



Physis - Revista de Saúde Coletiva

ISSN: 0103-7331

publicacoes@ims.uerj.br

Universidade do Estado do Rio de
Janeiro
Brasil

Butler, Judith

Desdiagnosticando o gênero

Physis - Revista de Saúde Coletiva, vol. 19, núm. 1, enero-marzo, 2009, pp. 95-126

Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=400838222006>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

*Desdiagnosticando o gênero**

I ¹Judith Butler I

I Tradução: ²André Rios I

I Revisão Técnica: ³Márcia Arán I

Resumo: A autora analisa o debate atual sobre a questão da despatologização da transexualidade nos Estados Unidos. Afirma que, se por um lado o diagnóstico de transtorno de identidade de gênero continua a ser valorizado por facilitar um percurso economicamente viável para a transformação corporal, por outro, a oposição ao diagnóstico se faz necessária, dado que ele insiste em considerar como doença mental o que deveria ser entendido como uma possibilidade, entre outras, de autodeterminação do gênero. Finalmente, a autora argumenta que estas posições não são necessariamente antagônicas - indicando a complexidade e o paradoxo deste debate -, já que, no seu ponto de vista, a “transautonomia” não será alcançada sem a construção de uma rede jurídica, assistencial e social que lhe dê suporte e permita que a transexualidade possa ser vivida.

► **Palavras-chave:** transexualidade; transtorno de identidade de gênero; gênero; sexualidade; autonomia; Saúde Coletiva.

¹ Universidade da Califórnia, Berkeley, EUA.

² Professor adjunto do IMS-UERJ.

³ Professora adjunta do IMS-UERJ.

Nos últimos anos, tem havido debates sobre o estatuto do diagnóstico de transtorno de identidade de gênero no *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV - *Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais*) e, em especial, sobre se há argumentos válidos para manter o diagnóstico nos livros ou se já faz tempo que eles não existem. Por um lado, aqueles que, dentro da comunidade LGBTTT,¹ querem manter o diagnóstico, argumentam que ele possibilita que seja atestada uma patologia, facilitando o acesso a uma variedade de recursos médicos e tecnológicos visando a uma transição. Além disso, algumas companhias de seguro só aceitam arcar com alguns dos altíssimos custos da mudança de sexo se elas, primeiramente, considerarem que a mudança seja “medicamente necessária”. Por isso é importante que a cirurgia de mudança de sexo ou o uso de hormônios não sejam entendidos como “cirurgia eletiva”. Embora se possa dizer que isso é uma escolha, até mesmo uma escolha de caráter dramático e profundo, é necessário que, em vista da alocação de recursos das companhias de seguro, seja uma escolha com base na medicina. Certamente, podemos ficar um longo tempo pensando o que seja uma escolha com base na medicina, mas, para a presente discussão, é importante distinguir entre uma escolha que tenha base em um diagnóstico e uma que não tenha. Neste último caso, a escolha pela transição pode incluir um ou vários dos seguintes aspectos: a escolha de viver como outro gênero, passar por um tratamento hormonal, achar e declarar um novo nome, assegurar um novo estatuto jurídico para o seu gênero e submeter-se à cirurgia. Se são profissionais da área da psicologia ou da medicina que estabelecem a necessidade disso, isto é, se for estabelecido que não passar por essa mudança produz sofrimento, má adaptação e outros tipos de sofrimento, então seria necessário concluir que a escolha pela transição é entendida como uma escolha que recebe o suporte e a concordância de profissionais médicos que levam em conta o bem-estar fundamental da pessoa. O “diagnóstico” pode ter efeitos diversos, mas um deles pode ser se tornar - em particular nas mãos dos que são transfóbicos - um instrumento de patologização.

Receber o diagnóstico de transtorno de identidade de gênero - TIG² - é ser, de certa maneira, considerado doente, errado, disfuncional, anormal e sofrer uma certa estigmatização em consequência desse diagnóstico. Assim, alguns psiquiatras ativistas e pessoas trans têm argumentado que o diagnóstico deveria ser totalmente eliminado, que a transexualidade não é um transtorno psiquiátrico - não devendo

ser entendida como tal - e que as pessoas trans estão engajadas em uma prática de autodeterminação, um exercício de autonomia. Desse modo, por um lado, o diagnóstico continua sendo valorizado por facilitar um percurso economicamente viável para a transição. Por outro lado, a firme oposição ao diagnóstico se dá porque ele continua a patologizar como doença mental o que deveria ser, ao contrário, entendido como uma possibilidade entre outras de determinar o próprio gênero.

Com base no esboço acima, podemos ver que há uma tensão no debate entre as pessoas que tentam obter legitimação jurídica e assistência financeira e as que buscam fundamentar a prática da transexualidade na noção de autonomia. Podemos, de fato, hesitar e perguntar se essas duas posições são mesmo opostas. Afinal, é possível alegar - e já o fizeram - que o modo pelo qual o diagnóstico facilita a legitimação de benefícios do seguro-saúde³, de tratamento médico e de direitos jurídicos contribui efetivamente para o que se pode chamar de autonomia trans. Se desejo a transição, posso precisar do diagnóstico para alcançar meu objetivo; e alcançar meu objetivo é exatamente uma forma de exercer minha autonomia. De fato, podemos argumentar que ninguém alcança a autonomia sem a assistência e o suporte de uma comunidade, em especial quando se está fazendo uma escolha corajosa e difícil como é a escolha pela transição. No entanto, temos então de perguntar se o “suporte” oferecido pelo diagnóstico - que os indivíduos precisam para exercer sua autodeterminação de gênero - não é ambíguo. Afinal, o diagnóstico faz várias pressuposições que comprometem a autonomia trans. O diagnóstico reforça formas de avaliação psicológica que pressupõem que a pessoa diagnosticada é afetada por forças que ela não entende. O diagnóstico considera que essas pessoas deliram ou são disfóricas. Ele aceita que certas normas de gênero não foram adequadamente assimiladas e que ocorreu algum erro ou falha. Ele assume pressupostos sobre os pais e as mães e sobre o que seja ou o que deveria ter sido a vida familiar normal. Ele pressupõe a linguagem da correção, adaptação e normalização. Ele busca sustentar as normas de gênero tal como estão constituídas atualmente e tende a patologizar qualquer esforço para produção do gênero seguindo modos que não estejam em acordo com as normas vigentes (ou que não estejam de acordo com uma certa fantasia dominante do que as normas vigentes realmente são). É o diagnóstico que tem sido imposto às pessoas contra a vontade delas e é o diagnóstico que tem eficazmente feito vacilar a vontade de muitas pessoas, especialmente jovens trans e *queers*.

Assim, parece que o debate é muito complexo e que, de certa maneira, aqueles que querem manter o diagnóstico querem fazê-lo porque ele os ajuda a alcançar seus objetivos e, desse modo, exercer sua autonomia. E aqueles que querem pôr fim ao diagnóstico querem fazê-lo porque isso pode contribuir para um mundo no qual poderão ser vistos e tratados de modos não-patologizantes e, portanto, ampliando sua autonomia em importantes aspectos. Penso que vemos aqui os limites concretos para qualquer noção de autonomia que estabeleça o indivíduo como isolado, livre das condições sociais e sem depender de vários instrumentos sociais. Autonomia é um modo de vida socialmente condicionado. Instrumentos, tais como o diagnóstico, podem possibilitar ações, mas também podem gerar restrições e, muitas vezes, podem funcionar tanto de uma maneira quanto de outra.

Frente a isso, poderia parecer que há duas abordagens diferentes para a autonomia, mas é importante notar que não se trata aqui apenas de um problema filosófico a ser respondido de modo abstrato. Para entender a diferença entre essas perspectivas, temos de perguntar como o diagnóstico é vivenciado realmente. O que significa viver com esse diagnóstico?⁴ Ele ajuda algumas pessoas a viver, a alcançar uma vida que elas sintam merecer ser vivida? Ele dificulta a vida de algumas pessoas, fazendo com que se sintam estigmatizadas, e, em alguns casos, contribui para um final suicida? Por um lado, não devemos subestimar os benefícios que o diagnóstico trouxe, especialmente para as pessoas trans de recursos econômicos limitados que, sem a assistência do seguro-saúde, não poderiam ter atingido seus objetivos. Por outro lado, não devemos subestimar a força patologizante do diagnóstico, especialmente para jovens que podem não ter os recursos críticos para resistir a essa força. Nesses casos, o diagnóstico pode ser debilitante, senão assassino. Algumas vezes, o diagnóstico assassina a alma; e, algumas vezes, torna-se um fator para o suicídio. Assim, o que está em jogo neste debate é altamente importante, pois parece ser, afinal, uma questão de vida ou morte; para alguns, o diagnóstico parece significar a própria vida e, para outros, o diagnóstico parece significar a morte. Para outros, ainda, ele pode muito bem ser uma benção ambivalente ou, de fato, uma maldição ambígua.

Para entendermos como essas duas posições surgiram, vamos considerar, primeiramente, no que consiste o diagnóstico nos Estados Unidos e, em segundo lugar, sua história e usos atuais. Um diagnóstico de transtorno de gênero deve se conformar ao âmbito da definição de disforia de gênero do *DSM-IV*⁵. A última

revisão desse conjunto de definições ocorreu em 1994. Para que um diagnóstico seja completo, no entanto, são necessários testes psicológicos juntamente com “cartas” de terapeutas estabelecendo um diagnóstico e garantindo que o indivíduo em questão pode viver e ter sucesso na vida com a nova identidade sexual. A definição de 1994 é resultado de diversas revisões e provavelmente precisa ser compreendida também à luz da decisão de 1973 da *American Psychiatric Association* (APA), a de abolir o diagnóstico de homossexualidade como um transtorno, e de sua decisão de 1987 de extinguir a “homossexualidade ego-distônica”, um vestígio remanescente de definições anteriores. Algumas pessoas argumentaram que o diagnóstico de transtorno de identidade de gênero (TIG) assumiu parte daquilo que estava anteriormente no diagnóstico de homossexualidade e que o TIG se tornou uma forma indireta de diagnosticar a homossexualidade enquanto um problema de identidade de gênero. Dessa maneira, o TIG deu continuidade à tradição de homofobia da APA, embora de um modo menos explícito. De fato, grupos conservadores que buscam “corrigir” a homossexualidade, tal como a *National Association of Research and Therapy of Homosexuality* [Associação Nacional de Pesquisa e Terapia da Homossexualidade], alegam que, se se pode identificar o TIG em uma criança, há 75% de chance de prever a homossexualidade nessa pessoa quando adulta, um resultado que, para eles, é uma anormalidade clara e uma tragédia. Assim, o diagnóstico de TIG é, na maioria dos casos, um diagnóstico de homossexualidade, e o transtorno associado ao diagnóstico teria como consequência a homossexualidade continuar também sendo um transtorno.

A própria maneira como grupos tais como estes entendem conceitualmente a relação entre o TIG e a homossexualidade já é muito problemática. Se o TIG é compreendido com base na percepção da persistência de características de gênero do sexo oposto, isto é, meninos com atributos “femininos” e meninas com atributos “masculinos”, então permanece o pressuposto de que as características de menino levarão ao desejo por mulheres, e as características de menina levarão ao desejo por homens. Em ambos os casos, o desejo heterossexual é postulado; postulado seguindo a pressuposição abusiva de que opostos se atraem. No entanto, pode-se assim, de fato, alegar que a homossexualidade poderia ser compreendida como uma inversão de gênero e que a parte “sexual” permaneceria heterossexual, embora invertida. Seria aparentemente raro, segundo essa conceitualização, que as características de menino levassem um menino a ter desejo por outros meninos e que características

de menina levassem uma menina a ter desejo por outras meninas. Assim, 75% das pessoas diagnosticadas com TIG são consideradas homossexuais somente se a homossexualidade for compreendida segundo o modelo da inversão de gênero, e a sexualidade for compreendida segundo o modelo do desejo heterossexual. Meninos estão sempre desejando meninas, e meninas estão sempre desejando meninos. Se 25% das pessoas diagnosticadas com TIG não se tornam homossexuais, isso poderia significar que elas não se adequam ao modelo de inversão de gênero. Mas, porque o modelo de inversão de gênero entende a sexualidade somente como heterossexualidade, as restantes 25% das pessoas seriam, ao que parece, heterossexuais, isto é, seriam pessoas não adequadas ao modelo da homossexualidade enquanto heterossexualidade invertida. Visto isso, seria possível argumentar, não sem ironia, que 100% das pessoas diagnosticadas com TIG seriam, ao final, homossexuais!

Ainda que a piada seja para mim irresistível porque ela iria chocar a *National Association of Research and Therapy of Homosexuality*, é importante considerar, mais seriamente, como o mapa da homossexualidade e do gênero é radicalmente mal desenhado por aqueles que pensam desse modo. De fato, as correlações entre identidade de gênero e orientação sexual são, na melhor das hipóteses, turvas: não se pode prever, com base no gênero de uma pessoa, qual identidade de gênero ela terá e qual ou quais direções do desejo essa pessoa, ao final, levará em consideração e seguirá. Embora John Money e outros, assim chamados, transposicionalistas pensem que a orientação sexual tende a ser uma consequência da identidade de gênero, seria um grande erro pressupor que a identidade de gênero causa a orientação sexual ou que a sexualidade tem necessariamente como referência uma prévia identidade de gênero. Tal como tentarei mostrar, ainda que uma pessoa aceitasse como não sendo problemático indicar quais são as características “femininas” e quais são as “masculinas”, isso não acarretaria que o “feminino” é atraído pelo o “masculino”, e o “masculino” pelo o feminino. Isso só se daria se compreendêssemos o desejo a partir de uma matriz exclusivamente heterossexual. Na verdade, essa matriz não apreenderia corretamente alguns comportamentos *queer crossings*⁶ na heterossexualidade, assim como, por exemplo, quando um homem heterossexual femininizado deseja uma mulher femininizada a fim de que os dois possam ficar tal como “entre meninas”. Ou quando mulheres heterossexuais masculinas desejam que, para elas, seus meninos sejam tanto meninas quanto meninos. O mesmo comportamento *queer crossing* acontece na vida das lésbicas e dos gays, quando

uma lésbica *butch*⁷ junto com outra constitui um modo caracteristicamente lésbico de homossexualidade masculina. Além disso, a bissexualidade, como já disse antes, não pode ser reduzível a dois desejos heterossexuais, quer compreendido como um lado feminino desejando um objeto masculino, quer como um lado masculino desejando um objeto feminino. Esses *queer crossings* são tão complexos quanto qualquer coisa que acontece tanto na heterossexualidade quanto na homossexualidade. Esses *queer crossings* ocorrem mais frequentemente do que em geral se percebe, o que expõe ao ridículo a proposição transposicionalista de que a identidade de gênero pode predizer a orientação sexual. De fato, por vezes é exatamente a desconexão entre a identidade de gênero e a orientação sexual - o não se orientar pelo modelo transposicionalista - que, para algumas pessoas, constitui o excitante e o erótico.

Os pesquisadores com propósitos homofóbicos têm abordado o transtorno de identidade de gênero, pressupondo, de um modo tácito, a tese de que, da mudança de sexo, tal como de um dano, decorrerá a homossexualidade; no entanto, é muito importante afirmar que isso não é um transtorno e que, na vida transgênera, há uma ampla variedade de relações complexas, como por exemplo: vestir-se de acordo com o gênero oposto, usar homônimos e recorrer à cirurgia, ou ainda uma combinação de todas essas práticas. Tudo isso pode ou não levar a uma mudança de escolha de objeto. É possível tornar-se um homem trans e gostar de garotos (tornando-se um homossexual masculino); tornar-se um homem trans e gostar de garotas (tornando-se um heterossexual); ou tornar-se um homem trans e passar por uma série de deslocamentos na orientação sexual constituindo uma narrativa e uma história de vida bastante específicas. A narrativa não pode ser capturada em uma categoria, ou pode ser capturada por uma categoria apenas por um período limitado de tempo. As histórias de vida são histórias de transformação, e categorias podem, por vezes, parar o processo de transformação. Deslocamentos na orientação sexual podem se dar como resposta a um parceiro específico, de modo que as histórias de vida, trans ou não, não têm de se mostrar sempre como coerentemente heterossexuais ou homossexuais; além disso, o próprio significado e experiência de vida de bissexualidade pode também se deslocar ao longo do tempo, constituindo uma história particular que reflete alguns tipos de experiências em vez de outras.

Para o diagnóstico de disforia de gênero, é necessário que a vida assuma perfis mais ou menos definidos ao longo do tempo.⁸ É necessário que uma pessoa

demonstre que, por um longo tempo, queria viver a vida como sendo de outro gênero; também é necessário que essa pessoa prove que tem um plano prático e viável para viver a vida por um longo período sendo de outro gênero. O diagnóstico, dessa maneira, busca estabelecer que o gênero seja um fenômeno relativamente permanente. Não será, por exemplo, suficiente você ir a uma clínica e dizer que foi apenas após haver lido um livro de Kate Bornstein que você se deu conta do que queria ser, mas que isso não era algo consciente para você até então. Não é suficiente que a sua vida cultural tenha mudado, que palavras tenham sido escritas e trocadas em conversas, que você tenha ido a eventos e a festas e que algo acerca de suas possibilidades de vida se tornou possível e desejável, que algo acerca de suas próprias possibilidades se tornou claro para você de uma maneira que, até então, não era. Você seria imprudente se dissesse que acredita que as normas que governam o que é aceitável e viável como forma de vida são mutáveis e que, durante a sua vida, novas iniciativas culturais vieram a ampliar tais normas, de modo que as pessoas como você podem, muito bem, viver em comunidades que são solidárias a um transexual e que foi exatamente esse deslocamento nas normas públicas - bem como as comunidades solidárias - que permitiram que você sentisse que transicionar havia se tornado possível e desejável. Visto isso, você não pode assumir explicitamente a posição de que mudanças na experiência de gênero podem decorrer de mudanças nas normas sociais, já que isso não iria atender aos critérios de Harry Benjamin para tratar o transtorno de identidade de gênero. De fato, esses critérios, tal como ocorre com o diagnóstico de TIG, presumem que todos nós “sabemos”, mais ou menos, quais são as normas para o gênero - “masculino” ou “feminino” - e que tudo o que, afinal, precisamos fazer é avaliar se elas estão bem integradas neste corpo ou naquele corpo. Mas e se esses termos não mais descrevem o que deveriam descrever? E se eles só são usados de um modo atravancado para descrever a experiência de gênero de uma pessoa? E se as normas para tratar e avaliar o diagnóstico pressupõem que somos permanentemente constituídos de um modo ou de outro? O que acontece com o gênero enquanto um modo de transformar-se? Estamos parados no tempo? Temos de ser mais regulares e coerentes do que necessariamente queremos ser quando nos submetemos às normas a fim de atingirmos os direitos que precisamos e a posição que desejamos?

Embora se possa fazer críticas severas ao diagnóstico - e vou apresentar algumas delas mais detidamente logo abaixo, quando abordar o texto do *DSM* -, seria um

erro reivindicar sua abolição sem que, primeiramente, sejam postas em prática estruturas que possibilitem que o transicionar seja pago e que atinja seu estatuto legal. Em outras palavras, se o diagnóstico é agora o instrumento pelo qual se pode obter benefícios e o estatuto legal, ele não pode simplesmente ser eliminado sem que se tenha chegado a outras maneiras duradouras de se alcançar os mesmos resultados.

Uma resposta óbvia a esse dilema é alegar que o diagnóstico deveria ser abordado *estrategicamente*. Então se poderiam rejeitar as verdades que o diagnóstico promove, isto é, a descrição que ele faz da transexualidade, fazendo, no entanto, uso do diagnóstico como mero instrumento, como um veículo para atingir objetivos. Assim se poderia com ironia, com derrisão ou com indiferença aceitar o diagnóstico, ainda que mantendo para si que nele não há nada de “patológico” a respeito do desejo de transicionar ou de resolver tornar esse desejo realidade. No entanto, temos de perguntar aqui se a aceitação do diagnóstico leva, de um modo mais ou menos consciente, a uma certa sujeição ao diagnóstico, fazendo uma pessoa internalizar alguns aspectos dele, concebendo a si mesma como mentalmente “doente” ou “em falta” com a normalidade, ou ambos; mesmo que essa pessoa busque assumir uma atitude puramente instrumental frente aos termos desse diagnóstico.

O ponto mais importante do argumento acima diz respeito às crianças e aos jovens adultos, já que, quando perguntamos quem é que seria capaz de manter uma relação puramente instrumental com o diagnóstico, tendemos a pensar em adultos astutos e vividos, pessoas que dispõem de outros discursos para compreender quem são e quem querem ser. Mas as crianças e os adolescentes são capazes de manter o distanciamento necessário para sustentar uma abordagem puramente instrumental do diagnóstico ao serem submetidos a ele?

O que o Dr. Richard Isay aponta como razão básica para que se abandone o diagnóstico é seu efeito nas crianças. O diagnóstico, por si só, ele escreve, “pode causar dano emocional por ferir a autoestima de uma criança que não tem nenhum transtorno mental”.⁹ Isay aceita o argumento de que muitos jovens gays preferem, quando crianças, o assim chamado comportamento feminino, brincando com as roupas da mãe, recusando-se a participar de atividades rudes e conturbadas; no entanto, ele afirma que o problema aqui não se deve às características, mas às “repreensões dos pais, [...] visando a modificar esse comportamento, que teriam efeito deletério sobre a autoestima desses garotos”. A solução que ele propõe é que os pais aprendam a dar apoio ao que ele chama de “características atípicas de

gênero”. A contribuição de Isay é importante em muitos aspectos, mas principalmente por instar a reconceitualização do fenômeno que recusa a linguagem patologizante: ele recusa que os atributos típicos de gêneros sejam postos como padrão de normalidade psicológica ou que as características atípicas sejam entendidas como anormalidade. Em vez disso, ele substitui a normalidade pela linguagem do que seria atípico. Os médicos que contestam Isay não só insistem que esse transtorno é um transtorno, mas também que a apresentação persistente de características atípicas de gênero em crianças é uma “psicopatologia”,¹⁰ no entanto, eles associam essa insistência na patologização com a preocupação dos pais pelo sofrimento dessas crianças, citando como o diagnóstico é necessário para assegurar benefícios e outros direitos. De fato, esses médicos estão tirando proveito da necessidade evidente e indiscutível que os aspirantes trans que são pobres, de classes trabalhadoras ou da classe média têm para receber apoio legal e assistência médica, a fim não só de reter o diagnóstico nos livros, mas também para favorecer o ponto de vista deles de que há aqui uma patologia que precisa ser corrigida. Assim, mesmo quando o diagnóstico é abordado como um instrumento ou veículo para atingir o objetivo de transicionar, o diagnóstico pode, ainda assim, (a) incutir, naqueles que recebem o diagnóstico, um sentimento de ter um transtorno mental, (b) acirrar o poder do diagnóstico na conceitualização da transexualidade enquanto patologia e (c) ser usado como argumento para manter a transexualidade no âmbito das doenças mentais por aqueles que participam de institutos de pesquisa com amplo suporte econômico.

Há outras propostas para atenuar os efeitos patológicos do diagnóstico que propõem retirá-lo das mãos dos profissionais de saúde. Jacob Hale afirma que esta questão não deveria necessariamente passar pela mediação de psicólogos e psiquiatras; a questão de se e de como ter acesso aos recursos médicos e tecnológicos deveria ser um assunto discutido apenas entre o cliente e o clínico geral¹¹. Seu ponto de vista é o de que uma pessoa vai ao médico em busca de outros tipos de cirurgia reconstrutora, ou vai em outras ocasiões nas quais tomar hormônio pode se mostrar propício, e, nesses casos, não se pergunta sobre as primeiras fantasias ou sobre as brincadeiras usuais na infância. A atestação de saúde mental estável não é requerida para a redução de mama ou para o uso de estrogênio na menopausa. A intervenção que é requerida por um profissional de saúde mental quando uma pessoa quer transicionar insere uma estrutura paternalista no processo e, diga-se logo, solapa a própria autonomia que é a base para a reivindicação do direito de

transicionar. Solicita-se que um terapeuta se preocupe com a questão de se você é capaz, psicologicamente, de se integrar em um mundo social estabelecido que se caracteriza pelo conformismo em larga escala para com as normas de gênero aceitas, mas o terapeuta não é solicitado a dizer se você tem coragem suficiente, ou tem suporte social o bastante para viver uma vida transgênera quando as ameaças de violência e discriminação contra você aumentarem. O terapeuta não é solicitado a perguntar se seu modo de viver o gênero ajudará a produzir um mundo com menos restrições acerca do gênero, ou se você se dispõe a essa tarefa tão importante. O terapeuta é solicitado a prever se sua escolha levará a arrependimento no pós-operatório; aqui seu desejo é examinado a respeito de sua persistência e tenacidade, mas pouca atenção é dada ao que pode acontecer com a persistência e a tenacidade do desejo de uma pessoa quando o mundo social, e o próprio diagnóstico, aviltam essa persistência e essa tenacidade como sendo um transtorno psíquico.¹²

Comecei este ensaio sugerindo que o ponto de vista que uma pessoa assume mantendo ou se opondo ao diagnóstico depende em parte de como ela concebe as condições para a autonomia. Entre os argumentos de Isay, vimos um que indicava que o diagnóstico não só solapa a autonomia da criança, mas confunde erroneamente sua autonomia com patologia. No argumento oferecido por Hale, vemos que o próprio diagnóstico assume um sentido diferente se ele não for mais usado por parte de profissionais da saúde mental. Permanece, porém, a questão se os médicos sem nenhuma experiência com doença mental não irão, contudo, usar o critério de doença mental para chegar a decisões que poderiam ser até menos desfavoráveis do que aquelas feitas por profissionais da saúde mental. Se Hale está, no entanto, argumentando que o diagnóstico deveria ser remetido para o clínico geral como parte de um movimento para redefinir o diagnóstico, de modo que ele não mais contivesse critérios da saúde mental, então Hale está também propondo um novo diagnóstico, ou um não-diagnóstico, já que a interpretação no *DSM-IV* não pode se dar se forem eliminados os critérios de saúde mental. Para responder à questão sobre se passar o diagnóstico para o clínico geral seria adequado, teremos antes de perguntar se as convicções dos clínicos gerais, ao receberem essa responsabilidade, podem merecer confiança ou se o mundo dos terapeutas progressistas oferece mais chance para uma passagem mais humana e exitosa através do processo diagnóstico. Embora eu não tenha uma resposta sociologicamente embasada para essa questão, considero que ela deve ser discutida antes que se venha julgar se a recomendação

de Hale é conveniente. O grande benefício desse ponto de vista é que ele trata o paciente como um cliente que está no exercício de sua autonomia de consumidor em um campo médico. Essa autonomia é pressuposta e é postulada como meta e significado últimos do próprio processo de transicionar.

No entanto, isso remete à questão de como a autonomia deve ser concebida nesse debate e se as revisões no próprio diagnóstico podem oferecer um caminho alternativo no impasse entre aqueles que querem ter o diagnóstico eliminado e aqueles que querem mantê-lo devido a seu valor instrumental, especialmente para aqueles com carências financeiras. Há duas concepções de autonomia diferentes nesse debate. O ponto de vista que se opõe ao diagnóstico tende a ser individualista, senão libertário, e o ponto de vista que argumenta pela manutenção do diagnóstico tende a reconhecer que há condições materiais para o exercício da liberdade. O ponto de vista que se preocupa com a questão se o diagnóstico pode ser internalizado ou ser danoso sugere que as condições psicológicas para a autonomia podem ser enfraquecidas, e têm sido enfraquecidas; além disso, seriam as pessoas mais jovens que estariam sob um risco maior de ter a percepção de si comprometida e avariada.

Autonomia, direitos e liberdade são termos correlatos e também implicam alguns tipos de proteção legal e jurídica. Afinal, a constituição dos Estados Unidos garante o exercício da liberdade. Seria possível afirmar que condições restritivas impostas a indivíduos transexuais e transgêneros para exercer o próprio direito a essa identidade e a essa prática são discriminatórias. Paradoxalmente, as companhias de seguro desvalorizam a noção de direito quando diferenciam entre as mastectomias que são “medicamente necessárias” e aquelas que constituem uma “cirurgia eletiva”. As primeiras são concebidas como operações que não são escolhidas por uma pessoa, que são impostas aos indivíduos por circunstâncias médicas, usualmente devidas a câncer. Mas, mesmo essa conceitualização distorce os tipos de escolha que os pacientes esclarecidos podem fazer sobre como abordar o câncer quando há tratamentos possíveis que incluem radiação, quimioterapia, Arimidex, lumpectomia, mastectomia parcial e total. As mulheres farão escolhas diferentes sobre o tratamento, dependendo de como elas se sentem quanto a seus seios e às perspectivas para o câncer; nisso a variedade de escolhas pode ser ampla. Algumas mulheres lutarão, a todo custo, para manter seus seios, enquanto outras ficarão sem eles sem muita dificuldade. Algumas delas optarão pela reconstrução e farão escolhas sobre os novos seios enquanto outras não procederão assim.

Recentemente, uma lésbica *butch* de São Francisco teve câncer em um dos seios e decidiu, ao consultar seu médico, recorrer a uma mastectomia total. Ela concluiu que seria uma boa ideia retirar também o outro seio, pois ela queria minimizar o risco de reincidência. Essa escolha se tornou mais fácil por ela não ter forte apego emocional por seus seios: eles não constituíam um aspecto importante de sua autocompreensão de gênero ou de sexo. Sua companhia de seguro concordou em pagar a primeira mastectomia; no entanto, quanto à retirada do segundo seio, surgiu a preocupação de se ela seria uma “cirurgia eletiva” e de se - caso fosse paga pela companhia de seguro - isso estabeleceria um precedente para a cobertura de cirurgia eletiva de transexualização. A companhia de seguro, portanto, queria limitar tanto a autonomia do consumidor em decidir (entendendo a mulher como alguém que queria, por razões médicas, ter o segundo seio retirado), quanto desconsiderar a autonomia como pressuposto para uma operação de transexualização (entendendo a mulher como uma possível transicionadora). Ao mesmo tempo, uma amiga minha, ao recuperar-se de uma mastectomia, buscou se informar sobre que possibilidades havia para uma cirurgia reconstrutora. Seu médico a encaminhou para conversar com clientes dele transexuais, que poderiam apresentar a ela várias tecnologias e os méritos estéticos relativos àquelas opções. Embora eu não saiba nada a respeito de alianças entre sobreviventes de câncer de mama e transexuais, vejo que poderia facilmente surgir um movimento cuja principal reivindicação fosse solicitar às companhias de seguro o reconhecimento do papel da autonomia na produção e manutenção de características sexuais primárias e secundárias. Tudo isso parecerá menos estranho - assim eu sugeriria - se considerarmos a cirurgia cosmética em continuidade com todas as outras práticas nas quais os seres humanos se engajam com o propósito de manter e cultivar características sexuais primárias e secundárias por razões culturais e sociais. Suponho que homens que querem aumentar o pênis ou mulheres que querem aumentar ou diminuir os seios não são encaminhados a psiquiatras para receber aprovação. É, sem dúvida, interessante considerar à luz das normas de gênero vigentes por que uma mulher que queira reduzir os seios não precisa receber aprovação psicológica, enquanto um homem que queira reduzir o pênis pode precisar. Não há nenhuma suspeita de distúrbio mental para mulheres que tomem estrogênio ou homens que tomem Viagra. Isso se deve, suponho, porque estão agindo no âmbito da norma, na medida em

que buscam melhorar o “natural”, procedendo a reajustamentos dentro das normas aceitáveis e, algumas vezes, até mesmo confirmando e fortalecendo as normas tradicionais de gênero.

Uma lésbica *butch*, quase trans, que queria remover tanto o seio canceroso quanto o não-canceroso viu que o único modo para ela obter os benefícios de uma mastectomia seria ter câncer no outro seio, ou submeter seus desejos sexuais à inspeção médica e psiquiátrica. Embora não se considerasse trans, ela se deu conta de que poderia se apresentar como trans para preencher os requisitos para a TIG e o suporte do seguro saúde. Algumas vezes a cirurgia reconstrutora recebe a cobertura do seguro-saúde, ainda que seja feita por motivos estéticos, mas a mastectomia não é coberta pelo seguro. No mundo dos seguros, aparentemente faz sentido que a mulher possa querer ter um seio menor, mas não faz sentido que ela queira não ter seio. Querer não ter seio põe em questão se ela ainda quer ser uma mulher. É como se o desejo da lésbica *butch* de ter os seios retirados não fosse plausível enquanto uma opção saudável, a menos que isso fosse o sinal de um transtorno de gênero ou de alguma outra urgência médica.

Mas por que aceitamos essas escolhas como sendo escolhas, a despeito do que consideremos como sendo seu significado social? A sociedade não se considera no direito de impedir uma mulher de aumentar ou de diminuir seus seios, e não consideramos o aumento de pênis um problema, a menos que seja feito por um médico ilegal que estraga os resultados. Ninguém é encaminhado para um psiquiatra ao anunciar seu propósito de cortar ou deixar crescer o cabelo, ou de iniciar uma dieta, a menos que haja o risco de anorexia. No entanto, essas práticas fazem parte dos hábitos diários de cultivo de características secundárias do sexo, como se essa categoria servisse para significar todos os vários indicadores corporais do sexo. Se os traços corporais “indicam” o sexo, então o sexo não é exatamente a mesma coisa que o signo que o indicou. O sexo se torna compreensível por meio dos signos que indicam como ele deveria ser lido e compreendido. Esses indicadores corporais são os meios culturais através dos quais o corpo sexuado é lido. Eles próprios são corporais e funcionam como signos; assim, não há nenhum caminho fácil para distinguir entre o que é “materialmente” verdadeiro e o que é “culturalmente” verdadeiro a respeito de um corpo sexuado. Não pretendo sugerir que signos puramente culturais produzem o corpo material, mas apenas que o corpo não se torna sexualmente legível sem esses signos e que esses signos são tanto cultural quanto materialmente irreduzíveis.

Assim, quais são as versões de autonomia subentendidas nessas várias abordagens do diagnóstico de Transtorno de Identidade de Gênero no *DSM*? E como podemos conceber a autonomia de tal modo que possamos pensar sobre os desentendimentos muito razoáveis que surgiram a respeito da preservação ou erradicação do diagnóstico? Embora seja óbvio que nem todos os indivíduos diagnosticados com TIG são ou querem se tornar transexuais, eles são, no entanto, afetados pelo uso do diagnóstico pelos transexuais para realizar seus objetivos, pois usar o diagnóstico é fortalecer seu papel de instrumento útil. Isso não é uma razão para não usá-lo, mas envolve certo risco e algumas consequências. O fortalecimento do diagnóstico pode ter efeitos que seus usuários não imaginam e com os quais não concordam. Além disso, embora o diagnóstico possa atender a importantes necessidades de um indivíduo para assegurar os direitos e o pagamento para realizar a transição, isso pode muito bem ser usado pelos estabelecimentos médicos e psiquiátricos para estender sua influência patologizante sobre a população dos transexuais e também sobre jovens trans, lésbicas, bissexuais e jovens gays. Do ponto de vista do indivíduo, o diagnóstico pode ser visto como um instrumento necessário para realizar a expressão de si e sua autodeterminação. De fato, ele pode ser considerado um dos instrumentos fundamentais, enfim, necessários para fazer a transição e tornar a vida vivível, proporcionando a base para que uma pessoa se desenvolva como um sujeito corporal. Por outro lado, o instrumento assume vida própria e pode tornar a vida mais difícil para aquelas pessoas que sofrem por serem patologizadas e que perdem certos direitos e liberdades, incluindo a custódia das crianças, o emprego e a moradia, devido ao estigma inerente ao diagnóstico ou, mais precisamente, devido ao estigma que o diagnóstico reforça e promove. Embora fosse, sem dúvida, melhor que vivêssemos num mundo no qual não houvesse tal estigma - nem tal diagnóstico -, ainda não vivemos num mundo assim. Além disso, a profunda suspeita a respeito da saúde mental daquelas pessoas que transgridem as normas de gênero estrutura a maioria dos discursos e instituições que regulam questões acerca do direito e da possibilidade de ajuda financeira e assistência médica.

No entanto, há um importante argumento a ser feito com referência à liberdade. É importante lembrar que as formas específicas que a liberdade assume dependem das condições e das instituições sociais que geram as opções humanas num dado momento. Aqueles que propõem que a transexualidade é, e deveria ser, uma questão de escolha, um exercício de liberdade, estão sem dúvida certos, estando igualmente

certos ao indicar que vários obstáculos postos pelas profissões psicológicas e psiquiátricas são formas paternalistas de poder por meio das quais uma liberdade humana fundamental está sendo suprimida. Na base de algumas dessas posições está uma abordagem libertária da transformação de sexo. Richard Green, presidente da *Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association* [Associação Internacional de Disforia de Gênero Harry Benjamin], um defensor decidido dos direitos dos transexuais, incluindo o direito de pais transexuais, alega, nesse contexto, que se trata de um assunto referente à liberdade individual e à privacidade. Ele cita John Stuart Mill, dizendo que ele “defende categoricamente que adultos deveriam poder fazer com seus corpos o que desejassem, desde que não prejudicassem uma outra pessoa. Assim, se o terceiro gênero, o transexual, ou aquele que deseje ter um membro amputado, pode levar adiante as responsabilidades subseqüentes à cirurgia, pois desejar a cirurgia não diz respeito à sociedade”.¹³ Embora Green afirme isso - uma afirmação que ele considera “filosófica” -, ele indica que isso entra em conflito com a questão de quem irá pagar, e se a sociedade tem a obrigação de pagar por um procedimento que está sendo defendido como uma questão de liberdade individual.

Não vejo muitas pessoas escrevendo sobre isso, a não ser na Direita Cristã, cuja resposta ao TIG é abraçá-la de coração aberto, dizendo: “Não tire de mim esse diagnóstico! Por favor, patologize-me!”. Certamente, há muitos psiquiatras e psicólogos que insistem que o transtorno de identidade de gênero é uma patologia. E há um professor de neuropsiquiatria e ciência comportamental na Universidade da Carolina do Sul, George Rekers - um professor com muito suporte financeiro e extremamente prolífico -, que reúne um conservadorismo político polemicista com um esforço para intensificar e ampliar o uso desse diagnóstico.¹⁴ Sua principal preocupação parece ser com os meninos, meninos tornando-se homens e homens tornando-se pais com forte presença num casamento heterossexual. Ele também atribui o aparecimento do TIG à dissolução da família, à perda de figuras paternas fortes para os meninos e a posterior “perturbação” que se considera que isso cause. Sua grande preocupação com o surgimento da homossexualidade nos meninos fica clara também em sua discussão quando ele cita a conclusão do *DSM* de 1994, de que 75% dos jovens com TIG acabam, quando adultos, tornando-se homossexuais. Rekers publicou montanhas de estudos salpicados com “dados” apresentados no contexto de protocolos empíricos de pesquisa. Embora largamente

polêmico, ele se considera um cientista e um empiricista, atribuindo preconceito ideológico a seus oponentes. Ele escreve que “numa geração confusa devido a ideologias radicais a respeito dos papéis masculinos e femininos, carecemos de pesquisas sólidas a respeito dos homens e das mulheres que são exemplos de boa adequação a uma identidade masculina segura e a uma identidade feminina segura”.¹⁵ Ele pretende que sua “pesquisa sólida” mostre os benefícios de distinguir claramente entre normas de gênero e suas patologias “para a vida familiar e para a cultura em geral”. Nessa linha, Rekers também indica que “foram publicados achados preliminares que relatam os efeitos terapêuticos positivos de conversões religiosas para curar o transexualismo [...] e o efeito terapêutico positivo de um ministro da igreja para homossexuais arrependidos”.¹⁶ Ele parece relativamente despreocupado com as meninas, o que entendo como inteiramente sintomático de sua preocupação com a autoridade patriarcal e sua inabilidade de perceber a ameaça que as mulheres podem constituir para as pressuposições dele sobre o poder masculino. O destino da masculinidade absorve todo esse estudo porque a masculinidade, um construto frágil e falível, precisa do suporte social do casamento e da vida familiar estável para encontrar seu caminho. De fato, a masculinidade, por si própria, tende, segundo sua maneira de ver, a fraquejar e precisa ser acolhida e apoiada por diversos suportes sociais, sugerindo que a masculinidade é, ela própria, uma função dessas organizações sociais, não tendo nenhum sentido intrínseco a ela para além dessas instituições. De toda forma, há pessoas como Rekers que argumentam de modo intransigente e altamente polêmico não só pela manutenção do diagnóstico, mas também pelo seu reforço, e que apresentam justificativas políticas extremamente conservadoras para reforçá-lo, de modo que as estruturas que dão suporte à normalidade possam ser reforçadas.

Ironicamente, são as próprias estruturas que dão suporte à normalidade que, antes de tudo, impõem a necessidade do diagnóstico, incluindo os benefícios para aqueles que precisam dele para realizar a transição.

É com alguma ironia, portanto, que aquelas pessoas que sofrem com o diagnóstico também consideram que não há muita esperança de se fazer qualquer coisa sem ele. O fato é que nas condições atuais algumas pessoas tenham motivos para se preocupar com as consequências da retirada do diagnóstico e com o insucesso em estabelecer a elegibilidade assistencial para o diagnóstico. Talvez quem é rico seja capaz de gastar as dezenas de milhares de dólares que a transformação de um

FTM (*female-to-male*)¹⁷ necessita, incluindo a mastectomia dupla e uma faloplastia muito bem realizada, mas a maioria das pessoas, especialmente as pessoas transexuais pobres e da classe trabalhadora, não poderão pagar a conta. Ao menos nos Estados Unidos, onde a socialização da medicina é frequentemente entendida como um complô comunista, não será uma opção viável que o Estado ou as companhias de seguro-saúde paguem esses procedimentos sem que, primeiramente, se estabeleça que há justificativas médicas e psiquiátricas sérias e duradouras para tal procedimento. É necessário que se estabeleça a existência de um conflito; é necessário que haja um sofrimento enorme; é necessário que haja uma identificação persistente com o outro gênero; é necessário passar um período de teste se travestindo no outro sexo durante todo o dia para que se avalie a adaptação; é necessário que haja sessões de terapia e cartas atestando o equilíbrio mental. Em outras palavras, é necessário que a pessoa se submeta a todo um aparato regulatório, tal como Foucault o teria chamado, para chegar ao ponto em que alguma coisa semelhante ao exercício da liberdade se torne possível. Essa pessoa tem de se submeter a rótulos e nomes, a incursões, a invasões; tem de ser medida com os parâmetros da normalidade; e tem de passar nos testes. Algumas vezes, o que isso significa é que essa pessoa precisa tornar-se muito astuta ao lidar com tais parâmetros e saber como apresentar-se de um modo tal, que consiga se tornar um candidato plausível. Algumas vezes, os terapeutas se vêem embaraçados quando lhes solicitam uma carta para uma pessoa que quer ser ajudada, mas eles têm horror ao fato de terem de escrever uma tal carta na linguagem do diagnóstico para ajudar essa pessoa, sua cliente, a realizar a vida que deseja.

Num certo sentido, o discurso regulatório em torno do diagnóstico assume vida própria: o discurso regulatório pode, de fato, não chegar a descrever uma pessoa que usa a linguagem para obter o que ela quer; ele pode não refletir as crenças do terapeuta; no entanto, o terapeuta assina seu nome ao dar o diagnóstico e o passa adiante. Abordar o diagnóstico estrategicamente afeta uma série de indivíduos que não acreditam no que eles dizem e que recorrem a uma linguagem que não representa o que é a realidade ou o que ela deveria ser. O preço de usar o diagnóstico para conseguir o que se quer é o de que não se poderá usar a linguagem para dizer o que realmente se pensa que seja verdade. Uma pessoa paga pela sua liberdade, por assim dizer, ao sacrificar o direito de usar a linguagem para dizer a verdade. Em outras palavras, uma forma de liberdade só é obtida ao se renunciar a uma outra.

Talvez isso nos ponha mais perto de compreender o dilema da autonomia que o diagnóstico propõe e o problema específico de como a liberdade deve ser compreendida enquanto condicionada e articulada por meios sociais específicos. A única maneira de assegurar os meios para iniciar tal transformação é aprender como se apresentar num discurso que não é o seu - um discurso que apaga você no ato de representar você -, num discurso que exclui a linguagem que você poderia preferir usar na descrição de quem você é, como você chegou aqui e o que quer desta vida. Tal discurso exclui tudo isso, ao mesmo tempo em que apresenta a promessa - se é que não é uma chantagem - de que você tem uma chance de alcançar a sua vida, o corpo e o gênero que você quer, dado que você concorde em falsificar a si mesma e, ao fazê-lo, em apoiar e ratificar o poder desse diagnóstico sobre muitas pessoas no futuro. Se uma pessoa se declara a favor da escolha - e contra o diagnóstico -, parece necessário que ela tenha de lidar com as graves consequências financeiras para aquelas pessoas que não podem pagar pelos recursos disponíveis e cujo seguro-saúde, se é que há um, não pagará por essa escolha porque ela só está incluída como tratamento eletivo. E mesmo quando leis locais foram aprovadas oferecendo cobertura para trabalhadores de uma determinada cidade que busquem tratamento, tal como agora é o caso em São Francisco, há ainda que se passar nos testes diagnósticos, de modo que a escolha é comprada com base em um preço; algumas vezes, pelo preço da própria verdade.

Em vista da presente situação, se nós quisermos apoiar os pobres e os sem-seguro nessa área, teríamos de apoiar os esforços para estender a cobertura do seguro e o trabalho no âmbito das categorias diagnósticas aceitas pela APA e pela AMA [*American Medical Association*], codificadas no *DSM-IV*. A proposta de ter as questões referentes ao gênero despatologizadas e de que a cirurgia eletiva e o tratamento hormonal sejam cobertos enquanto um conjunto de procedimentos eletivos parece fadada a fracassar apenas porque a maioria dos profissionais da medicina, de seguradoras e da área do Direito apenas assumem como responsabilidade possibilitar as tecnologias para mudança de sexo se estivermos falando de transtornos. Os argumentos de que há nisso uma demanda humana ampla e legítima estão destinados a se mostrar inadequados. Os exemplos dos tipos de justificativa que fariam sentido e deveriam ter direito junto às companhias de seguro incluem: essa transição permitir que uma pessoa realize possibilidades humanas específicas que ajudarão sua vida a se desenvolver; ou essa transição

permitir que uma pessoa se livre do medo, da vergonha e da paralisia, passando para uma situação de aumento de autoestima e de possibilidade para formar laços estreitos com outras pessoas; ou essa transição ajudar a mitigar uma fonte de grandes sofrimentos; ou essa transição realizar um desejo humano fundamental de assumir uma forma corporal que expresse para uma pessoa um sentido fundamental de si mesma. No entanto, algumas clínicas de identidade de gênero, como a da Universidade de Minnesota, chefiada pelo Dr. Walter Bocking, defendem essas posições e oferecem apoio terapêutico para as pessoas dispostas a fazer sua escolha sobre se viverão como transgêneras ou transexuais, se serão de um terceiro sexo, se considerarão isso como um processo de mudança cujo fim não está em vista e pode nunca estar.¹⁸ Mas mesmo essa clínica tem de apresentar para as companhias de seguro elementos que se adequem ao *DSM-IV*.¹⁹

O exercício da liberdade que é praticado por meio da abordagem estratégica do diagnóstico compromete uma pessoa com uma certa não-liberdade, pois o próprio diagnóstico desvaloriza a capacidade de autodeterminação das pessoas que são diagnosticadas, mas cuja autodeterminação, paradoxalmente, é, às vezes, ampliada. Quando o diagnóstico pode ser usado estrategicamente e quando ele solapa o pressuposto de que os indivíduos diagnosticados teriam uma doença sobre a qual não poderiam exercer nenhuma escolha, vê-se que o diagnóstico pode subverter os objetivos do diagnóstico. Por outro lado, para ser aprovado no teste, é necessário que a pessoa se submeta à linguagem do diagnóstico. Embora a finalidade alegada para o diagnóstico seja a de que ele buscaria saber se um indivíduo pode se adequar com sucesso a viver de acordo com as normas do outro gênero, parece que o teste que o TIG efetivamente põe é se um indivíduo pode se adequar à linguagem do diagnóstico. Em outras palavras, pode ser que não se trate de se você pode se adequar às normas que regem a vida quando se tem outro gênero, mas se você pode se adequar ao *discurso psicológico* que estipula quais são essas normas.

Examinemos essa linguagem. A seção sobre o TIG do *DSM* começa deixando claro que esse diagnóstico tem duas partes. A primeira é que “é necessário que a identificação com o outro gênero seja forte e persistente”. Isso, em minha opinião, seria difícil de ser estabelecido, pois as identificações nem sempre se dão assim: elas podem persistir como aspectos de fantasias ocultas, ou partes de sonhos, ou estruturas incipientes de comportamento. Mas o *DSM* nos pede que sejamos um pouco mais positivistas em nossa abordagem da identificação, pressupondo que

podemos determinar com base no comportamento quais identificações estão ocorrendo na vida psíquica de uma dada pessoa. Identificação com o outro sexo é definida como “o desejo de ser” de outro sexo, “ou uma insistência de que uma pessoa é”. O “ou” nesta frase é significativo, pois ele sugere que uma pessoa pode desejar ser do outro sexo - temos de manter em aberto no momento o que “o outro sexo” seja e, aliás, lembrar que isso não é claro - sem necessariamente insistir nisso. Trata-se de dois critérios separados. Eles não precisam surgir de uma vez só. Assim, se há um modo de determinar que uma pessoa tem esse “desejo de ser”, ainda que ela não o afirme, isso seria aparentemente motivo satisfatório para concluir que está ocorrendo identificação com o outro gênero. E se há “uma insistência que uma pessoa é” do outro sexo, então isso funcionaria como um critério separado que, se preenchido, garantiria a conclusão de que está ocorrendo identificação com o outro gênero. De acordo com o segundo critério, é requerido um ato de fala com o qual uma pessoa insiste que ela *é* do outro sexo; essa insistência é compreendida de modo a reconhecer o outro sexo com suas próprias palavras e atribuí-lo a si. Certas expressões desse “desejo de ser” e a “insistência de que eu sou” são excluídas como evidências viáveis para essa insistência. “É necessário que isso não seja meramente um desejo de alguma vantagem cultural em ser do outro sexo.” Agora é o momento para fazer uma pausa, pois o diagnóstico presuppõe que podemos ter uma experiência do sexo sem considerar quais são as vantagens em ser de um determinado sexo. É isso, de fato, possível? Se o sexo é experienciado por nós em uma matriz cultural de sentidos, se ele recebe sua significação e sentido com referência a um amplo mundo social, então podemos separar a experiência do “sexo” de seus significados sociais, incluindo o modo pelo qual o poder funciona através desses significados? “Sexo” é um termo que se aplica ao conjunto da população, de modo que é difícil se referir ao meu “sexo” tal como se ele fosse radicalmente singular. Se não é, em termos gerais, então, nunca apenas o “meu sexo” ou o “seu sexo” que está em questão, mas o modo pelo qual a categoria de “sexo” excede suas apropriações pessoais; assim, seria aparentemente impossível perceber o sexo fora dessa matriz cultural e compreender essa matriz cultural fora das possíveis vantagens que ela possa oferecer. De fato, quando pensamos sobre vantagens culturais, se fazemos alguma coisa - qualquer que seja - devido à vantagem cultural que proporciona, temos de perguntar se o que fazemos é vantajoso para mim, ou seja, se favorece ou satisfaz meus desejos e aspirações.

Há análises grosseiras que sugerem que o FTM acontece somente porque, na sociedade, é mais fácil ser homem do que mulher. Mas essas análises não questionam se é mais fácil ser trans do que ser percebido como um gênero “bio”, ou seja, como um gênero que pareça “ser consequência” do sexo de nascimento. Se fosse a vantagem social que, unilateralmente, estivesse regendo todas essas decisões, então as forças a favor da conformidade social provavelmente venceriam. Mas é possível argumentar que é mais vantajoso ser uma mulher se você quer usar, na rua à noite, echarpes vermelhas fantásticas em volta do pescoço e saias apertadas. Em alguns lugares do mundo, isso é obviamente verdade, embora mulheres “bio”, drags, transgêneras e mulheres trans, todas corram riscos na rua, particularmente se alguma delas for considerada uma prostituta. De modo semelhante, pode-se dizer que em geral é culturalmente mais vantajoso ser homem se você quer ser levado a sério em um seminário de filosofia. Mas alguns homens não estão em posição vantajosa se não conseguem falar de modo a atender às expectativas de masculinidade; ser um homem não é suficiente para que ele consiga falar conforme essas expectativas. Assim, me pergunto se é possível considerar o processo de transformação em um sexo ou no outro sem considerar a vantagem cultural que isso pode oferecer, pois a vantagem cultural que isso pode oferecer será a vantagem que isso oferece a uma pessoa que tem certos tipos de desejo e quer tirar proveito de certas oportunidades culturais.

Se o TIG insiste que o desejo de ser de um outro sexo ou a insistência de que uma pessoa é do outro sexo tem de ser avaliado sem referência à vantagem cultural, pode ser que o TIG entenda errado alguma das forças culturais que produzem e mantêm certos desejos desse tipo. E assim o TIG teria também de responder à questão epistemológica se o sexo pode ser mesmo considerado fora da matriz cultural das relações de poder nas quais a vantagem e a desvantagem relativas vêm juntas com essa matriz.

O diagnóstico requer que haja “desconforto persistente” a respeito do sexo atribuído a uma pessoa ou “sentimento de inadequação”, e aqui entra o discurso do “não se sentir à vontade”. Pressupõe-se que haja um sentimento de adequação que as pessoas podem e devem ter, um sentimento de que este gênero é adequado para mim, adequado em mim. E que há um conforto que eu teria, poderia ter, e que poderia ser alcançado se eu me adequasse à norma. Num sentido importante, o diagnóstico assume que as normas de gênero são relativamente fixas e que o problema é assegurar que você encontre o que é certo, aquela norma que não fará

you se sentir inadequada onde you está, confortável no gênero que é o seu. É necessário que haja evidência de “sofrimento intenso” - sim, certamente, sofrimento intenso. E se não houver “sofrimento intenso”, então deverá haver “comprometimento das funções sociais”. Aqui cabe perguntar de onde vem tudo isso: o sofrimento intenso e o comprometimento funcional, o não ser capaz de se portar adequadamente no local de trabalho ou lidando com algumas tarefas cotidianas. O diagnóstico pressupõe que uma pessoa sinta sofrimento intenso, desconforto e inadequação porque essa pessoa é do gênero errado e que adequá-la a uma norma de gênero diferente, se isso for viável para essa pessoa, a fará sentir-se muito melhor. Mas o diagnóstico não questiona se há problema com as normas de gênero que são aceitas como fixas e imutáveis, se essas normas produzem sofrimento intenso e desconforto, se impedem algumas pessoas de desempenhar suas funções, ou se geram sofrimento para algumas pessoas ou para muitas delas. Nem as normas questionam as condições nas quais elas proporcionariam um sentimento de conforto, de pertencimento, ou mesmo se elas se tornam o lugar de realização de certas possibilidades humanas que deixam as pessoas se voltarem para seu futuro, sua vida e seu bem-estar.

O diagnóstico busca estabelecer critérios pelos quais uma pessoa que se identifica com o sexo oposto possa ser reconhecida, mas o diagnóstico, ao desenvolver esses critérios, desenvolve uma versão muito rígida das normas de gênero. Ele estabelece da seguinte maneira as normas de gênero (as ênfases são minhas) na linguagem da simples descrição: “Em meninos, a identificação com o sexo oposto se manifesta como uma preocupação marcante com as atividades femininas tradicionais. Eles podem apresentar uma preferência em vestir-se com roupas de meninas ou de mulheres ou *podem improvisar tais itens com os materiais disponíveis* quando não há materiais genuínos. Toalhas, aventais e echarpes são usados frequentemente para representar cabelos longos ou saias”. A descrição baseia-se aparentemente numa história de observações reunidas e resumidas; alguém viu meninos agindo assim e relatou isso; outros também fizeram relatos, esses relatos foram reunidos e desses atos de observação foram feitas generalizações. Mas quem está observando e por meio de que grade de observação? Isso é não sabemos. E embora nos seja dito que nos meninos essa identificação é “marcante” devido uma preocupação com as “atividades femininas tradicionais”, não nos é dito o que se entende por “marcante”. Mas isso é aparentemente importante, pois o “marcante” será o que separa, do que é observado, o que serve de evidência para a tese proposta.

De fato, o que decorre dessa assertiva parece solapar a própria assertiva, pois o que se diz que os meninos fazem é se ocupar com uma série de substituições e improvisações. Dizem que os meninos podem ter preferência em vestir-se com roupas de menina ou de mulher, mas não nos é dito se a preferência se manifesta quando realmente se vestem com essas roupas. Ficamos com uma vaga noção de “preferência” que poderia simplesmente descrever um suposto estado mental, uma disposição interna ou algo talvez inferido com base na prática. Isso permanece aberto a interpretações. Dizem que essa prática dos meninos é uma improvisação - para isso, eles pegam itens que estão disponíveis e os fazem passar por roupas femininas. Roupas femininas é chamada de “roupa genuína”, o que nos leva a concluir que os materiais com os quais os meninos estão fazendo seus improvisos não chegam a ser genuínos, talvez sejam não-genuínos ou “falsos”. “Toalhas, aventais, echarpes são frequentemente usados para representar cabelos longos e saias.” Assim, há um certo jogo imaginário e uma capacidade para transfigurar um item em outro, através de um processo de improvisação e substituição. Em outras palavras, há uma prática artística, difícil de nomear, acontecendo aqui; um ato simples, difícil de ser conformado a uma norma. Alguma coisa está sendo feita, a partir de outra, alguma coisa está sendo tentada. E se é um improviso, não está estabelecido antes de começar.

Embora a descrição prossiga insistindo na fascinação desses meninos com as “bonecas com o estereótipo feminino” - “Barbie” é mencionada pelo nome - assim como com as “figuras femininas imaginárias”, nenhum relato da posição das bonecas e da fantasia na formação da identificação de gênero nos é apresentado. Para que um gênero seja objeto de fascinação ou, de fato, para que um, por assim dizer, estereótipo seja uma fonte de fascinação, isso pode se dever a diferentes relações com os estereótipos. Talvez o estereótipo seja fascinante porque ele é sobredeterminado, talvez tenha se tornado o objeto de vários desejos conflitantes. O *DSM* pressupõe que a boneca com a qual você brinca é aquela que você quer ser, mas talvez você queira ser sua amiga, sua rival, sua amante. Talvez você queira essas coisas todas de uma vez. Talvez você fique trocando de papéis com a boneca. Talvez brincar com a boneca seja também um exercício de improvisação que articula um conjunto complexo de disposições. Talvez algo mais esteja acontecendo juntamente com o simples ato de conformar-se com a norma. Talvez se esteja brincando com a própria norma, quem sabe, explorando-a ou mesmo

explodindo-a. Precisariíamos ver o ato de brincar como um fenômeno mais complexo do que como ele é considerado no *DSM*, se quisermos começar a colocar e a analisar questões desse tipo.

De acordo com o *DSM-IV*, é possível dizer que as meninas estão fazendo uma identificação com o sexo oposto quando elas brigam com os pais quanto a usar certo tipo de roupa. Se elas preferem roupas de menino e cabelos curtos, além de ter muitos amigos meninos, isso expressaria um desejo de se tornarem meninos, mas também, curiosamente, “elas são com frequência identificadas erroneamente como sendo meninos”. Estou tentando pensar a fundo como é possível que a evidência da identificação com o gênero oposto se deva ao fato de uma menina ser identificada como sendo um menino por um estranho. Aparentemente, designações sociais feitas ao acaso estão sendo aceitas como evidência, tal como se um estranho *soubesse* algo sobre a constituição psicológica da menina; ou tal como se a menina tivesse solicitado tal abordagem pelo estranho. O *DSM* vai adiante dizendo que a menina “pode vir a pedir para ser chamada por um nome masculino”. Mas ainda aqui, ao que parece, ela é primeiramente vista como um menino e, apenas após ser considerada assim, quer ter um nome de menino que confirmará a maneira como é vista. Aqui, mais uma vez, a própria linguagem que o *DSM* propõe parece ir contra seus próprios argumentos, pois o que se quer é que seja possível afirmar a identificação com o sexo oposto como uma parte do transtorno de identidade de gênero e, assim, como um problema psicológico que pode ser abordado com um tratamento. Imagina-se que cada indivíduo tem uma relação própria com seu “sexo atribuído” e que essa relação seja de desconforto e sofrimento intenso, ou um sentimento de conforto e de estar em paz. Mas mesmo essa noção de “sexo atribuído” - sexo “atribuído” no nascimento - pressupõe que o sexo é produzido e reiterado socialmente e que ele vem a nós não a partir meramente de uma reflexão psicológica que cada uma de nós faz sobre si mesma, mas a partir de uma interrogação crítica que cada uma de nós faz de uma categoria social que é atribuída a nós que nos excede em sua generalidade e poder, mas que também, consequentemente, se mostra no nosso corpo. É interessante que o *DSM* busque estabelecer o gênero como um conjunto de normas convencionais e mais ou menos fixas, mesmo quando nele nos é dada a evidência do contrário, quase como se isso estivesse em desacordo como seus próprios objetivos. Assim como os meninos que improvisavam e usavam objetos substitutos estavam fazendo algo diferente do que se conformar às regras

pré-estabelecidas, as meninas também parecem entender algumas coisas sobre atribuições sociais, sobre o que pode acontecer se alguém passa a se dirigir a elas como se fossem meninos e o que isso pode abrir como possibilidades. Não estou segura de que a menina que tire partido de uma interpelação assim fortuita e oportuna esteja oferecendo uma evidência de algum tipo de “transtorno” prévio. Antes, ela está indicando que a maneira pela qual o sexo surge, por meio da atribuição, abre possibilidades para redesignações que promovem a percepção de sua iniciativa própria, de jogo e de outras possibilidades. Assim como os meninos, quando brincam com as echarpes tal como se elas fossem alguma outra coisa, estão se instruindo sobre o mundo dos acessórios e das improvisações, também as meninas, tirando proveito da oportunidade de serem chamadas por um outro nome, estão explorando as possibilidades de dar nomes a si mesmas no contexto de um mundo social. Elas não estão apenas fornecendo evidências quanto a seu estado interior, mas realizando certo tipo de ação e, até mesmo, se engajando em práticas que vão se mostrar essenciais na própria construção do gênero.

O *DSM*, tal como vários psiquiatras, oferece um certo discurso da compaixão que sugere que a vida com um tal transtorno causa sofrimento intenso e infelicidade. O *DSM* mostra, sobre isso, sua própria antipoesia: “nas crianças jovens, o sofrimento intenso se manifesta pela infelicidade verbalizada acerca do sexo atribuído”. Aqui parece que a única infelicidade é aquela criada por um desejo interior, e não por faltar apoio a essas crianças; essa infelicidade se deveria ao fato de que os adultos para os quais as crianças estão confessando sua infelicidade as estão diagnosticando; enfim, devido ao fato de que a norma de gênero enquadra a conversa através da qual a infelicidade se expressa. Ao mesmo tempo em que o *DSM* pretende estar diagnosticando um sofrimento intenso que, como um resultado do diagnóstico, se torna algo a ser, portanto, apaziguado, ele também aceita que a “pressão social” pode levar a um “extremo isolamento de tais crianças”. O *DSM* não fala de suicídio, ainda que saibamos que a crueldade da pressão dos colegas adolescentes nas pessoas jovens transgêneras pode levar ao suicídio. O *DSM* não fala de riscos de morte em geral ou de assassinato, algo que aconteceu apenas a alguns quilômetros de minha casa na Califórnia, em 2002, quando o transgênero Gwen Araujo chegou a uma festa de adolescentes trajando um vestido, e seu corpo veio a ser encontrado num contraforte da Serra Madre, após ter sido espancado e estrangulado.

Aparentemente, o “sofrimento intenso” inerente ao fato de se viver em um

mundo no qual suicídio e morte violenta são graves questões não faz parte do diagnóstico de TIG. O *DSM*, após uma breve discussão acerca do que é eufemisticamente chamado de “provocação e rejeição por parte de colegas”, indica que as “crianças podem recusar ir à escola devido às provocações ou à pressão para que se vistam com roupas típicas ao sexo atribuído”. Aqui a linguagem do texto parece indicar que o comprometimento das funções sociais usuais é causado pela pressão das normas sociais. No entanto, na frase seguinte, o *DSM* delimita o sofrimento causado pelas normas sociais ao afirmar que se trata de uma preocupação própria a uma pessoa com seus desejos de identificação com o gênero oposto que frequentemente “interfere com as atividades usuais” e leva ao isolamento social. De certa maneira, a violência social contra pessoas jovens transgêneras é descrita com os eufemismos de provocação e rejeição e, assim, o sofrimento causado por ela é deslocado para um problema interno, um sinal de preocupação, de um enclausuramento, que parece ser consequência dos próprios desejos. O “isolamento” indicado aqui é de fato uma realidade, ou são as comunidades de apoio que se esquivam à observação? E quando há isolamento, é ele, portanto, o sinal de uma patologia? Ou ele é, para algumas pessoas, o esforço de expressar certos tipos de desejo em público?

O que é mais preocupante, contudo, é como o diagnóstico exerce, por si mesmo, pressão social, causando intenso sofrimento, estabelecendo desejos como patológicos, reforçando a regulação e o controle daqueles que os expressam em ambientes institucionais. De fato, há que se pôr a questão se o diagnóstico de pessoas jovens transgêneras não atua exatamente como a pressão dos colegas, como uma forma excelsa de provocação, como uma forma eufemística de violência social. E se concluirmos que ele funciona dessa maneira, ou seja, fazendo o papel de normas de gênero, buscando forçar a adaptação às normas existentes, então como retornaremos à controversa questão do que é que o diagnóstico oferece? Se parte do que o diagnóstico oferece é o reconhecimento social de que terceiros, incluindo o seguro-saúde, estarão dispostos a pagar pelas mudanças médicas e tecnológicas desejadas, seria realmente possível abolir totalmente o diagnóstico? De toda forma, o dilema com o qual nos defrontamos apresenta os termos que, afinal, o reconhecimento social impõe. Já que, mesmo que posições libertárias nos induzam a entender isso como um direito pessoal, é um fato que somente medidas sociais e políticas podem garantir e implementar os direitos pessoais. Afirmar um direito

não é o mesmo que ser capaz de exercê-lo e, neste caso, o único direito nisso que é passível de reconhecimento é o “direito de ser reconhecido como portador de um transtorno e de tirar proveito de benefícios médicos e jurídicos que busquem sua retificação”. Uma pessoa exerce esse direito apenas submetendo-se a um discurso patologizante, e, ao se submeter a esse discurso, essa pessoa obtém um certo poder, uma certa liberdade.

É possível e necessário dizer que o diagnóstico leva ao alívio do sofrimento; e é possível e necessário dizer que o diagnóstico intensifica o próprio sofrimento que precisa ser aliviado. Nas rígidas condições sociais atuais, nas quais as normas de gênero ainda são apresentadas seguindo maneiras convencionais e nas quais desvios da norma são vistos como suspeitos, a autonomia se mantém como um paradoxo²⁰. Evidentemente, é possível mudar-se para um país onde o Estado pagará pela cirurgia de redesignação sexual, recorrer ao “fundo transgênero”, sustentado por uma ampla comunidade para ajudar aqueles que não podem pagar os altos custos, ou ainda solicitar um auxílio para indivíduos que precisam de “cirurgia estética”. O movimento para que pessoas trans se tornem terapeutas e diagnosticadoras tem ajudado e seguirá ajudando nessas questões. São formas de lidar com as imposições do diagnóstico, até que o diagnóstico chegue a seu fim. Mas, se o diagnóstico, a longo prazo, deve acabar, as normas que regem o modo no qual compreendemos a relação entre identidade de gênero e saúde mental têm de mudar radicalmente, de modo que as instituições econômicas e jurídicas reconheçam quando a transformação de gênero é essencial para o sentimento de ser uma pessoa de um modo pleno, para o bem-estar e para o desenvolvimento enquanto um ser corporal. Uma pessoa, por um lado, precisa do mundo social para, de certa maneira, ser capaz de reivindicar o que ela é nela mesma; por outro, o que se vê é que o que uma pessoa é nela mesma depende sempre do que uma pessoa não é, das condições sociais que, por sua vez, anulam e desfazem essa autonomia.

Num certo sentido, precisamos nos desfazer para que sejamos nós mesmas: precisamos ser parte de um extenso tecido social para criar quem nós somos. Este é, sem dúvida, o paradoxo da autonomia, um paradoxo que é intensificado quando as regulações do gênero funcionam para paralisar a capacidade de ação do gênero em vários níveis. Até que essas condições sociais tenham mudado radicalmente, a liberdade requererá não-liberdade, e a autonomia estará enredada em sujeição. Se o mundo social - um sinal de nossa heteronomia constitutiva - precisa mudar para

que a autonomia se torne possível, então a escolha individual mostrará ser dependente desde o início de condições que nenhum de nós produziu ou desejou, e nenhum indivíduo será capaz de fazer escolhas fora do contexto de um mundo social radicalmente mudado. A mudança vem de uma ampliação de ações coletivas e difusas que não seriam próprias a nenhum sujeito singular, ainda que um efeito dessas mudanças seja que se venha a agir como um sujeito.

Notas

* Publicado originalmente em: BUTLER, Judith. Undiagnosing Gender. In: _____. *Undoing Gender*. New York: Routledge, 2004, p. 74-101.

¹ No Brasil, a sigla LGBTTT designa pessoas lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais. Nos Estados Unidos, a sigla GLBTQI designa ainda pessoas *queers* e intersexos. [N. T.]

² N.T.: *gender identity disorder* - GID.

³ Ver: Richard Friedman, *Gender Identity*. Esse ponto de vista, no entanto, mantém que o diagnóstico descreve uma patologia; assim, nessa perspectiva, o diagnóstico não deveria ser mantido apenas por razões instrumentais.

⁴ Ver: Robert Pela, *Boys in the Dollhouse, Girls with Toy Trucks*, p. 55. Ele argumenta que “a Associação Psiquiátrica Americana inventou as categorias de saúde mental - especificamente a de desordem de identidade de gênero - que visam a patologizar a homossexualidade e continuar ofendendo a juventude gay”. Ele também cita Shannon Minter, ao dizer que “GID é apenas um outro modo de expressar homofobia”. Ver também: Katherine Rachlin, *Transgender Individuals' Experiences of Psychotherapy*. Ela indica que “indivíduos podem se ressentir de ter despendido tempo e dinheiro para serviços psicológicos com o propósito de obter serviços médicos. Eles também podem ter receios a respeito de falar com alguém que detém o poder de possibilitar ou negar a eles o acesso a intervenções que eles sentem precisar. Esse receio e esse ressentimento criam uma dinâmica entre terapeuta e cliente que pode ter um impacto no processo e no resultado do tratamento”. Ver ainda: A. Vitale, *The Therapist versus the Client*.

⁵ É importante indicar que o transexualismo foi diagnosticado pela primeira vez em 1980 no *DSM-III*. No *DSM-IV*, publicado em 1994, o transexualismo não aparece, mas é tratado sob a rubrica de desordem de identidade de gênero (*gender identity disorder* - GID). O diagnóstico, tal como formulado atualmente, requer que os candidatos a cirurgia e a tratamento transexual mostrem “evidência de uma identificação transgênica forte e persistente ou a insistência de ser do outro sexo”. Além disso, “essa identificação transgênica não pode ser meramente o desejo de alguma vantagem cultural percebida em ser do outro sexo”, mas “é necessário também que haja evidência de desconforto persistente a respeito de seu sexo ou a percepção de não-pertencimento ao papel de gênero desse sexo”. O diagnóstico “não fica estabelecido se o indivíduo tiver um problema concomitante de saúde de ordem intersexual”, e “para estabelecer o diagnóstico, é necessário haver evidência de sofrimento clinicamente relevante ou

de prejuízo na área social, ocupacional ou em outra área importante de atividade”. Para mais informação, ver <http://trans-health.com>, Issue 4, v. 1, Spring 2002; ver a mesma publicação online, Issue 1, v. 1, Summer 2001, a respeito de uma crítica importante intitulada *The Medicalization of Transgenderism*, um trabalho em cinco partes escrito por Whitney Barnes (publicado nos números subsequentes) que, de um modo exaustivo e incisivo, discute um largo espectro de questões pertinentes relacionadas à categoria diagnóstica.

⁶ Decidimos manter a expressão *queer crossing* na língua inglesa porque a tradução poderia descaracterizar o significado cultural da palavra *queer*. É importante salientar que *queer* significa *estranho* e também era utilizada como um termo pejorativo para designar um homossexual; no entanto, essa palavra foi reapropriada pelo movimento de gays e lésbicas, passando a ser utilizada para indicar um trânsito entre os gêneros ou um comportamento híbrido. [N. T.]

⁷ Decidimos manter a palavra *butch* sem tradução, já que as várias palavras em português candidatas a traduzi-la se mostraram inadequadas. [N. T.]

⁸ Para uma discussão sobre as mudanças de nomenclatura na história do diagnóstico para diferenciar os que são considerados como tendo, desde o início, “disforia de gênero” [*gender dysphoric*] dos que chegam a essa conclusão com o passar do tempo, ver “The Development of a Nomenclature”, em *The Standards of Care for Gender Identity Disorder* da Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association.

⁹ Richard Isay, *Remove Gender Identity Disorder from DSM*.

¹⁰ Ver, por exemplo, Friedman, *Gender Identity*.

¹¹ Jacob Hale, *Medical Ethics and Transsexuality*. Ver também Richard Green: *Should sex change be available on demand?* Isso praticamente não era uma questão em 1969, já que a barreira quase insuperável então era receber uma redesignação profissionalmente aprovada. Se um paciente de gênero pode procurar um cirurgião que não requer um encaminhamento psiquiátrico ou psicológico prévio, deveriam ser feitas pesquisas comparando os resultados obtidos entre os que foram encaminhados profissionalmente e os que se autoencaminharam. Assim, uma questão ética poderia ser se o sucesso for menor (ou as falhas maiores) entre os autoencaminhados, os adultos competentes não deveriam, de algum modo, dispor dessa autonomia para o autoencaminhamento? Mais à frente, ele põe a questão: “deveria haver um limite da autonomia de uma pessoa sobre seu corpo?” (*Transsexualism and Sex Reassignment, 1966-1999*). Green também aprova o fato de que alguns indivíduos transgenéricos passaram a atuar profissionalmente, de modo que eles são os que fazem o diagnóstico e também elegem os benefícios médicos.

¹² Para uma discussão da etiologia do diagnóstico que aborda os achados psicológicos recentes sobre o arrependimento pós-operatório e as “taxas de sucesso” da cirurgia de redesignação sexual, ver: P. T. Cohen-Kettenis e L. J. G. Gooren, *Transsexualism: A Review of Etiology, Diagnosis, and Treatment*.

¹³ Richard Green, *Transsexualism and Sex Reassignment*.

¹⁴ Ver, por exemplo, George A. Rekers, “Gender Identity Disorder”, in *The Journal of Family and Culture*, com uma última revisão para o *Journal of Human Sexuality*, uma publicação de Christian

Leadership Ministries em 1996, www.leaderu.com/jhs/rekers. Ele propõe a conversão para o cristianismo como a “cura” para a transexualidade e oferece um guia psicológico para aqueles “afligidos” com e “arrepentidos” dessa condição em seu *Handbook of Child and Adolescent Sexual Problems*.

¹⁵ Richard Green, *Transsexualism and Sex Reassignment*.

¹⁶ Ibid.

¹⁷ FTM é um homem trans, ou seja, um transexual que passou pela transformação de mulher para homem (*female-to-male*).

¹⁸ Ver Walter O. Bockting e Charles Cesaretti, *Spirituality, Transgender Identity, and Coming Out*, e Walter O. Bockting, *From Construction to Context: Gender Through the Eyes of the Transgendered*.

¹⁹ Um relato marcante de como essa clínica trabalha para oferecer um ambiente acolhedor para seus clientes ao mesmo tempo em que busca assegurar benefícios por meio do uso de diagnósticos pode ser visto em Walter O. Bockting, *The Assessment and Treatment of Gender Dysphoria*. Outro relato marcante está em Richard Green, *Transsexualism and Sex Reassignment*, 1966-1999.

²⁰ Richard Green, na conferência citada acima, sugere que o paradoxo não está entre autonomia e sujeição, mas está implícito no fato de que o transexualismo é um autodiagnóstico. Ele escreve que “é difícil encontrar um doença psiquiátrica ou médica sobre a qual o paciente estabelece o diagnóstico e prescreve o tratamento”.

Abstract

Undiagnosing gender

The paper takes stock of the current debate on the undoing of the pathologization process of transsexuality in the United States. The author asserts that, if, on one hand, the diagnosis of Gender Identity Disorder is still considered worthwhile to be maintained as to ease the financial means to the transition, on the other hand, opposing the diagnosis is also needed in that the diagnosis presumes as a mental illness what should rather be understood as a possibility among many of gender self-determination. Bringing to light how complex and paradoxal this debate is, she contends that these two stands should, however, not be considered fully contradictory since, in her viewpoint, transautonomy will not be achieved as long as a legal, medical and social supportive net is not brought about, which only will really make it possible that one lives a transsexual life.

► **Key words:** transsexuality; gender identity diagnosis; gender; sexuality, autonomy, public health.