pelo “modelo médico”, a partir da sua visão essencialista sobre as diferenças físicas, biológicas e genéticas dos corpos, ajudaram à sua patologização, legitimando a sua inscrição nos compêndios médicos e prescrição de intervenções corretivas com o objetivo de os adequarem às normas binárias de gênero e sexuais. Por esta razão, desconsiderar o conteúdo histórico que deu origem às categorias “travesti” e “transsexual” é secundarizar as estratégias sociopolíticas que tentaram produzir a conformidade de gênero e sexual.

Ao longo do tempo, essas categorias foram sendo apropriadas pelos sujeitos para se definirem, tendo implicações na construção das suas identidades, nas percepções sociais e reações públicas. Porém, como forma de resistência à patologização e estigmatização, e na procura pela produção de discursos alternativos aos hegemônicos, a partir do início da década de 1990 o termo “transgênero” foi sendo introduzido nos movimentos sociais e academia, para se referir ao conjunto de pessoas cuja apresentação conflituaria com as expectativas sociais para o sexo atribuído. Esse conceito, usado como um “chapéu-de-chuva” no qual se inscreveria todas as possibilidades de ocupação de “lugares de gênero” fora do binarismo (Martin; Yonkin, 2006; Valentine, 2007), pretendeu impulsionar a união de várias populações, auxiliando na criação de uma “comunidade” transgênero e na sua auto-organização e luta por direitos, reconhecimento social, político e legal.

Pese embora a utilidade do seu sentido agregador, permitindo que diferentes tipos de pessoas discriminadas e marginalizadas se unissem e mobilizassem em termos políticos para acumular

poder social e conquistar direitos e serviços, na atualidade, o termo “transgênero” continua a não ser consensual (Lim; Browne, 2009; Valentine, 2007) ou reconhecido universalmente. Para algumas pessoas ser “transgênero” é uma identidade central que dá sentido a quem elas reconhecem ser, identificando-se política, pessoal e emocionalmente com um determinado coletivo; mas para outras, é uma categoria demasiado vaga que não lhes diz absolutamente nada (Lim; Browne, 2009; Ekins & King, 2006). E ainda que sejam identificadas pelos outros como “trans”, não usam essa expressão para se descrever a si mesmas por não se sentirem representadas por ela (Lim; Browne, 2009). Em vez disso, fazem uso de categorias específicas ou designações locais, regionais, indígenas ou característicos da sua subcultura.⁸ Como referido na introdução deste trabalho, as trabalhadoras sexuais etnografadas no âmbito da investigação doutoral raramente se identificavam como “trans” ou “transgênero”. “Travesti” – ainda que de origem médica, como vimos – era a expressão êmica recorrentemente utilizada para se auto e alter identificarem, pelo que o não reconhecimento do seu gênero é, em si mesmo, uma forma de rejeitar o próprio direito a existir.

As categorias identitárias são uma forma de simplificar a realidade social a fim de a tornar compreensível. E por não conseguirem abarcar a totalidade das experiências identitárias (por estas serem plurais, instáveis e situacionais), elas são sempre insuficientes, podendo até ser “problemáticas” ao encerrarem a diversidade humana dentro de limites. Além disso, e como apresentado ao longo do texto, reconhece-se que as categorias de identidade são socialmente construídas por forças sociais. E, sendo locais de disputa de poder, encontram-se em permanente tensão, contradição e mudança, razão pela qual o seu significado – imperfeito, temporário e arbitrário – pode ser alterado dependendo do contexto e da forma em que ele é negociado ou contestado. Todavia, atendendo às disputas geradas dentro e entre os vários grupos trans contemporâneos, com potencial de impactar na formação da identidade pessoal, coletiva e política, reconhece-se a necessidade de se prestar atenção às diferentes classificações identitárias de modo a validar e valorizar as suas subjetividades, construídas em contextos geográficas, culturais, políticos, raciais e/ou geracionais próprios.

⁸ Por exemplo, no Canadá, Alasca e Gronelândia é usada a expressão *inuit*, na Índia, *hijra*; na Indonésia, *waria*; na Cidade do México, *jotas*; em Omam, *xanith*; em Myanmar, *acault*; na cultura de Navajo, no sudoeste dos Estados Unidos, *nadle*; nas Filipinas, *bakla*; na Tailândia, *kathoey*; nas culturas zapotecas de Oaxaca, no México, *muxe* e nas culturas de Samoa, Hawaii e Tonga da Polinésia, *fa'afafine*, *mahu* e *fakaleiti*.

REFERÊNCIAS

ABRAHAM, F. Genital reassignment on two male transvestites. **International Journal of Transgenderism**, v. 2, n. 1, 1997.

AGUIAR, A. Evolução da pederastia e do lesbianismo na Europa (contribuição para o estudo da inversão sexual). **Separata do Arquivo da Universidade de Lisboa**, v. XI, 1926.

American Psychiatric Association. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM III**. Washington, DC: APA, 1980.

American Psychiatric Association. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM IV**. Washington, DC: APA, 1994.

American Psychiatric Association. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM V**. Washington, DC: APA, 2013.

BENJAMIN, H. Transvestism and transsexualism. **International Journal of Sexology**, v. 7, n. 1, p. 2-14, 1953.

BENJAMIN, H. Transsexualism and transvestism as psy-chosomatic and somato-psychic syndromes. **American Journal of Psychotherapy**, v. 8, n. 2, p. 219-230, 1954.

BENJAMIN, H. **The transsexual phenomenon**. Nova Iorque: The Julian Press, 1966.

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

BILLINGS, D.; URBAN, T. The socio-medical construction of transsexualism: An interpretation and critique. **Social Problems**, v. 29, n. 3, p. 266-282, 1982.

BOWEN, G. A. Document analysis as a qualitative research method. **Qualitative Research Journal**, vol. 9, n. 2, p. 27-40, 2009.

BULLOUGH, V.; BULLOUGH, B. **Cross dressing, sex, and gender**. Filadélfia: University of Pennsylvania Press, 1993.

BUTLER, J. **Problemas de gênero**: Feminismo e subversão da identidade 8. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2015.

DREGER, A. **Hermaphrodites and the medical invention of sex**. Cambridge: Harvard University Press, 1998.

ELLIS, H. Sexo-aesthetic inversion. **Alienist and Neurologist**, n. 34, p. 156-167, 1913.

ELLIS, H. Eonism. In Ellis, H. (org.). **Studies in the psychology of sex - vol. 2**. Nova Iorque: Random House, 1936, p. 1-111. (trabalho original publicado em 1928).

EKINS, R.; KING, D. Pioneers of transgendering: The popular sexology of David O. Cauldwell. **The International Journal of Transgenderism**, v. 5, n. 2., 2001.

EKINS, Richard.; KING, Dave. **The transgender phenomenon**. Londres: Sage, 2006.

FAUSTO-STERLING, A. The five sexes: Why male and female are not enough. **The Sciences**, março/abril, p. 20-24, 1993.

FISK, N. Gender dysphoria syndrome (the how, what and why of a disease). In: Laub, D.; Gandy, P. (org.). **Proceedings of the second interdisciplinary symposium on gender dysphoria syndrome**. Palo Alto: Stanford University Press, 1973, p. 7-14.

FISK, N. Gender dysphoria syndrome: The conceptualization that liberalizes indications for total gender reorientation and implies a broadly based multi-dimensional rehabilitative regimen. **Western Journal of Medicine**, v. 120, n. 5, p. 386-391, 1974.

FOUCAULT, M. **Herculine Barbin**: O diário de uma hermafrodita. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1983. (trabalho original publicado em 1978).

FOUCAULT, M. **História da sexualidade I**: A vontade de saber. Lisboa: Relógio D'Água Editores, 1994. (trabalho original publicado em 1976).

GARIZABAL, C. La transgression del género. Transexualidades, un repto apasionante. In: Nieto, J. (org.). **Transexualidad, transgenerismo y cultura: Antropología, identidad y género**. Madrid: Talasa., 1998, p. 39-62.

GOFFMAN, E. The arrangement between the sexes. **Theory and Society**, v. 4, n. 3, p. 301-331, 1977.

GREEN, R. Transsexualism: Mythological, historical and cross-cultural aspects. *In*: Benjamin, H. (org.). **The transsexual phenomenon**. Nova Iorque: The Julian Press, 1966, p. 97-103.

HAMBURGER, C. The desire for change for sex as shown by personal letters from 465 men and women. **Acta Endocrinologica**, n. 14, 361-375, 1953.

HAMBURGER, C.; STURUP, G.; DAHL-IVERSEN, E. Transvestism: Hormonal, psychiatric and surgical treatment. **Journal of the American Medical Association**, n. 152, p. 391-396, 1953.

HARRY BENJAMIN INTERNATIONAL GENDER DYSPHORIA ASSOCIATION. **Standards of care for gender identity disorders** (6ª versão). [S.l.]: Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association, 2001.

HAUSMAN, B. Demanding subjectivity: Transsexualism, medicine and the technologies of gender. **Journal of the History of Sexuality**, v. 3, n. 2, p. 270-302, 1992.

HAUSMAN, B. **Changing sex**: Transsexualism, technology and the idea of gender. Durham: Duke University Press, 1995.

HINES, S. (Trans)Forming gender: Social change and transgender citizenship. **Sociological Research Online**, v. 12, n. 1, 2007.

HIRSCHFELD, M. **Die Transvestiten**. Eine Untersuchung über den erotischen Verkleidungstrieb. Berlin: Alfred Püvermacher & Co, 1910.

HIRSCHFELD, M. Die intersexuelle konstitution. **Jahrbuch für Sexuell Zwischenstufen**, n. 23, p. 3-27, 1923.

HIRSCHFELD, M. **Sexual anomalies and perversions**: Physical and psychological development and treatment. Nova Iorque: Enelliscyclopaedic Press, 1966. (trabalho original publicado em 1935).

HIRSCHFELD, M. **Transvestites**: The erotic drive to cross dress. Nova Iorque: Prometheus Books, 1991. (trabalho original publicado em 1910).

HOYER, N. **Man into woman**. The first sex change: A portrait of Lili Elbe. Londres: Blue Boat Books, 2004. (trabalho original publicado em 1933).

JORGENSEN, C. **Christine Jorgensen**: A personal autobiography. Nova Iorque: Paul S. Eriksson, 1967.

KANDO, T. **Sex change**: The achievement of gender identity among feminized transsexuals. Springfield: Charles C. Thomas, 1973.

KENNEDY, H. **Karl Heinrich Ulrichs**: Pionner of modern gay movement. 2. ed. California: Peremptory Publications, 2005.

KING, D. Confusiones de género: Concepciones psicológicas y psiquiátricas sobre el travestismo y la transexualidad. *In*: Nieto, J. (org.). **Transexualidad, transgenerismo y cultura: Antropología, identidad y género**. Madrid: Talasa. 1998, p. 123-158.

KRAFFT-EBING, R. **Psychopathia sexualis**: With especial reference to the antipathic sexual instinct: A medico-forensic study. 12. ed. Nova Iorque: Rebman Company, 1933. (trabalho original publicado em 1886).

LEITE JÚNIOR, J. **"Nossos corpos também mudam"**: Sexo, gênero e a invenção das categorias "travesti" e "transexual" no discurso científico. 2008. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) - Pontífice Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2008.

LEVINE, S. *et al.* The standards of care for gender identity disorders. **Journal of Psychology & Human Sexuality**, v. 11, n. 2, p. 1-34, 1999.

LIM, J.; BROWNE, K. Senses of gender. **Sociological Research Online**, v. 4, n. 1, 2009.

LINDGREN, T.; PAULY, I. A body image scale for evaluating transsexuals. **Archives of Sexual Behavior**, v. 4, n. 6, p. 639-656, 1975.

MARTIN, J.; YONKIN, D. Transgender identity. *In*: Morrow, D.; Messinger, L. (org.). **Sexual orientation and gender expression in social work practice: Working with gay, lesbian, bisexual, and transgender people**. Nova Iorque: Columbia University Press, 2006, p. 105-128.

MONEY, J. **Hermaphroditism**: An inquiry into the nature of human paradox. 1952. Tese (Doutorado) – Harvard University, Cambridge, 1952.

MONEY, J. Hermaphroditism, gender and precocity in hyperadrenocorticism: Psychologic findings.

Bulletin of the Johns Hopkins Hospital, v. 96, n. 6, p. 253–264, 1955.

MONEY, J.; HAMPSON, J.; HAMPSON, J. Hermaphroditism: Recommendations concerning assignment of sex, change of sex, and psychologic management. **Bulletin Johns Hopkins Hospital**, v. 97, n. 4, p. 284–300, 1955a.

MONEY, J.; HAMPSON, J.; HAMPSON, J. An examination of some basic sexual concepts: The evidence of human hermaphroditism. **Bulletin Johns Hopkins Hospital**, v. 97, n. 4, p. 301–319, 1955b.

MONEY, J.; HAMPSON, J.; HAMPSON, J. Sexual incongruities and psychopathology: The evidence of human hermaphroditism. **Bulletin Johns Hopkins Hospital**, v. 98, n. 1, p. 43–57, 1956.

MONEY, J.; HAMPSON, J.; HAMPSON, J. Imprinting and the establishment of gender role. **Archives of Neurology & Psychiatry**, v. 77, n. 3, p. 333–336, 1957.

OLIVEIRA, N. **Dama de paus**: O jogo aberto das travestis no espelho da mulher. Salvador: Centro Editorial e Didático da UFBA, 1994.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **International statistical classification of diseases and related health problems**. [S.l.: s.n.], 2016. Disponível em <https://icd.who.int/browse10/2016/en> Acesso em: 02 fev. 2023

PARSONS, T.; BALES, R. **Family socialization and interaction process**. Oxford: Routledge, 2007. (trabalho original publicado em 1956).

PERSON, E.; OVESEY, L. The transsexual syndrome in males: I. Primary transsexualism. **American Journal of Psychotherapy**, n. 28, p. 4–20, 1974a.

PERSON, E.; OVESEY, L. The transsexual syndrome in males: II. Secondary transsexualism. **American Journal of Psychotherapy**, n. 28, p. 174–193, 1974b.

SALEIRO, S. **Trans gêneros**: Uma abordagem sociológica da diversidade de gênero. 2013. Tese (Doutorado em Sociologia) – Iscte – Instituto Universitário de Lisboa, Lisboa, 2013.

STOLLER, R. A contribution to the study of gender identity. **The International Journal of Psycho-Analysis**, n. 45, p. 220-226, 1964.

STOLLER, R. The male transsexualism: Uneasiness. **International Journal of Psycho-Analysis**, n. 130, p. 536-539, 1973.

STOLLER, R. **Sex and gender**. vol. 2. The transsexual experiment. Nova Iorque: Jason Aronson, 1974.

STOLLER, R. **Sex and gender**: On the development of masculinity and femininity. Londres: Karnac Books, 1984. (trabalho original publicado em 1968).

STRYKER, S. *Transgender history*. Berkeley: Seal Press, 2008.

VALENTINE, D. **Imagining transgender**: An ethnography of a category. Durham e Londres: Duke University, 2007.

WORLD PROFESSIONAL ASSOCIATION FOR TRANSGENDER HEALTH. **Standards of care for health of transsexual, transgender, and gender-nonconforming people** (7ª versão). [S.l.]: WPATH, 2012.