



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social

Carlos André Chaves Mack

A emergência da categoria da transexualidade na interseção com as técnicas biomédicas

Rio de Janeiro

2015

Carlos André Chaves Mack

A emergência da categoria da transexualidade na interseção com as técnicas biomédicas

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Ciências Humanas e Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dra. Rafaela Teixeira Zorzanelli

Rio de Janeiro

2015

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CB/C

M153 Mack, Carlos André Chaves
A emergência da categoria da transexualidade na
interseção com as técnicas biomédicas / Carlos André Chaves
Mack. – 2015.
105 f.

Orientadora : Rafaela Teixeira Zorzaneli.

Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio
de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Transexualismo - Teses. 2. Biomedicina - Teses. 3.
Biotecnologia – Teses. I. Zorzaneli, Rafaela Teixeira. II.
Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de
Medicina Social. III. Título.

CDU 613.885

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta
dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Carlos André Chaves Mack

A emergência da categoria da transexualidade na interseção com as técnicas biomédicas

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Ciências Humanas e Saúde.

Aprovada em 24 de fevereiro de 2015.

Orientadora: Prof.^a Dra. Rafaela Teixeira Zorzanelli

Instituto de Medicina Social – UERJ

Banca Examinadora: _____

Prof. Dr. Sérgio Luis Carrara

Instituto de Medicina Social – UERJ

Prof. Dr. Horacio Federico Sívori

Instituto de Medicina Social – UERJ

Profa. Dra. Anna Paula Vencato

Universidade Paulista - UNIP

Rio de Janeiro

2015

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho a meus pais Carlos Eduardo e Adriana que, em todo e qualquer momento da minha vida acadêmica, apoiaram minhas escolhas e ofereceram condições para que eu me superasse.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais Carlos Eduardo e Adriana, por absolutamente todos os ensinamentos e exemplos que me fazem querer ser uma pessoa melhor sempre.

Ao meu irmão Carlos Eduardo e irmã Ana Paula (in memoriam), pelos momentos juntos, pelo amor e admiração que sempre tive por vocês.

Ao meu padrinho Luís, à minha madrinha Elaine, tixs, primxs, afilhado e sobrinhxs. Aos queridos parentes que já faleceram. Vocês são a minha alegria, a minha paz.

À todos meus amigos e amores, com quem me importo mais do que normalmente posso expressar. À Ana Raquel, que me apresentou o IMS. Ao Gegê e Gabriel, que constantemente me ofereceram palavras de estímulo e conforto ao longo do processo de escrita.

À minha orientadora Rafaela Teixeira Zorzanelli, que sempre com muita competência, exigência e gentileza, me fez chegar além do que eu pensaria conseguir.

À professora Márcia Arán (in memoriam), por ter me acolhido inicialmente no IMS, me estimulado e apresentado autores e discussões que influenciariam meu percurso no Instituto.

Ao Instituto de Medicina Social da UERJ. Sua história, seu corpo docente, discente e funcionários fazem com que esse seja o lugar onde quero estar.

Aos colegas e amigos de Mestrado: Raquel, Isabela, Ana Luisa, Pedro Henrique, Lígia, Mariah, Denise, Olívia e Bruno. Vocês formaram, brevemente mas para sempre, a minha “turma”. Nossos dias de angústia e alegria juntos serão sempre recordados com risadas e carinho.

À CAPES, pela bolsa concedida que possibilitou meus estudos.

I don't care if it hurts,
I wanna have control.
I want a perfect body,
I want a perfect soul.
I want you to notice,
When I'm not around.
You're so fucking special,
I wish I was special.

But I'm a creep, I'm a weirdo.
What the hell am I doing here?
I don't belong here.

Thom Yorke (Creep - Radiohead)

RESUMO

MACK, Carlos André Chaves. *A emergência da categoria da transexualidade na interseção com as técnicas biomédicas*. 2015. 105f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

Refletindo sobre a emergência da categoria da transexualidade como a conhecemos na atualidade e seus desdobramentos sociais, políticos e subjetivos, especialmente a partir da segunda metade do século XX, procuramos nessa dissertação discutir o contexto que possibilitou o fenômeno da medicalização tecnológica dessa categoria. Ao desenvolvê-lo, essa pesquisa aponta atores da categoria médica e da militância que compuseram uma relação de negociação entre a demanda do indivíduo transexual e as possibilidades técnicas, legais e discursivas da biomedicina. Inicialmente, buscamos compreender como os profissionais médicos, psiquiatras e psicanalistas, pertencentes à ciência da sexologia a partir do fim do século XIX, incluíram em seus discursos e práticas os comportamentos sexuais considerados desviantes na época. O homossexualismo e o travestismo, representantes dessas “perversões”, constituíram categorias diagnósticas e identitárias de fundamental importância para a inauguração da transexualidade enquanto categoria nosológica médico-psiquiátrica e enquanto “tipo humano”, ou seja, uma forma subjetiva de experiência e identidade de gênero. Diante disso, e considerando o contexto sociocultural e o desenvolvimento biotecnológico hormonal e cirúrgico na época, temos a hipótese que a criação dessa categoria só foi possível devido à incorporação em indivíduos transexuais de procedimentos tecnocientíficos que possibilitaram que suas transformações anatomobiológicas construíssem o gênero desejado. A medicalização da transexualidade e sua regulação médico-jurídica, ao mesmo tempo em que são vetores de patologização e de estigma, possibilitaram o acesso à essas transformações corporais. Essa pesquisa problematiza o acesso à essas tecnologias, condicionado à obtenção do diagnóstico psiquiátrico, e aborda a relação interativa entre os aspectos discursivos e práticos da categoria médica e dos indivíduos transexuais e militância, assim como seus efeitos que iluminam essa questão. Finalmente, com o objetivo de ilustrar e compreender a interação entre a tecnologia e o corpo transexual, descrevemos e discutimos brevemente os principais procedimentos aplicados em homens transexuais e mulheres transexuais na transição de gênero.

Palavras-chave: Transexualidade. Medicalização. Gênero. Biotecnologia. Processo transexualizador.

ABSTRACT

MACK, Carlos André Chaves. *The emergence of the category of transsexuality at the intersection with biomedical techniques*. 2015. 105f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

Reflecting on the emergence of the category of transsexuality as we know it today and its social, political and subjective consequences, particularly from the second half of the twentieth century, we tried in this dissertation to discuss the context that enabled the phenomenon of technological medicalization of this category. By developing it, this research presents physicians and activists actors who established a negotiation process between the demand of transsexual individuals and biomedicine's technical, legal and discursive possibilities. Initially, we sought to understand how medical professionals, psychiatrists and psychoanalysts, belonging to the science of sexology from the late nineteenth century, included in their discourses and practices sexual behaviors considered deviant at the time. Homosexuality and transvestism, representatives of these "perversions", were diagnostic and identity categories of fundamental importance for the inauguration of transsexuality as a medical and psychiatric nosological category and as a "human kind", in other words, a subjective form of gender experience and identity. Therefore, and considering the socio-cultural context and the hormonal and surgical biotechnological development at the time, we have the hypothesis that the creation of this category was only possible due to the embodiment in transgender individuals of technoscientific procedures that enabled the anatomical and biological transformations to build the desired gender. The medicalization of transsexuality and its medical-legal regulation, while they are vectors of pathologization and stigma, allowed access to these body changes. This research discusses the access to these technologies, subject to obtaining the psychiatric diagnosis, and addresses the interactive relationship between the discursive and practical aspects of the medical category and transsexual activists and individuals, as well as its effects that illuminate this issue. Finally, in order to illustrate and understand the interaction between technology and the transsexual body, we describe and briefly discuss the main procedures applied in transsexual men and transsexual women in gender transition.

Keywords: Transsexuality. Medicalization. Gender. Biotechnology. Transsexual's sex reassignment process.

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	12
1	TRANS-FORMAÇÃO	17
1.1	A medicalização tecnológica da (trans)sexualidade	17
1.2	Krafft-Ebing, Havelock Ellis e Magnus Hirschfeld: a medicalização da sexualidade	21
1.2.1	<u>Krafft-Ebing</u>	21
1.2.2	<u>Havelock Ellis</u>	23
1.2.3	<u>Magnus Hirschfeld</u>	24
1.3	A segunda metade do século XX	27
1.3.1	<u>Além da tecnologia</u>	30
1.4	Cauldwell, Benjamin, Money e Stoller: a emergência da categoria transexual	31
1.4.1	<u>David O.Cauldwell</u>	32
1.4.2	<u>Harry Benjamin</u>	33
1.4.3	<u>John Money</u>	38
1.4.4	<u>Robert Stoller</u>	40
1.5	O dispositivo da transexualidade e a criação do tipo transexual	45
1.5.1	<u>O diagnóstico</u>	47
1.5.2	<u>Desmedicalização</u>	50
2	TRANS-TECNOLOGIA	53
2.1	Cirurgias completas e divulgação científica	55
2.2	Biotecnologia e mídia a partir da segunda metade do século XX	57
2.3	Manuais médico-psiquiátricos	59
2.4	Atendimento trans-específico no Brasil	63
2.4.1	<u>Quem acessa</u>	67
2.5	A intervenção biotecnológica na infância e adolescência transexual	72
2.6	Aspectos gerais da hormonioterapia para MtFs e FtMs	78
2.7	A intervenção biotecnológica em mulheres transexuais (MtF)	80
2.7.1	<u>Hormonioterapia</u>	80

2.7.2	<u>Vaginoplastia</u>	81
2.7.3	<u>Aumento dos seios</u>	82
2.7.4	<u>Feminização facial</u>	83
2.7.5	<u>Labioplastia</u>	85
2.7.6	<u>Cirurgia vocal ou laringoplastia para feminização</u>	85
2.8	A intervenção biotecnológica em homens transexuais (FtM)	86
2.8.1	<u>Hormonioterapia</u>	86
2.8.2	<u>Mastectomia ou mamoplastia masculinizadora</u>	87
2.8.3	<u>Neofaloplastia ou faloplastia</u>	89
2.8.4	<u>Metoidioplastia</u>	92
3	CONCLUSÃO	94
	REFERÊNCIAS	99

INTRODUÇÃO

Os corpos humanos, ao longo da história, modificaram suas configurações originais por diferentes motivos e propósitos, em interações com uma variedade de recursos tecnológicos. As cirurgias estéticas, próteses, tatuagens, hormônios, cirurgias de transgenitalização, dentre outros procedimentos, produzem alterações na representação corporal dos indivíduos e, simultaneamente, criam e transformam sua subjetividade e expressão psicossocial. Em outras e breves palavras, e considerando os possíveis níveis de influência que cada procedimento pode exercer, a incorporação da tecnologia produz uma nova forma de existir.

Nos interessa nessa pesquisa a relação que os indivíduos transexuais, a partir do sentimento de inadequação ao gênero designado no nascimento¹ e aproximação com o diagnóstico médico-psiquiátrico, procuraram, com a incorporação de determinadas técnicas, construir um corpo “artificial” que se adequasse à sua identidade de gênero. Com esse objetivo, o processo de redesignação de gênero, ou readequação sexual, oferece a esses indivíduos as ferramentas discursivas (diagnóstico), tecnológicas (repertório hormonal, estético e cirúrgico) e legais (autorização para cirurgia e alteração do nome, entre outros) necessárias. A tecnologia tornou possível, portanto, que a pessoa designada como homem ao nascer, mas que se autodefine como mulher, através de modificações corporais pudesse expressar socialmente uma estética corporal e comportamental delimitada contextualmente às mulheres. O mesmo processo acontece nas transformações de mulheres em homens-trans, mas devemos considerar a possibilidade da concretização de múltiplas expressões de gênero além desse binarismo.

Essa “adequação” do corpo à uma identidade de gênero é produzida, teorizada, autorizada, executada e limitada dentro de um contexto histórico, social, político, científico e biomédico. Nos importa neste estudo particularmente o contexto biomédico, que produz tecnologicamente essa possibilidade de “adequação”. A interseção entre a tecnologia biomédica e a construção de uma subjetividade e legitimidade de gênero no indivíduo transexual é possível a partir da incorporação da categoria da transexualidade no discurso e

¹ A designação de gênero refere-se à designação inicial, dada no nascimento, quando determina-se, a partir de critérios biológicos, se o recém-nascido é um menino (XY) ou uma menina (XY). Os indivíduos que apresentam comportamentos de gênero ou características somáticas que diferem (estatisticamente) de indivíduos pertencentes ao mesmo gênero em uma determinada sociedade e tempo são considerados atípicos e podem, ou desejam, adequar suas características corporais de acordo com o gênero com o qual se identificam (APA, 2013).

saber biomédicos, especialmente a partir da segunda metade do século XX. Segundo Peter Conrad (2007), esse processo no qual problemas não médicos tornam-se definidos e tratados como um problema médico é chamado de “medicalização”. Para que essa categoria surgisse e fosse nomeada individualmente, devemos considerar, entre outros fatores, a influência que a medicalização da sexualidade exerceu na definição de transexual.

O sentimento de inadequação de gênero, a discordância entre corpo e mente, antes de ser tomado como objeto, nomeado e tratado pela medicina, ou seja, medicalizado, era considerado um comportamento desviante da sexualidade heterossexual com fins reprodutivos, normativa no fim do século XIX. O sentimento de pertencer a um outro gênero, um dos critérios que definem a transexualidade na atualidade, não é, portanto, exclusivo do século XX. Isso não significa, devemos ressaltar, querer identificar no passado a existência de uma categoria que viria a existir muito depois, sob outras condições sócio-históricas. Apenas nos importa marcar que a experiência de inadequação em relação às próprias características sexuais primárias e secundárias não é um fenômeno recente, embora não possamos olhar para o passado considerando a categoria presente da transexualidade.

A área de sexo e gênero, historicamente controversa terminologicamente, tem apresentado através dos tempos uma variação de termos dentro e entre as diversas disciplinas que tomam a (trans)sexualidade como objeto. Essas ferramentas terminológicas e práticas, portanto, não são definidas, nomeadas ou aplicadas de forma consensual e definitiva. Transexualismo, transexualidade, transexual², transgênero³, transidentidades, trans, travesti, disforia de gênero, transtorno de identidade de gênero, cirurgia de troca de sexo, mudança de sexo, cirurgia de adequação sexual, cirurgia de readequação sexual, cirurgia de reatribuição sexual e cirurgia de redesignação sexual são alguns exemplos da variação histórica de termos relacionados à categoria da transexualidade⁴. Nesse sentido, e a partir da consideração de que as tecnologias discursivas do dispositivo da transexualidade não dão conta da multiplicidade possível das expressões de gênero, iremos estabelecer algumas escolhas terminológicas

² Em nossa leitura, observamos que os indivíduos transexuais podem ser chamado ou autodefinidos como: homens trans, transhomem, FtM, mulheres trans, transmulher, MtF, homens que experienciam a transexualidade, mulheres que experienciam a transexualidade, entre outras formas.

³ De acordo com Arán (2009) e Arán e Murta (2009), “Transgênero é uma expressão muito utilizada nos Estados Unidos e em parte da Europa. Aqui no Brasil, as experiências trans, em geral, são definidas como transexualidades, travestilidades, *crossdressing* e uma minoria se define como transgênero para expressar a possibilidade de um cruzamento de gêneros.” Observamos em nossa leitura que a proximidade e confusão com o termo “transgênico” contribui para que os indivíduos não a utilizem no Brasil.

⁴ Devemos ressaltar que esses termos não foram ao longo do tempo substituídos de forma definitiva por outros mais “precisos” ou “atuais”. A coexistência de diferentes termos para designar o mesmo fenômeno ou procedimento é observado ainda nos dias atuais.

utilizadas nessa pesquisa. Faremos uso da expressão “mulher transexual”, ou “*male-to-female*” (MtF), em referência aos indivíduos que tiveram o gênero masculino designado no nascimento mas se apresentam no gênero feminino; “homens transexuais”, ou “*female-to-male*” (FtM), para os indivíduos que tiveram o gênero feminino designado no nascimento mas se apresentam no gênero masculino. Observamos em nossas referências que essa forma de nomeação é a mais corrente entre os indivíduos transexuais e ativistas/militantes na atualidade. Utilizaremos também o termo “transexualidade” - mais comumente utilizado por indivíduos transexuais e ativistas/militantes - mesmo em com textos quando a categoria é classificada como “transexualismo” pela terceira revisão do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-III) (APA, 1980), “transtorno de identidade de gênero” pelo DSM-IV (APA, 1994) ou “disforia de gênero” pelo DSM-5 (APA, 2013). Em relação à cirurgia realizada nos órgãos genitais dos indivíduos que buscam a readequação de gênero “completa”, utilizaremos preferencialmente “cirurgia de transgenitalização”, por motivos práticos e considerando a alta frequência do termo em nossa leitura. Devemos ressaltar que o repertório terminológico sobre o fenômeno da transexualidade poderá ser empregado, nessa pesquisa, em suas variações, tendo como base a maneira como os autores referenciados ou citados as utilizam ou de acordo como essas técnicas ou categorias eram denominadas na época que está sendo ilustrada.

A existência de um repertório terminológico e prático referentes à transexualidade consolidou-se através de ferramentas científicas sobre a categoria, expressas nos critérios diagnósticos e de tratamento presentes nos manuais médico-psiquiátricos, nos artigos científicos, em publicações de jornais e revistas populares e do desenvolvimento de ferramentas tecnológicas a partir das primeiras décadas do século XX (hormonioterapia, cirurgia estética e de transgenitalização).

Essa pesquisa tem como interesse a emergência da categoria nosológica médico-psiquiátrica da transexualidade em sua interação com a tecnologia. Com o objetivo de compreendermos como as técnicas biomédicas tornaram-se condição *sine qua non* para a definição e “montagem” desse novo indivíduo, desse “eu” que renasce com outro nome e configuração estética, no primeiro capítulo – *Trans-formação*⁵ – buscamos compreender como a medicalização da sexualidade, o contexto sociocultural e o desenvolvimento de tecnologias hormono cirúrgicas possibilitaram a medicalização tecnológica da transexualidade

⁵ De acordo com o novo acordo ortográfico da língua portuguesa (BECHARA, 2009), haverá hífen após o prefixo *trans* somente quando a palavra seguinte iniciar com a letra h. Contrariando essa regra, escolhemos o uso do hífen para ênfase nas palavras *trans* e *formação* trans no primeiro capítulo e nas palavras *trans* e *tecnologia* no segundo capítulo.

a partir da metade do século XX. Nesse sentido, abordaremos inicialmente a contribuição de médicos e psicólogos pioneiros na recente ciência da sexologia para a medicalização da sexualidade, a partir do fim do século XIX, com especial destaque para Krafft-Ebing, Havelock Ellis e Magnus Hirschfeld. A contribuição teórica e prática desses autores permitiu que, em seguida, médicos e psicólogos como David O. Cauldwell, Harry Benjamin, Robert Stoller e John Money estabelecessem o contexto para que o termo “*transsexualism*” fosse cunhado, definido enquanto categoria e divulgado. A emergência e estabelecimento da categoria de transexualismo foi possível nesse contexto teórico e prático representado por esses principais autores aliados ao desenvolvimento da tecnologia biomédica e da demanda e negociação entre profissionais e pacientes por intervenções corporais tecnológicas surgidas a partir da divulgação midiática e científica dos procedimentos de transição de gênero.

Ian Hacking, filósofo canadense interessado em como as classificações científicas de pessoas afetam os indivíduos classificados e como, em efeito de mão-dupla, a agência desses indivíduos produz alterações nessas classificações, contribui amplamente com nossa discussão. À luz de quatro de seus principais conceitos - “tipo-humano”, “tipo interativo”, “efeito *looping*” e “*making up people*” - almejamos vislumbrar algumas maneiras como a inauguração da classificação científica da transexualidade (*making-up*) no DSM-III em 1980 (APA, 1980) e seu percurso marcado por alterações nesse e em outros manuais médicos-psiquiátricos até os dias atuais contribuiu para a produção do indivíduo transexual enquanto “*tipo-humano*”, ou seja, uma maneira específica de existir em relação direta e indispensável a um corpo de conhecimento e tecnologia. A emergência desse tipo humano, – alvo de saberes das ciências humanas – portanto, se constrói no emaranhado de possibilidades que a ciência médica dispõe. Certamente, não é exclusivamente dela, mas o foco da dissertação será nesse aspecto. Iremos considerar nessa dissertação como esse nominalismo diagnóstico produz uma dinâmica onde o nomeado (o indivíduo transexual), apesar de em parte regido socialmente, legalmente e biomedicamente pela sua classificação, interage com ela e a ressignifica (efeito *looping*). A interação da categoria trans com os poderes que a regem e a possibilitam será observada brevemente a partir dos efeitos produzidos pela participação de indivíduos e militância transexual na elaboração e alteração de políticas de saúde nacional e internacional, incluindo campanhas pela despatologização da categoria.

No segundo capítulo – *Trans-tecnologia*⁶ – iremos inicialmente resgatar aspectos históricos e autores do capítulo anterior com um olhar mais aproximado sobre sua relação

⁶ Chamamos de trans-tecnologia nesse texto a tecnologia biomédica, discursiva e prática, empregada na construção do corpo e subjetividade transexual.

com o desenvolvimento e aplicação da tecnologia na construção de gênero no início do século XX e a partir da metade do mesmo século. Além disso, iremos descrever o papel que a divulgação midiática e científica exerceu na divulgação das cirurgias de troca de sexo e no crescimento da procura pela tecnologia trans, fatores especialmente relevantes na constituição da categoria diagnóstica e humana da transexualidade. Considerando a inclusão do diagnóstico de transexualismo no DSM-III (APA, 1980) e seu papel de referência nas políticas de saúde para a transexualidade, ilustraremos como se estabeleceu o acesso ao processo transexualizador pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, e refletiremos historicamente sobre as especificidades no acesso de MtFs, FtMs e travestis. A categoria da travestilidade, historicamente berço da categoria da transexualidade, é incluída nessa discussão a partir de aspectos específicos que esclarecem como o processo transexualizador, a partir da diferenciação entre travestismo e transexualismo e da consideração da cirurgia de transgenitalização como a última e necessária etapa do processo, ainda pretere a participação das travestis no processo. Com o objetivo de refletirmos sobre alguns diferentes fatores que podem interferir na aplicação da trans-tecnologia – faixa etária, desenvolvimento psicológico, desenvolvimento somático e sexual, justiça, cultura – construiremos um panorama breve e geral sobre aspectos técnicos, morais e legais na construção de gênero em crianças e adolescentes transexuais. Para concluir, apresentamos as principais técnicas aplicadas em homens e mulheres transexuais adultos/as com o objetivo de ilustrar e oferecer uma referência inicial sobre sua aplicabilidade, limites, restrições e êxitos. Observaremos também, quando possível, quais técnicas se apresentam como trans-específicas, ou seja, desenvolvidas particularmente para a transexualidade, ou quando são aplicadas de forma correspondente em indivíduos cisgêneros⁷.

⁷ Chamamos de “cisgênero”, ou de “cis”, a pessoa que se identifica com o gênero que lhe foi atribuído no nascimento.

1 TRANS-FORMAÇÃO

1.1 A medicalização tecnológica da (tran)sexualidade

O trânsito entre os gêneros e a vivência de gênero além do binarismo demonstram que não somos predestinados a cumprir os desejos de nossas estruturas corpóreas (BENTO, 2010). A partir da ideia de que o corpo é socialmente construído, o indivíduo transexual concretiza seu gênero desejado através das roupas, dos gestos, dos olhares e das intervenções corporais tecnobiocientíficas. Esses sinais exteriores, em performance, estabilizam e dão visibilidade ao corpo (BENTO, 2010). As intervenções cirúrgicas e o tratamento hormonal, que agem do interno para o externo, também contribuem para a determinação de um gênero, possível a partir de um amplo espectro de possibilidades de generificação, ou seja, de performatizar discursiva, social e corporalmente um gênero. Segundo Butler (2003), o gênero não é uma essência interna do “eu”. Para ela, o gênero é performativo, e sua performatividade não é um ato singular, mas uma repetição de uma norma ou conjunto de normas pressupostas de gênero que atingem seus efeitos através de sua naturalização no corpo. Com isso, a autora sugere que essa visão de gênero nos mostra que o que consideramos uma essência interna de gênero é na verdade uma construção efetivada na repetição de atos, postulados através da estilização do gênero no corpo.

Embora o prefixo “trans”, presente nos termos “transexualismo”, “transexualidade” e “transgênero” possa sugerir uma transição, um ponto inconclusivo, transitório, na subjetividade de gênero, o indivíduo transexual pode não se encontrar nessa situação. Ele não abandona um gênero pelo outro: ele abre mão de representações estéticas e comportamentais atribuídos à um gênero pelas aparências de outro. Em outras palavras, a pessoa não pertence à um gênero e deseja trocar por outro; sua transformação (estética e/ou hormonal e/ou cirúrgica e/ou comportamental) deve ser compreendida como uma mudança de estética de gênero, como uma nova aparência dada ao aspecto exterior do sujeito que, em consonância com sua experiência interna de gênero, constrói sua subjetividade e identidade psicossocial.

Os diversos arranjos possíveis na construção de gênero dependem, portanto, de um repertório estético e biotecnológico. A elaboração do gênero na transexualidade, devemos ressaltar, atravessa um dispositivo que a controla e ao mesmo tempo a possibilita. A partir desse dispositivo, de caráter médico-legal e que historicamente instituiu a primazia do

discurso e tecnologia biomédicos na definição diagnóstica e tratamento⁸ da transexualidade, os indivíduos podem se reconhecer enquanto transexuais e demandar cuidados específicos que estabeleçam sua legitimidade sócio-jurídica. Importante ressaltarmos que nosso interesse concentra-se na definição biomédica do indivíduo transexual e seus efeitos, apesar de diversos saberes e segmentos sociais tomarem a transexualidade como objeto de estudo e análise, como por exemplo, as ciências sociais, a psicanálise, a religião, os movimentos ativistas e os indivíduos transexuais.

A incorporação da transexualidade no discurso médico-científico e a criação de novas categorias sexuais pela ciência foram desdobramentos da anterior “medicalização” da sexualidade. A partir de Conrad (2007), compreendemos medicalização como um fenômeno complexo que envolve a definição em termos médicos de um comportamento considerado desviante e as considerações científicas que o legitimam, os tratamentos propostos e os interesses sociais, políticos e econômicos em questão. A medicalização da sexualidade teve sua origem quando surgiu a sexologia, durante a passagem do séc. XIX ao séc. XX, e tinha entre seus grandes nomes Magnus Hirschfeld, Havelock Ellis e Krafft-Ebing (RUSSO, 2008). Apesar de já haver desde o século XIX publicações científicas sobre a patologização da sexualidade, as perturbações mentais ligadas à sexualidade foram amplamente divulgadas a partir de *Psycopathia sexualis* (1889), escrito por Krafft-Ebing. A partir desse momento, as “perversões” consolidaram-se “como parte do imaginário social da época e no repertório das classificações das desordens psiquiátricas” (RUSSO, 2004). De acordo com Russo (2008), a preocupação naquele contexto era com a sexualidade extrafamiliar, e o tema central do debate era a possibilidade ou não de reprodução. Devemos incluir também a contribuição teórica da psicanálise, surgida no início do século XX, mais especificamente com Freud. Segundo Russo (2004),

apesar de não ter como foco de atenção as perversões ou os desvios sexuais em si, a teoria psicanalítica implicou um alargamento da própria concepção de sexualidade – que deixa de se referir às práticas sexuais *strictu sensu*, para contaminar toda a vida mental do sujeito.

⁸ O termo “tratamento” da transexualidade surge a partir de sua medicalização. Atualmente, não se procura curar a transexualidade, mas tratá-la de forma que as pessoas trans transitem por caminhos seguros e eficazes para alcançar um conforto pessoal duradouro com suas identidades de gênero (WPATH, 2012). No DSM-5 (APA, 2013), não observamos qualquer forma de tratamento ou cuidado sugerido, apenas as diretrizes diagnósticas. No SOC-7 (WPATH, 2012) a palavra “tratamento” é utilizada para se referir aos procedimentos hormonais e cirúrgicos *recomendados e/ou possíveis*, enquanto no CID-10 (WHO, 2003), o termo “tratamento” aparece como um *desejo* do indivíduo transexual para tornar seu corpo tão congruente quanto possível com o sexo (termo utilizado no manual) preferido.

Ainda que a concepção das perturbações mentais tenha passado a ser psicológica (RUSSO, 2004), os autores citados acima irão considerar em suas teorias sobre a etiologia das perturbações ligadas à sexualidade aspectos sociais e biológicos.

O fenômeno da medicalização da sexualidade permitiu que, mais tarde, e especialmente a partir da metade do século XX, a transexualidade, considerada um comportamento desviante ligado à sexualidade, fosse capturada pelo dispositivo médico-psiquiátrico e criasse não apenas uma categoria diagnóstica, mas uma nova forma de estar no mundo, um “tipo humano” (HACKING, 2007). Em outras palavras, a medicalização da transexualidade possibilitou que indivíduos se reconhecessem enquanto transexuais e construíssem (e reconstruíssem) sua subjetividade de gênero a partir também desses agentes externos que constituíam o dispositivo biomédico. A medicalização da transexualidade e a criação de novas categorias sexuais diagnósticas, portanto, são produtos do “processo de tentativa de organização e sistematização de novos padrões de corpo, visões de sexualidade e relações de gênero” (LEITE Jr., 2011). Apesar de esse fenômeno estabelecer a primazia do discurso científico médico-psiquiátrico sobre a (trans)sexualidade, segundo o autor (2011),

a medicina e as ciências da psique não foram poderes impositivos absolutos, mas forjaram suas novas categorias em diálogos com outros campos sociais, [...] especialmente os iniciantes movimentos pelos chamados direitos civis, como a primeira onda do feminismo e dos recém-classificados “homossexuais”.

A introdução da transexualidade no domínio médico-científico foi realizada por sexólogos, médicos em sua maioria, na virada do século XIX e início do XX⁹, constituindo um dos eventos que estabeleceram o terreno para a emergência da transexualidade enquanto categoria diagnóstica nos manuais médico-psiquiátricos. Simultaneamente à sua medicalização, devemos considerar a influência do desenvolvimento tecnológico e aspectos sócio teóricos na constituição dessa classificação diagnóstica. Nossa hipótese a ser sustentada é, portanto, a de que a criação da transexualidade enquanto categoria nosológica médico-psiquiátrica e enquanto tipo humano a partir do período pós-guerra foi possível sobretudo em função da presença de determinados fatores, dentre os quais iremos propor mais especificamente a medicalização da sexualidade, as inovações conceituais no campo da sexualidade e os movimentos culturais. Essas duas concepções, médica e social, apesar de aparentemente excludentes, foram observadas em suas interseções na produção teórica sobre a transexualidade. De acordo com Castel (2001),

⁹ Para maiores detalhes sobre o surgimento da medicalização da sexualidade e da ciência da sexologia, consultar: Sexualidade e saúde: a produção médico-psicológica de uma “vida sexual plena” (RUSSO, 2008).

a abordagem sociológica e a procura de um embasamento neuroendócrino não são contraditórias pois é comum que afastemos as oposições natureza/cultura, exacerbadas no caso do transexualismo, em nome de sua complementaridade.

A tecnologia biomédica no período das guerras estava em amplo desenvolvimento, com especial destaque para a endocrinologia e os procedimentos cirúrgicos desenvolvidos para dar conta dos corpos dos mutilados de guerra. Particularmente a partir da Segunda Guerra Mundial, assistimos “o surgimento de um novo modelo de produção de subjetividades fortemente relacionado às novas tecnologias” (ARÁN; MURTA, 2008). De acordo com as autoras (2008), a construção de si através de novas tecnologias configura um regime de controle e poder, chamado por Deleuze de sociedade de controle¹⁰, e Donna Haraway de tecnopoder¹¹. Em outras palavras, essa tecnologia biomédica a ser aplicada posteriormente na construção do corpo transexual será em um certo sentido um dispositivo internalizado de vigilância desses corpos (HARAWAY, 1991; PRECIADO, 2008; ARÁN; CORRÊA, 2009 apud ARÁN; MURTA, 2009). A partir da introdução da incorporação da tecnologia endocrinológica e cirúrgica na produção do corpo transexual, o indivíduo terá sua autonomia progressivamente restringida pelo discurso e tecnologia biomédicos¹².

Já em 1917, o médico neozelandês Harold Gillies¹³ realizou na Europa as primeiras faloplastias em soldados combatentes na Primeira Guerra Mundial que tiveram seus órgãos genitais mutilados (CASTEL, 2001). O desenvolvimento da endocrinologia nesse período também foi um dos fatos fundamentais da medicina científica entre as duas guerras que contribuíram para a medicalização da transexualidade (CASTEL, 2001). A descoberta dos hormônios sexuais e sua introdução como nova referência para a diferença sexual tornou os parâmetros para a definição do sexo mais complexos e ofereceu um novo lugar às desordens sexuais, que tornaram-se passíveis de intervenção terapêutica (Murta, 201-). O desenvolvimento dessa tecnologia hormono-cirúrgica, dedicada inicialmente aos veteranos mutilados de guerra, terá um impacto nos procedimentos do que viria a ser a transexualização,

¹⁰ Sobre a definição de “sociedade de controle” para Deleuze, conferir: Post-scriptum sobre as sociedades de controle (DELEUZE, 1992).

¹¹ Sobre a definição de “tecnopoder” para Haraway, conferir: Simians, Cyborgs, and Women. The Reinvention of Nature (HARAWAY, 2001).

¹² A autonomia das pessoas transexuais será progressivamente mas não completamente restringida. Iremos considerar mais adiante aspectos da agência dos indivíduos transexuais em suas intervenções corporais e a despatologização da categoria, ou seja, sua retirada dos manuais médico-psiquiátricos.

¹³ Harold Gillies é considerado um dos pais da cirurgia plástica e pioneiro na prática de faloplastias (CASTEL, 2001). O cirurgião acreditava que a cirurgia plástica cosmética poderia trazer benefícios psicológicos, um fator que ajudou a desenvolver a possibilidade de cirurgias de redesignação sexual (STRYKER, 2006).

onde muitas técnicas provenientes dos casos de mutilação no pós-guerra serão aplicadas e desenvolvidas.

Com o objetivo de compreender a medicalização da transexualidade, devemos inicialmente considerar o trabalho teórico e prático de médicos, em sua maioria europeus, que acolheram a demanda dos indivíduos transexuais. A sexologia, incluindo o trabalho de Richard von Krafft-Ebin, Havelock Ellis e Magnus Hirschfeld, e a psicanálise de Freud, prepararam o terreno para o desenvolvimento do entendimento moderno de sexo e gênero e, conseqüentemente, da transexualidade. No fim do século XIX e início do XX, o surgimento de uma linguagem extensa e complexa no trabalho desses autores, aliada às suas experiências clínicas, ajudaram a estabelecer um novo espectro de identidades sexuais. A seguir, nos aproximaremos, cronologicamente para fins didáticos, de cada um desses autores e suas contribuições mais relevantes para o campo da sexualidade.

1.2 Krafft-Ebing, Havelock Ellis e Magnus Hirschfeld: a medicalização da sexualidade

1.2.1 Krafft-Ebing

Em 1887, Krafft-Ebing publicou seu estudo de referência, *Psychopathia Sexualis*. Professor de psiquiatria em Viena, Krafft-Ebing foi um dos primeiros cientistas a se interessar profissionalmente pelos impulsos sexuais dos indivíduos (STRYKER, 2006). A partir do pressuposto de que qualquer afastamento do intercuro heterossexual para fins procriativos representaria uma forma de doença física ou emocional, o autor propõe em seu texto uma tentativa taxonômica de distinguir e classificar características específicas a partir de seus estudos de caso (STRYKER, 2006). Ao nomear e classificar praticamente toda a sexualidade não-procriativa, ele sintetizou o novo conhecimento psiquiátrico sobre a perversão. A homossexualidade, segundo o psiquiatra, era considerada uma forma de variação de gênero, onde um homem que amava outro homem era como se fosse uma mulher, e uma mulher que amava outra mulher era como se fosse um homem (STRYKER, 2006).

Podemos observar um aspecto biologizante e um social em sua definição de homossexualidade, a qual dividiu em duas categorias primárias: adquirida e congênita, sendo as duas constituídas pelas mesmas subdivisões. Dentre essas subdivisões devemos destacar a

“*metamorphosis sexualis paranoica*”, classificada como a forma mais extrema e patológica de variação de gênero e que descrevia os indivíduos de forma bastante aproximada do que hoje chamamos de transexuais: “pessoas que identificam-se fortemente como membros do sexo ‘oposto’, e que desejam alterar seus caracteres sexuais corporais” (STRYKER, 2006). Devemos destacar aqui o fator “desejo” de alteração corporal na descrição dessa categoria de homossexual (que caracterizaria a transexualidade até os dias atuais) mas não podemos esquecer que, no entanto, no fim do século XIX, as tecnologias necessárias para as modificações desejadas pelos indivíduos transexuais ainda não estavam desenvolvidas e disponíveis, fator essencial para a constituição do que hoje chamamos de transexual. Além disso, podemos observar um aspecto heteronormativo entre (o que chamamos hoje de) identidade de gênero e orientação sexual, já que o “transexual” de Krafft-Ebing se interessaria necessariamente por membros do mesmo sexo (apesar de, para o autor e paradoxalmente, o indivíduo ser uma alternativa de gênero, e se sentir como pertencente a um outro sexo).

O psiquiatra considerava esses indivíduos profundamente perturbados e considerava seus desejos por transformação como psicóticos¹⁴ (STRYKER, 2006) e, mesmo assinando um protesto contra a criminalização da homossexualidade, Krafft-Ebing ajuda a formular a ideia de que as sexualidades “pervertidas” são patologias e que, quando não conseguem ser “curadas”, devem, no mínimo, ser vigiadas e evitadas (LEITE Jr., 2011). De acordo com Stryker (2006),

the cases Krafft -Ebing presents are doubly interesting, in that they document the extensive discursive and historical interconnections between transgender and homosexual phenomena, but also demonstrate the remarkable persistence of highly specific forms of subjectivity that are readily identifiable in current terminology. Case 131, [...], exemplified what Krafft-Ebing called “*gynandry*,” and what we would probably call female-to-male transsexualism.

Ao contrário de Krafft-Ebing, que considerava os homossexuais e seus comportamentos como doentes ou degenerados, autores como Havelock Ellis e Magnus Hirschfeld, entre outros, estavam comprometidos em demonstrar que, pessoas que sentiam atração erótico-afetiva por outras do chamado “mesmo sexo”, eram variações humanas inatas e benignas, não sendo passíveis de cura e muito menos discriminação ou punição.

¹⁴ A classificação da transexualidade como uma forma de psicose é até hoje compartilhada por alguns psicanalistas, especialmente os lacanianos (ARÁN, 2006).

1.2.2 Havelock Ellis

Em 1896, Havelock Ellis, psicólogo britânico, publicou *Sexual Inversion*, o segundo dos seis volumes de sua série de trabalhos intitulada *Studies in the Psychology of Sex* e o primeiro livro médico sobre homossexualidade. Nesse período, os estudos sobre a tal sexualidade “invertida”, dentro do tema maior das “perversões sexuais”, já estavam bem disseminados (LEITE J., 2011). Nesse volume, Havelock Ellis apresenta uma visão geral e profunda da conceptualização de inversão sexual, assim como uma análise de seus próprios estudos de caso. Ellis (1986) propõe diversos tipos de inversão e, segundo o autor, essa categoria pode ser relacionada à modificações variáveis das características sexuais secundárias, o que aproximaria a inversão de aspectos presentes no que hoje chamamos de travestismo ou transexualidade. Entre os vários tipos de perversão que Havelock Ellis classifica,

estão a **homossexualidade** como um termo geral para atração sexual entre pessoas do mesmo sexo, **inversão sexual** para os casos em que esta atração tem origem congênita [como na grande maioria para o autor] e o **hermafroditismo psicosexual**, em que a pessoa sente atração pelos dois sexos, também conhecido na Alemanha, segundo o autor, como condição bissexual (LEITE Jr., 2011, grifo nosso).

Considerando as definições de Hirschfeld para a homossexualidade, podemos notar que Ellis também considera uma possibilidade de etiologia orgânica na homossexualidade (prioritária na inversão sexual). Além de seu trabalho sobre a inversão sexual, Havelock Ellis começou o estudo psicanalítico de narcisismo e autoerotismo, influenciando Sigmund Freud que, mais tarde, adotaria e expandiria estes conceitos.

Cerca de dez anos depois do lançamento do livro de Havelock Ellis, Sigmund Freud publicou *Três Ensaios sobre a Teoria da Sexualidade* (1905), abrindo com uma seção sobre as aberrações sexuais. No livro, Freud afirma que o caráter inato da inversão só poderia ser atribuído a invertidos absolutos, ou seja, os indivíduos atraídos apenas por pessoas do mesmo sexo. Freud também separa objeto sexual (a pessoa de quem provém a atração sexual) de alvo sexual (ação para qual a pulsão impele) no hermafroditismo psíquico. Segundo Freud (1905),

a teoria do hermafroditismo psíquico pressupõe que o objeto sexual dos invertidos seja o oposto do normal, [...], no entanto, por melhor que isso se aplique a toda uma série de invertidos, ainda está longe de revelar uma característica universal da inversão.

Esta separação de objeto sexual e alvo sexual por Freud criou um quadro favorável para que posteriormente sexólogos separassem a homossexualidade da transexualidade.

Havelock Ellis, sob influência das ideias de Hirschfeld, foi inovador em seus estudos sobre o que tem sido mais recentemente chamado identidade transgênero. O autor distinguiu o travestismo (em homens e mulheres) da homossexualidade (MEYEROWITZ, 2002; ELLIS, 1915), mas argumentou que o termo *transvestism* de Hirschfeld era limitante e impreciso¹⁵. Em uma tentativa de descrever com mais precisão o fenômeno, propôs em 1913 o termo *sexo-aesthetic inversion*. Com essa definição Ellis foi um dos primeiros a classificar o travestismo como uma construção distinta da inversão sexual e homossexualidade. Segundo o autor, a inversão desse tipo faz com que o indivíduo sintasse-se como uma pessoa do sexo oposto e adote seus gostos, hábitos e vestimentas, mas mantenha sua heterossexualidade (ELLIS, 1915).

Mais tarde, em 1920, por achar ainda mais apropriado, propôs o termo *eonism*, a partir de seu protótipo, o Cavaleiro D'Eon de Beaumont (BENJAMIN, 2006). Segundo o sexólogo (1971), o eonismo é uma anomalia que não deve ser identificada com a homossexualidade pois a identificação geralmente não chega ao comportamento sexual do sexo oposto, e nem todos eonistas desejam vestir-se como o sexo oposto (crossdressing) (LEITE Jr., 2011). Sobre a etiologia do eonismo, Ellis afirmou que não é fácil explicar sua origem precisa, e sugeriu como causas uma provável deficiência no equilíbrio endócrino (que poderia ter seu equilíbrio restabelecido com um conhecimento melhor) e um lado psíquico, de base neurótica e uma infância anormal com apego excessivo à mãe (ELLIS, 1971). Em outras palavras, o autor considerava que o eonismo era influenciado por causas ambientais na infância mas que deveríamos buscar uma causa mais profunda e orgânica (BENJAMIN, 2006).

A partir desses três aspectos destacados do travestismo segundo Havelock Ellis (identificação *crossgender*, crossdressing e desvinculação da homossexualidade) podemos pensá-los como um terreno fértil para o surgimento do termo (e indivíduo transexual como hoje o concebemos) que, mais tarde, e tendo sua definição aliada à demanda pela tecnologia médica, seria cunhado por David O. Cauldwell e divulgado por Harry Benjamin (MEYEROWITZ, 2002).

1.2.3 Magnus Hirschfeld

Em 1910, Magnus Hirschfeld, médico alemão, publica *The Transvestites*, um dos mais

¹⁵ Veremos mais detalhes sobre o trabalho de Hirschfeld adiante.

importantes e completos estudos científicos sobre sexualidade. Foi nesse livro que o sexólogo alcunha o termo “travestismo”, criando uma nova categoria clínica e definindo como (e dando novo sentido à) “travesti” uma pessoa (tra)vestida com roupas do sexo oposto por motivações eróticas (LEITE Jr., 2007). Segundo o autor (2011), “travesti” (*transvestite*) vem dos termos em latim *trans*, que significa através e *vestitus*, com o sentido de estar vestido, e travestismo (*transvestism*) de *trans* e *vestis*, igual a roupa”. Além de “travesti”, Hirschfeld utiliza o termo *seelischer Transsexualismus*, considerada a primeira vez que o termo *transsexualismus* é registrado, e servia para designar os indivíduos que se sentiam como pertencentes ao sexo oposto, e não apenas desejavam se vestir como tal.

Hirschfeld separa *transsexualismus* da homossexualidade e travestilidade argumentando que o primeiro é um fenômeno complexo que não pode ser reduzido à homossexualidade, fetichismo ou alguma forma de psicopatologia (STRYKER, 2006). Importante ressaltarmos que o “transexual” para Hirschfeld não apresentava um desejo de alterações corporais através das técnicas biomédicas. Essa distinção que Hirschfeld faz entre homossexualismo e transexualismo (BARIL; TREVENEN, 2014), no entanto, vai refletir futuramente e diretamente a distinção entre transexualismo e travestismo por Harry Benjamin e Cauldwell que, finalmente, irá considerar a transexualidade especialmente a partir da demanda por intervenções corporais.

Magnus Hirschfeld foi um dos primeiros defensores dos transgêneros, quem ele considerava, assim como os homossexuais, um dos inúmeros tipos de “intermediários sexuais¹⁶” (STRYKER, 2006), sendo “sucedido” por Benjamin, considerado o principal defensor dos indivíduos transgêneros no meio do século XX. Hirschfeld acreditava que a diversidade de sexo e gênero eram parte da natureza, e a sociedade e as leis deveriam refletir essa realidade biológica (STRYKER, 2006). Em relação à terminologia transexual, Hirschfeld utilizou o termo *seelischer Transsexualismus*, ou “transexualismo psíquico” antes de David O. Cauldwell utilizar o termo “transexual”, que viria a tornar-se o primeiro descritor das pessoas que buscam o acesso às terapias de redesignação sexual (STRYKER, 2006).

Em 1919, Hirschfeld funda o *Institut für Sexualwissenschaft*, ou

the Institute for Sexual Science, in Berlin—a combination of library, archive, lecture hall, and medical clinic, where he amassed an unprecedented collection of historical documents, ethnographies, case studies, and literary works detailing the diversity of sexuality and gender around the world (STRYKER, 2006).

¹⁶ A noção de “intermediário sexual”, para Hirschfeld, era a qual hermafroditas, andrógenos, homossexuais e travestis constituíam tipos distintos, ou seja, variações possíveis da sexualidade (ARÁN; MURTA, 2009).

A fundação do *Institut* foi a primeira e, até depois da Segunda Guerra Mundial, última tentativa de institucionalização acadêmica da ciência sexual. Na Alemanha dos anos 20 e 30 do século XX, os médicos afiliados ao *Institut* realizaram e publicaram cirurgias de troca de sexo (como eram chamadas na época) em humanos. A publicação científica sobre os procedimentos envolvidos na cirurgia de troca de sexo pelo Instituto de Hirschfeld foi um ato pioneiro, já que de maneira geral a divulgação sobre essas cirurgias era realizada através da mídia informal¹⁷.

A favor dos procedimentos de troca de sexo (STRYKER, 2006), seu instituto irá realizar a considerada primeira transformação genital completa. A paciente, Dorchen Richter, male-to-female (MtF), submeteu-se à castração em 1922 e teve seu pênis removido e vagina construída cirurgicamente em 1931 (MEYEROWITZ, 2002).

Vale lembrar que esses pacientes, seguindo uma terminologia de acordo com o médico, eram classificados como “*transvestites*”, e não transexuais (MEYEROWITZ, 2002). O Instituto de Hirschfeld em Berlim, nessa época, concentrava muitas das experiências de troca de sexo (MEYEROWITZ, 2002), mas essas cirurgias atingiram seu pico no início de 1930 com a publicidade sobre uma de suas pacientes, Lili Elbe, originalmente um artista dinamarquês de nome Einar Wegener. Nessa época, Hirschfeld contou até mesmo com a ajuda oficial do governo, que em 1932 pagou por uma cirurgia de troca de sexo. Mas esse apoio oficial do governo durou pouco. Hirschfeld, um judeu e líder da primeira onda de liberação gay na Alemanha de 1880, foi denunciado como um travesti por Hitler e a maior parte de sua valiosa documentação e pesquisa foi queimada pelos nazistas em 1933 (STRYKER, 2006).

A partir das teorias de Hirschfeld, Sigmund Freud e outros sexólogos do início do século XX, os cientistas e médicos começaram a separar gradualmente gênero de sexualidade (MEYEROWITZ, 2002). Em parte eles estavam reconhecendo a nova e restrita definição que a sexologia oferecia de homossexualidade, onde o objeto de desejo sexual de um indivíduo não seria necessariamente uma característica definidora de uma identidade de gênero desse indivíduo, e uma identidade de gênero de um indivíduo não seria necessariamente uma característica definidora da sexualidade do indivíduo (MEYEROWITZ, 2002). De acordo com a autora, “os sexólogos cada vez mais colocavam o transexualismo e o travestismo juntos como forma de comportamento e identificação *crossgender*, e a homossexualidade como uma condição distinta mas relacionada no que se refere à escolha do objeto sexual”.

¹⁷ Falaremos adiante sobre a divulgação midiática e científica das cirurgias de transgenitalização.

1.3 A segunda metade do século XX

O processo de patologização e criação das categorias travesti e homossexual promovido pelos sexólogos na primeira metade do século XX deu suporte para a criação de estratégias para outra diferenciação, a entre transexuais e travestis. Essa diferenciação será fundamental para o estabelecimento da categoria da transexualidade como a conhecemos. Para Hirschfeld, os indivíduos que hoje chamamos de transexuais estavam incluídos em um grupo maior, o dos travestis. Considera-se que o termo transexual individualizado é inaugurado por Cauldwell, no artigo *Psychopathia Transsexualis*, publicado pela revista *Sexology* em 1949. Apesar de Caudwell ter inventado o conceito de transexualismo (*psychopathia transsexualis*), foi Harry Benjamin quem o popularizou e firmou as bases analíticas das diferenças entre travestis e transexuais.

A criação da categoria diagnóstica da transexualidade torna-se possível e concretiza-se a partir: 1- da demanda e negociação de indivíduos transexuais; 2- do desenvolvimento e divulgação da tecnologia e do trabalho teórico e prático de Harry Benjamin, John Money e Robert Stoller¹⁸; 3- da oficialização e judicialização da demanda transexual. Pretendemos nessa seção abordar, além desses fatores acima, aspectos socioculturais presentes no contexto pós-guerra que atuaram na emergência dessa classificação diagnóstica.

Grosso modo, podemos afirmar que o marco que estabelece a categoria da transexualidade no discurso e prática médicos deu-se a partir dos efeitos (sociais e médicos) da divulgação da cirurgia de Christine Jorgensen em 1952, transexual americana MtF operada na Dinamarca pela equipe do médico Christian Hamburger (CASTEL, 2001). As experiências de troca de sexo realizadas na Europa chegaram aos Estados Unidos através da cultura popular. A partir de 1930, os jornais e revistas americanos – e mais tarde o rádio, a televisão e filmes – difundiram as histórias sobre troca de sexo (MEYEROWITZ, 2002). Segundo a autora (2002),

as histórias na imprensa permitiram que alguns leitores americanos imaginassem a cirurgia de troca de sexo e a procurasse para si mesmos. Tais pessoas já tinham alguma identificação crossdresser. Antes do meio do século (XX), eles não tinham ainda a palavra transexual, mas eles tinham as histórias na imprensa popular que davam a eles a linguagem a ser usada no pedido de socorro aos médicos. Eles podiam agora articular suas vontades com o desejo de alterar seus corpos, e eles podiam agora sensatamente esperar que os médicos pudessem talvez responder às suas demandas por autotransformação. Eles forçaram os médicos a reconhecer as

¹⁸ Também influenciados pela agência das pessoas que se autodenominavam transexuais em seu diagnóstico e tratamento.

possibilidades médicas de transformar o corpo humano e a complexa persistência de um sentido de self a partir do gênero.

Após a Segunda Guerra Mundial, algumas revistas publicaram mais claramente que os médicos podiam trocar o sexo de uma pessoa, e essas publicações frequentemente expressavam admiração pelo poder da ciência e pela magia da tecnologia (MEYEROWITZ, 2002). Segundo Arán, Zaidhaft e Murta (2008), a cirurgia do ex-soldado do exército americano George Jorgensen realizada por Christian Hamburger, em 1952 na Dinamarca, presente no contexto de novas teorias médicas e sociológicas, conduziu muitos pesquisadores para uma nova definição do conceito de transexualismo e para a defesa do tratamento dos transexuais através de intervenções corporais. Para Meyerowitz (2002), essa mesma cirurgia inaugurou uma era de uma cobertura midiática compreensiva e talvez obsessiva. A mediatização do caso Jorgensen, segundo Castel (2001), ilumina todo o período fornecendo um cenário padrão inúmeras vezes recopiado e/ou revivido pelos futuros candidatos à mudança de sexo. Devemos considerar ainda que havia na época do pós-guerra uma atenção crescente à ciência, gênero e sexualidade, e a história de Jorgensen provocou uma enorme resposta do público nos Estados Unidos e incorporou a questão fundamental gerada pela cirurgia de troca de sexo: o que faz uma mulher ser uma mulher, e um homem ser um homem? (MEYEROWITZ, 2002)

Neste contexto, as novas teorias médicas e sociológicas conduziram muitos pesquisadores para uma nova definição do conceito de transexualismo e para a defesa do tratamento dos transexuais através de intervenções corporais (ARÁN; MURTA; LIONÇO, 2009). A divulgação midiática da história de Christine, o conseqüente aumento da demanda por procedimentos e as novas possibilidades tecnológicas inauguraram portanto uma nova era na concepção da transexualidade.

Considerando o aumento da demanda dos indivíduos transexuais por procedimentos de transexualização, a diversidade de técnicas presentes e o crescente domínio pelos médicos sobre o saber e prática transexo, criou-se um contexto onde tornava-se necessário estabelecer normas e procedimentos de certa forma padronizados. Para que isso pudesse ser efetivado, a medicina alia-se ao saber-fazer jurídico. A medicalização e a judicialização da transexualidade, portanto serão fenômenos simultâneos e inter-relacionados. Podemos definir a judicialização da transexualidade quando as políticas de saúde estabelecem restrições à autonomia sexual e práticas médicas e jurídicas (SILVA, 2007). A tecnologia biomédica discursiva e prática empregada na construção do corpo transexual irá se aliar às normas legais

para ratificar seu domínio sobre a transexualidade. O uso da biotecnociência como instrumento de poder político amplia, aparentemente de maneira paradoxal, as possibilidades de controle e de restrições à liberdade pessoal (SILVA, 2007). A demanda do indivíduo transexual por cuidados no sistema de saúde e aspectos legais de sua cidadania (troca de nome em documentos etc) torna-se “diretamente condicionada ao diagnóstico, produto de uma exigência médico-legal” (ARÁN; MURTA; LIONÇO, 2009).

Os indivíduos, a partir de seu sentimento de não-pertencimento ao sexo designado no nascimento e do diagnóstico médico-psiquiátrico, se reconhecem enquanto transexuais e demandam as intervenções técnicas e legais necessárias e possíveis para que possam conquistar sua legitimidade sócio-jurídica. O diagnóstico, ao mesmo tempo em que permite o acesso ao tratamento, “pode ser considerado um vetor de patologização e estigma, pois atribui uma patologia ao paciente sem questionar as questões históricas, políticas e subjetivas dessa psiquiatrização” (ARÁN; MURTA; LIONÇO, 2009). Importante destacar que durante a primeira metade do século XX, no entanto, as primeiras cirurgias de transgenitalização foram realizadas sob a demanda não-contestada dos transexuais autodiagnosticados em negociação com os médicos que se disponibilizavam, já que não existiam protocolos de tratamento que regulassem a prática. Muitos desses médicos eram movidos pela compaixão, mas também estavam preocupados em testar hipóteses sobre a natureza humana e suas determinações biológicas (HAUSMAN, 1995). Devemos destacar que essa demanda passa a ser regulada oficialmente em 1979 a partir da publicação do manual de definição e tratamento da transexualidade *Standards of Care* (SOC), produzido pela então chamada *Harry Benjamin Association*, (atualmente *World Professional Association for Transgender Health* - WPATH) e que recomendava o tratamento hormonal anterior à cirurgia e cirurgia a partir da aprovação de dois psicólogos ou psiquiatras (CUYPERE; GIJS, 2014; MEYEROWITZ, 2002). Vale lembrar que no ano seguinte, 1980, o transexualismo é classificado no *Diagnostic and Statistical Manual* (DSM), produzido pela *American Psychiatric Association* (APA), fator que irá contribuir para uma maior regulação (e menor autonomia dos indivíduos) das práticas da transexualidade.

Em suas interações com os médicos, os indivíduos transexuais sonhavam com as novas possibilidades criadas pela ciência médica (MEYEROWITZ, 2012). Ou seja, em uma sociedade potencialmente tecnológica que valorizava a autoexpressão e transformação (MEYEROWITZ, 2012), as alterações corporais para que as pessoas decidissem se queriam viver como homens ou mulheres surgiam como uma realidade. No entanto, mesmo com a oferta de novas possibilidades de transformação do corpo, os indivíduos transexuais

deparavam-se com as limitações tecnológicas, os custos do tratamento e as restrições do poder dos médicos da rede de atenção primária à saúde (MEYEROWITZ, 2006, p.363). Nos interessa nessa pesquisa, à luz dos conceitos de “tipo humano” e “efeito looping” de Hacking (2007), a influência que a tecnologia exerceu na construção da categoria diagnóstica e humana da transexualidade através da primazia do discurso médico e a relação de sujeição e agência dos indivíduos transexuais com os efeitos gerados pela sua patologização. Não queremos deixar de lado, no entanto, apesar de este não ser nosso foco, outros vetores igualmente importantes como a “carona” do movimento trans no movimento mais amplo pelos direitos civis das minorias norte-americanas e as teorizações conceituais no âmbito médico-psiquiátrico-psicanalítico que ressitavam a questão da transexualidade para fora do campo da “aberração” ou da ignorância (quero dizer, no sentido de ignorar, desconhecer, não ser uma questão a obter cuidado).

1.3.1 Além da tecnologia

Apesar de a tecnologia médica ter exercido um papel significativo na história da transexualidade no século XX (MEYEROWITZ, 2002), essa categoria deve ser compreendida também a partir de mudanças socioculturais. Mais especificamente nas décadas de 60 e 70, eclodem respectivamente a revolução contracultural e a chamada “revolução sexual”, “que vão centrar-se nas figuras marginalizadas da cultura: as mulheres, os loucos, os homossexuais e os não-brancos, e conseqüentemente os temas ligados à sexualidade e ao gênero tornam-se altamente politizados” (RUSSO, 2008). Já algumas décadas antes, as cirurgias de mudança de sexo, realizadas inicialmente em Berlim, na Alemanha, estavam inseridas em um contexto a favor da emancipação sexual, onde Magnus Hirschfeld e outros lutavam para que houvesse a remoção legal dos obstáculos médicos aos indivíduos que desejassem expressar livremente sua variação de sexo e gênero (MEYEROWITZ, 2002). Hirschfeld, além de criar o *Institut* onde se realizavam pesquisas e cirurgias, foi o fundador da primeira associação de direitos homossexuais, a *Scientific Humanitarian Committee*, em 1897 (STRYKER, 2006).

Além do desenvolvimento da tecnologia médica e do contexto a favor da livre expressão de sexo e gênero, as novas definições e diferenciação de sexo e gênero e sexualidade vão possibilitar um novo pensamento sobre a transexualidade. De acordo com Leite Jr (2011), principalmente do último terço do século XIX à segunda metade do XX,

começa a surgir lenta e discretamente a diferenciação entre sexo, gênero, orientação sexual e outras tantas inovações conceituais que apenas mais tarde se desenvolverão. De acordo com o autor (2011),

[...] não podemos esquecer que para grande parte da ciência predominante neste período – e para a cultura popular também – não existe a separação atual entre sexo (biologia) e gênero (cultura), sendo os “verdadeiros” homens os “masculinos” e mulheres as “femininas”. Independente do que ser masculino ou feminino possa significar para o período [...].

1.4 Caudwell, Benjamin, Money e Stoller: a emergência da categoria transexual

Observamos no período a partir da metade do século XX que os termos referentes à transexualidade eram diversos e sem consenso, e os maiores especialistas no assunto buscavam uma palavra que definisse com alguma precisão o fenômeno. Esta impossibilidade de atingir um consenso, mesmo que apenas entre profissionais da área médica relacionados ao tema, é observado ainda nos dias atuais¹⁹. A partir de definições restritivas que não davam conta da multiplicidade da experiência transexual, as considerações teóricas sobre o fenômeno da transexualidade de autores como David O. Cauldwell, Harry Benjamin, Robert Stoller e John Money, entre outros fatores, irão enfim possibilitar a consolidação desse fenômeno enquanto categoria nosológica médico-psiquiátrica. Além disso, a imprensa começava a divulgar as histórias de “troca de sexo”, gerando um maior interesse popular, uma maior demanda dos indivíduos transexuais e o aperfeiçoamento de profissionais. Segundo Meyerowitz (2002),

após a Segunda Guerra Mundial, algumas revistas populares publicaram mais claramente que os médicos podiam trocar o sexo de uma pessoa. A ciência médica em particular parecia pronta a solucionar os mais assustadores problemas humanos [...]. Talvez também as mudanças de papel de gênero no pós-guerras enfraqueceram as fronteiras que dividiam o homem e a mulher. Nesse contexto, o psiquiatra David O. Cauldwell e o endocrinologista Harry Benjamin desenvolveram um maior interesse sobre as questões da troca de sexo.

¹⁹ Observamos na atualidade o uso de “transexualismo”, especialmente na classe médica, e “transexualidade”, pelos indivíduos transexuais e no ativismo. Alguns profissionais médicos, no entanto, também preferem o uso de “transexualidade”.

1.4.1 David O. Cauldwell

Em 1949, o médico psiquiatra inglês David Oliver Cauldwell publicou o artigo *Psychopathia Transsexualis* na famosa revista *Sexology*. O psiquiatra, que desenvolveu uma carreira como escritor de colunas populares de conselho “familiares” em tabloides, vai nesse artigo, pela primeira vez, fazer uma referência à palavra *transsexual*, quando identifica como *psychopathic transsexual* o indivíduo que está determinado a viver e parecer como um membro do sexo ao qual ele não pertence (STRYKER, 2006; CAULDWELL, 2006). Hirschfeld, como já vimos, no entanto, havia utilizado o termo *selischer Transsexualismus*, ou *psychic transsexualism*. Sobre a diferenciação entre o travestismo e a transexualidade, devemos ressaltar que a definição de *psychopathic transsexual* de Cauldwell destacava o desejo de mudança de sexo. Segundo o autor (1949),

the transsexualist is always a transvestite but not vice-versa. In fact, most transvestites would be horrified at the idea of being operated. The transsexualist, on the other hand, only lives for the day when his hated sex organs can be removed, organs which to him are nothing but a dreadful deformity. Therefore the transsexualist always seeks medical aid while the transvestite as a rule merely asks to be left alone. To put it differently: In transvestism the sex organs are sources of pleasure; in transsexualism they are sources of disgust. That seems to me a cardinal distinction and perhaps the principal differential diagnostic sign. Otherwise there is no sharp separation between the two, one merging into the other.

Outra novidade do artigo de Cauldwell, de acordo com Meyerowitz (2002), é que o autor entende a *psychopathia transsexualis*, como uma categoria sexual independente da intersexualidade e de outras patologias glandulares (ARAÚJO, 2006). Cauldwell acreditava que a etiologia da transexualidade seria a combinação de uma predisposição genética herdada com uma infância disfuncional. Segundo Stryker (2006), a ênfase em uma criação disfuncional, [...] reflete o trabalho anterior de Krafft-Ebing, Hirschfeld, Havelock Ellis e antecipa o trabalho sobre transexualismo dos especialistas Robert Stoller, Richard Green e John Money.

Apesar de considerar uma etiologia com base biológica, Cauldwell acredita que uma abordagem da transexualidade exclusivamente genética, endocrinológica (ou psicanalítica) seria insustentável. Sobre o tratamento, sugere que a condição demanda ajuda psiquiátrica reforçada por tratamento hormonal e, em alguns casos, cirurgia (CAULDWELL, 1949). A ênfase em um ambiente infantil desfavorável também se reflete em sua consideração sobre o tratamento da transexualidade, já que Cauldwell acreditava que a educação social resolveria famílias disfuncionais, e sua reabilitação efetiva curaria os indivíduos (CAULDWELL, 1949).

Suas previsões, no entanto, não se concretizaram, e o médico enfim observou que os indivíduos transexuais possuíam características comuns às outras pessoas das sociedades modernas (STRYKER, 2006).

Segundo Cauldwell, entre os indivíduos transexuais estão incluídas pessoas heterossexuais, homossexuais, bissexuais e outros (CAULDWELL, 1949, apud MEYEROWITZ, 2002, pp. 43-44). O médico diferencia transexuais de intersexuais, considerando a intervenção cirúrgica, para os primeiros, como um ajuste meramente psicológico e para os últimos, como um ajuste físico. Afirma também, como já o fizera Hirschfeld, que a condição transexual não tem nenhuma ligação com o desejo pelo mesmo sexo, afastando a condição de uma homossexualidade inerente. Além disso, Cauldwell entende que a não correspondência do sexo biológico ao gênero psicológico levaria o indivíduo transexual a apresentar uma perda de equilíbrio mental. De acordo com Cypere e Gijs (2014)

Embora o fenômeno da incongruência entre o corpo-sexo e alma-sexo [gênero] ter sido abordada na literatura científica desde a primeira metade do século XX, foi Harry Benjamin [...] que começou a tratar as pessoas com disforia de gênero sistematicamente na década de 1960 com hormônios e cirurgia [...].

1.4.2 Harry Benjamin

Harry Benjamin, endocrinologista alemão responsável por popularizar (mas não cunhar) o termo “transexual”, foi um defensor dos indivíduos transgêneros ao longo da vida, e suas publicações, aliadas à sua prática clínica, determinaram uma grande parte da abordagem médica moderna ao fenômeno transexual (MEYEROWITZ, 2002; STRYKER, 2006). Após a divulgação da cirurgia de Jorgensen em 1952, Benjamin foi convidado para escrever um artigo sobre o assunto para o extinto *International Journal of Sexology* (BENJAMIN, 1966). Neste artigo, publicado em agosto de 1953, o autor escolheu o termo *transsexualism* para essa síndrome²⁰ quase desconhecida. Segundo Benjamin (1966), o uso de *transsexualism* já era na época às vezes chamado de *transsexuality*, e parece ter sido amplamente utilizado pela literatura médica internacional. O termo era aplicado a ambos os sexos mas, considerando o homem transexual um fenômeno muito mais raro, Benjamin preferiu dedicar em seu livro um

²⁰ Harry Benjamin se refere ao transexualismo como uma “síndrome” (BENJAMIN, 1966).

capítulo específico a esta categoria e se referiu na maior parte do livro às mulheres transexuais (BENJAMIN, 1966). Atualmente, ainda podemos observar um maior volume de produção literária médica sobre as mulheres transexuais, apesar do crescente número de relatos autobiográficos, artigos médicos e produção do ativismo sobre os homens transexuais.

Radicado nos Estados Unidos, Harry Benjamin viajava com frequência para visitar sexólogos de destaque na Europa (HIGHLEYMAN, 2004). Apesar de familiarizado com os procedimentos de Hirschfeld aplicados na troca de sexo, foi através de sua conexão com Kinsey²¹ (pesquisador de sexo americano) que Benjamin se aproximou dos pacientes que buscavam a cirurgia (STRYKER, 2006; HIGHLEYMAN, 2004). Além de Hirschfeld - que Benjamin conheceu quando era um estudante universitário - ele também teve contato com o renomado endocrinologista austríaco Eugen Steinach (médico no Instituto de Hirschfeld), que realizou algumas das primeiras experiências para alterar as características sexuais de animais por castração ou por implantação de testículos.

Em 1954, Benjamin publica o artigo *Transsexualism and Transvestism as Psycho-Somatic and Somato-Psychic Syndromes*. De acordo com Stryker (2006),

esse artigo continha ideias embrionárias que influenciariam seus futuros trabalhos, e foi seu esforço inicial de criar uma forma sistemática de pensamento sobre as diferentes interações entre o corpo sexuado, identidade de gênero e desejo sexual que podiam ser observados nos diversos fenômenos transexuais.

A diferenciação de travestismo e transexualidade em sua obra constitui-se como um marco para o estabelecimento sistemático da transexualidade. O que diferenciaria os travestis dos indivíduos transexuais é que, no segundo, há um

[...] desejo intenso, por vezes obsessivo, de mudar completamente de estado sexual, inclusive da estrutura orgânica. Enquanto o travestismo representa o papel da mulher, o transexual deseja ser e funcionar como mulher, aspirando a adquirir tantas características quantas forem possíveis da mulher, seja de ordem física, seja de ordem mental, e seja ainda de ordem sexual. Tanto o travestismo como o transexualismo são sintomas da mesma condição de base; trata-se, nos dois casos, de distúrbio da normal orientação do sexo e do gênero (BENJAMIN, 1953).

Segundo Benjamin nesse artigo, a etiologia do transexualismo era uma combinação de influências constitutivas, psicológicas e hormonais, e a terapia como tratamento era improdutiva (STRYKER, 2006). Incluído nas causas psicológicas do transexualismo está uma

²¹ Kinsey foi um sexólogo americano de grande importância para o estudo da sexualidade. Apesar de não entrarmos em detalhes sobre seu trabalho, recomendamos o filme Kinsey – Vamos falar de sexo. Direção de Bill Condon, 2004.

citação que Benjamin faz de Money e Green, onde diz que a inscrição (*imprinting*²²) do transexualismo é desencadeada por um estímulo perceptual específico que pode variar dentro de certos limites. Ao contrário de Cauldwell, Harry Benjamin entende o fenômeno transexual diferenciando-o das perversões e psicoses e afastando qualquer possibilidade de significar um transtorno psíquico (CECCARELLI, 2008). Apesar das discordâncias entre Cauldwell e Benjamin na conceptualização do transexualismo, ambos, de acordo com Meyerowitz (2002)

atribuíram o novo rótulo de "transexual" para aqueles que desejavam mudar de sexo, e eles começaram a separar estes indivíduos a partir das categorias mais familiares de hermafrodita, travestis e homossexuais.

Rejeitando portanto a visão predominante de que transexuais eram doentes mentais ou homossexuais mal ajustados, e como a publicidade em torno de mudança de sexo de Jorgensen fez surgir uma nova esperança nos indivíduos transgêneros, a prática clínica de Benjamin se popularizou.

Em 1966, publica o que seria seu mais importante trabalho, o livro *The Transsexual Phenomenon*. O “fenômeno transexual” é um “indicador muito seguro das modificações históricas da percepção científica, mas também cultural e política da identidade sexual no século XX” (CASTEL, 2001). De acordo com o autor (2011), devemos ressaltar que nesse livro está presente “a forma moderna com a qual a transexualidade é inicialmente individualizada e, após, sob diversas formas, pouco a pouco admitida nas nosografias psiquiátricas”. Considerado um dos livros mais importantes sobre o tema, ele não apenas organiza as teorias de Benjamin sobre o assunto, como vai lançar as bases para a padronização dos tratamentos da transexualidade em quase todo o mundo até os dias de hoje (LEITE Jr., 2011). A partir de sua publicação, Benjamin torna-se conhecido como o maior especialista do país em transexualismo (HIGHLEYMAN, 2004).

Benjamin era a favor das intervenções cirúrgicas (e endocrinológicas) como parte do repertório de tratamento dos indivíduos transexuais e se opunha à terapia enquanto tratamento de cura (BENJAMIN, 1966). Essa posição contrapunha-se à dos profissionais da psicologia, psiquiatria e psicanálise, sempre reticentes às intervenções corporais como alternativas terapêuticas. Muitos psicanalistas, por exemplo, consideravam esse procedimento como mutilações (BENTO; PELÚCIO, 2012). Robert Stoller, outro profissional importante no tratamento de pessoas com problemas de gênero, foi o primeiro psicanalista a apoiar a cirurgia de mudança de sexo. Stoller, como veremos, foi responsável por introduzir o termo

²² O imprinting é uma forma de aprendizado que, segundo ele, ocorre na primeira infância aproximadamente entre os dezoito meses e um ano e meio de idade (BENJAMIN, 1966).

"identidade de gênero", que continua a ser essencial no discurso sobre a diversidade de gênero (CUYPERE; GIJS, 2014).

Sobre a cirurgia, segundo Benjamin (1966), o maior problema que o “verdadeiro” transexual encontrava era onde realizá-la, e essa questão evidenciava um aspecto religioso. Mesmo que o paciente encontrasse um médico competente e disposto a isso (e Benjamin escreve que já havia muitos cirurgiões urologistas dessa categoria nos Estados Unidos), o problema seria o hospital e seus membros diretores. A autorização era dificultada pela necessidade de permissão da realização da cirurgia pelo conselho dos hospitais (em sua maioria leigos, e entre eles padres, pastores e rabinos) (BENJAMIN, 1966).

Com o objetivo de ajudar esses pacientes que encontravam dificuldades em terem seu tratamento aceito e executado, Benjamin escreve e distribui um certificado para que seus/suas pacientes transexuais apresentassem aos cuidadores ou até mesmo à polícia, já que naquela época era proibido (aos homens) que saíssem à rua vestidos ou vivessem como o “sexo” oposto:

To Whom it May Concern:

This is to certify that the bearer, ____ ____, is under my professional care and observation. This patient belongs to the rather rare group of transsexuals, also referred to in the medical literature as psychic hermaphrodites. Their anatomical sex, that is to say, the body, is male. Their psychological sex, that is to say, the mind, is female. Therefore they feel as women, and if they live and dress as such, they do so out of an irrepressible inner urge, and not to commit a crime, to "masquerade," or to "impersonate" illegally. It is my considered opinion, based on many years' experience, that transsexuals are mostly introverted and nonaggressive and therefore no threat to society. In their feminine role they can live happier lives and they are usually less neurotic than if they were forced to live as men. I do not think that society is endangered when it assumes a permissive attitude, and grants these people the right to their particular pursuit of happiness. Like all patients of this type, ____ ____ has been strictly advised to behave well and inconspicuously at all times and to be careful in choosing friend (BENJAMIN, 1966).

É interessante notarmos como nessa carta Benjamin justifica o *crossdressing* dos indivíduos a partir de elementos inevitáveis e morais. Inicialmente, para ele, o *crossdressing* ocorre como resultado de um desejo irresistível, mas esse desejo é moralmente “bom”, sem más intenções morais ou legais. Benjamin ainda classifica a personalidade da maioria de seus pacientes como introvertida e não agressiva, e afirma que os aconselha a escolher bem suas companhias e a se comportar discretamente. Podemos notar como o médico, a partir de sua longa experiência com indivíduos transexuais, buscava de alguma forma características (sejam elas internas, como o desejo, ou sociais, como de comportamento) que criassem uma

identidade transexual baseada em características comuns, mas desejáveis e mais facilmente aceitas socialmente.

Em 1979, Benjamin funda a *Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association (HBIIGDA)*, uma associação profissional multidisciplinar com o objetivo de compreender e tratar a disforia de gênero (CUYPERE; GIJS, 2014). Essa associação vai, a partir de 1979, publicar o *Standards of Care (SOC)*, que são os critérios padronizados para o diagnóstico e tratamento do transexualismo (MEYEROWITZ, 2002). Importante ressaltarmos que de acordo com esse documento, a cirurgia, apesar de autorizada, não deveria mais ser realizada sob a demanda dos indivíduos, mas a partir da recomendação de dois psiquiatras ou psicólogos licenciados. Na primeira versão revisada do manual, o indivíduo transexual considerado apto a receber a cirurgia de redesignação sexual deveria ser definido a partir dos critérios presentes no DSM-III (1980) (categoria 302.5x) (PETERSEN; DICKEY, 1995 apud CUYPERE; GIJS, 2014), onde a transexualidade aparece pela primeira vez enquanto categoria diagnóstica. A maior parte das clínicas de identidade gênero e profissionais da rede privada que tratam os indivíduos com disforia de gênero na Europa e na América do Norte irão a partir desse momento aderir ao SOC (PETERSEN; DICKEY, 1995 apud CUYPERE; GIJS, 2014). Embora estas normas padronizem o tratamento do indivíduo com disforia de gênero, elas também foram um grande passo na direção do estabelecimento de um cuidado específico para estes pacientes, impedindo-os de maus-tratos ou de serem vítimas de abusos e práticas antiéticas.

Somente após a Segunda Guerra Mundial os médicos e cientistas americanos começaram a considerar seriamente a mudança de sexo. Devido às suas considerações sobre a possível mutabilidade de alguns componentes do sexo (hormônios, genitais etc) e a imutabilidade da identidade de gênero de um adulto, houve um crescente apoio dos médicos à cirurgia de redesignação sexual (MEYEROWITZ, 2002). Harry Benjamin, a partir dessas considerações, elabora a Escala de Orientação Sexual (*Sex Orientation Scale - SOS*),

um guia diagnóstico através do qual seria possível avaliar a discordância entre os sexos, principalmente a incompatibilidade entre os componentes psicossociais e biomorfológicos. Tal escala tornou-se um marco na conceituação do transexualismo pela possibilidade de esquematizar a diferença entre transexuais, travestis e homossexuais (ARÁN; MURTA, 2009).

Tabela 1 – Escala de Orientação Sexual (S.O.S), segundo Harry Benjamin (1966).

Table 1. Sex Orientation Scale (S.O.S.) Sex and Gender Role Disorientation and Indecision (Males)						
	Group 1			Group 2	Group 3	
Profile	Type I TRANVESTITE	Type II TRANVESTITE	Type III TRANVESTITE	Type IV TRANSEXUAL	Type V TRUE TRANSEXUAL	Type VI TRUE TRANSEXUAL
"GENDER FEELING"	Pseudo Masculine	Fetishistic Masculine	True Masculine (but with less conviction.)	Nonsurgical Undecided. Wavering between TV and TS.	Moderate intensity Feminine. ("Trapped in a male body".)	High intensity Feminine. Total psycho- sexual inversion.
DRESSING HABITS AND SOCIAL LIFE	Lives as man. Could get occasional "kick" out of "dressing." Not truly TV. Normal male life.	Lives as man. "Dresses" periodically or part of the time. "Dresses" underneath male clothes.	"Dresses" constantly or as often as possible. May live and be accepted as woman. May "dress" undereath male clothes, if no other chance.	"Dresses" as often as possible with insufficient relief of his gender discomfort. May live as a man or a woman; sometimes alternating.	Lives and works as woman if possible. Insufficient relief from "dressing."	May live and work as woman. "Dressing" gives insufficient relief. Gender discomfort intense.
SEX OBJECT CHOICE AND SEX LIFE	Hetero-, bi-, or homosexual. "Dressing" and "sexchange" may occur in masturbation fantasies mainly. May enjoy TV literature only.	Heterosexual. Rarely bisexual. Masturbation with fetish. Guilt feelings. "Purges" and relapses.	Heterosexual, except when "dressed." "Dressing" gives sexual satisfaction with relief of gender discomfort. May "purge" and relapse.	Libido often low. Asexual or auto-erotic. Could be bisexual. Could also be married and have children.	Libido low. Asexual, auto-erotic, or passive homosexual activity. May have been married and have children.	Intensely desires relations with normal male as "female," if young. Later, libido low. May have been married and have children, by using fantasies in intercourse.
KINSEY SCALE*	0-6	0-2	0-2	1-4	4-6	6
CONVERSION OPERATION	Not considered in reality.	Rejected.	Actually rejected, but idea can be attractive.	Attractive, but not requested or attraction not admitted.	Requested. Usually indicated.	Urgently requested and usually attained. Indicated.
ESTROGEN MEDICATION	Not interested. Not indicated.	Rarely interested. Occasionally useful to reduce libido.	Attractive as an experiment. Can be helpful emotionally.	Needed for comfort and emotional balance.	Needed as substitute for or preliminary to operation.	Required for partial relief.
PSYCHOTHERAPY	Not wanted. Unnecessary.	May be successful. (In a favorable environment.)	If attempted usually is not successful as to cure.	Only as guidance; otherwise refused or unsuccessful.	Rejected. Useless as to cure. Permissive psychological guidance.	Psychological guidance or psychotherapy for symptomatic relief only.
REMARKS	Interest in "dressing" only sporadic.	May imitate double (masculine and feminine) personality with male and female names.	May assume double personality. Trend toward transsexualism.	Social life dependant upon circumstances.	Operation hoped for and worked for. Often attained.	Despises his male sex organs. Danger of suicide or self-mutilation, if too long frustrated.
*See explanation in the adjoining text. Type 0: normal sex orientation and identification, heterosexual or homosexual. The idea of "dressing" or "sex change" foreign and unpleasant. Vast majority of all people.						

Fonte: BENJAMIN, 1966, p.19.

1.4.3 John Money

Paralelo ao trabalho de Benjamin, o psicólogo John Money também se dedica ao estudo sobre a sexualidade. Foi Money quem utilizou pela primeira vez, em 1947, o termo “gênero” para se referir às diferenças sexuais entre as pessoas (BENTO, 2006). Segundo Preciado (2008),

John Money inventa o termo “gênero” diferenciando-o do tradicional “sexo” para nomear o pertencimento de um indivíduo a um grupo culturalmente reconhecido como “masculino” ou “feminino” e afirma que é possível “modificar” o gênero de qualquer bebê até os 18 meses.

Estudos de Preciado (2008), afirmam que o pioneirismo do seu trabalho, com intersexuais e transexuais, “foi desenvolver uma plasticidade tecnológica para os gêneros”. Money, em uma de suas teorias mais controversas para a atualidade, acreditava que a identidade e orientação sexuais eram desenvolvidas a partir dos dezoito meses de idade, e as crianças poderiam se adaptar à uma nova identidade sexual se a cirurgia de readequação

sexual fosse realizada antes disso (CASTEL, 2001). Essa definição, baseada em um modelo de aprendizagem comportamental do gênero, estava alinhada com uma tendência de pensamento crescente nos Estados Unidos do pós-guerra (MEYEROWITZ, 2002: 114). Em outras palavras, a intervenção tecnológica precoce no corpo tornava possível uma adequação de identidade de gênero e orientação sexual através de um “treinamento comportamental”. Sobre o efeito da teoria da constituição psicossocial da identidade de gênero de Money, Castel (2001) conclui:

que a identidade sexual resulte essencialmente de um aprendizado do papel de gênero”, e que a identidade de gênero daí resulte, não será mais colocado em questão. Todos eles terão como resultado consagrar definitivamente a distinção do “sexo” biológico e do “gênero” psicossocial. Cada um é o que “passa” em sua interação social, a identidade sexual não escapa à regra. Os transexuais não fazem senão confirmá-la.

Em meados da década de 1950, John Money, Joan G. Hampson, e John L. Hampson, todos professores da Universidade Johns Hopkins, publicaram uma série de artigos sobre o assunto (MEYEROWITZ, 2002). Com o objetivo de dar conta de uma separação entre o sexo biológico e o papel de gênero representado, os autores utilizam as expressões *gender role* (papel de gênero) para se referir a "todas as coisas que uma pessoa diz ou faz para divulgar a si mesmo como tendo o status de menino ou homem, menina ou mulher", e *gender* para se referir “à aparência, ao comportamento e à orientação” (MEYEROWITZ, 2002: 114). Em artigos posteriores, de autoria conjunta, utilizaram o termo *gender role e orientation*. John Money, médico do renomado hospital Johns Hopkins (referência no tratamento da intersexualidade), começa a dar conta do tratamento cirúrgico da transexualidade e, a partir de uma campanha iniciada por ele e em parceria com a Fundação Harry Benjamin, em 1966, vai constituir nesse hospital

a primeira clínica para a realização da cirurgia de redesignação sexual em transexuais nos EUA - a Clínica de Identidade de Gênero. Este hospital, [...] se propôs a atender transexuais em caráter de pesquisa seguindo procedimentos baseados naqueles utilizados com pacientes intersexuais, isto é, avaliação de questões relacionadas à identidade de gênero e intervenções sobre as características sexuais e órgãos reprodutivos. A partir disso a cirurgia de redesignação sexual se tornou uma opção viável para transexuais o que ocasionou um aumento da demanda por atendimento (MURTA, 201-).

Em 1973, John Money, juntamente com o psiquiatra Norman Fisk e o cirurgião plástico Donald Laub, cunha o termo “disforia de gênero”, e fundamenta uma “nosografia psiquiátrica para o transexualismo, ancorada fundamentalmente num autodiagnostico”

(CASTEL, 2001; BENTO; PELÚCIO, 2012; ARÁN; ZAIHAF; MURTA, 2008). O termo, considerado mais abrangente que “transexualismo”, é adotado em 1977 pela

Harry Benjamin Association em seu V congresso, [...] e muda seu nome para a Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association (HBIGDA), sem abrir mão em seus textos do termo “transexualismo”, criado pelo fundador desta Associação (LEITE Jr., 2011).

Segundo Arán *et al* (2008),

Esta denominação (disforia de gênero), que designa a insatisfação decorrente da discordância entre o sexo biológico e a identidade sexual de um indivíduo, trazia a descrição da experiência transexual e apontava como a única possibilidade de tratamento a realização da cirurgia de conversão sexual e a utilização de hormônios.

Money, mais conhecido pelo seu trabalho sobre intersexualidade e transexualidade, era também um interessado na transformação de corpos “sãos” (*abled*) através da tecnologia. Nesse momento e contexto, os cientistas demonstravam um crescente interesse nos fenômenos de transformação corporal em pessoas com corpos “saudáveis” que desejavam um corpo “*disabled*²³”. Em um de seus estudos, escreveu sobre dois homens que expressavam o desejo de amputar um membro (MONEY; JOBARIS; FURTH, 1977 apud BARIL; TREVENEN, 2014). Money e seus colegas acreditavam que havia uma forte dimensão sexual no desejo pela amputação voluntária, e descreveu esse fenômeno como uma parafilia, sob o nome de *apotemnophilia* (BARIL; TREVENEN, 2014).

1.4.4 Robert Stoller

Além de Caudwell, Benjamin e Money, Robert Stoller, psiquiatra e psicanalista americano, foi um grande teórico da categoria da transexualidade. Em 1964, refinou o conceito de gênero de Money e utilizou o termo “identidade de gênero”, que passou a dominar a literatura médica sobre transexualidade. De acordo com Leite Jr (2011), Stoller

cria o conceito de “identidade de gênero”, como a mescla de masculinidade e feminilidade em um indivíduo, significando que tanto masculinidade quanto a feminilidade são encontradas em todas as pessoas, mas em formas e graus diferentes. Isso não é igual à qualidade de ser homem ou mulher, que tem conotação com a biologia; a identidade de gênero encerra um comportamento psicologicamente motivado. Embora a masculinidade combine com a qualidade de ser homem e a feminilidade com a qualidade de ser mulher, sexo e gênero não estão, necessariamente, de maneira direta relacionados.

²³ Inábil, inválido, deficiente (tradução nossa).

Nos anos 60, Stoller desenvolveu uma influente teoria da etiologia da transexualidade. Ele acreditava que a transexualidade MtF era uma patologia de desenvolvimento psicosssexual causada durante a primeira infância por “*too much mother made possible by too little father*” (STRYKER, 2006). Ao explicar as fontes da identidade de gênero, Stoller tentou preencher a lacuna entre as etiologias biológicas e ambientais. Mais do que muitos psicanalistas pós-Segunda Guerra Mundial, ele procurou inicialmente por um substrato biológico do comportamento humano (STRYKER, 2006). Baseado no trabalho anterior de John Money e seus colegas na Johns Hopkins University, Stoller desenvolveu um modelo das estruturas psicosssexuais humanas em três partes que distinguiram o sexo biológico, o papel de gênero social e uma identidade de gênero subjetiva ou “psicológica”. Stoller discute em seu artigo *Biological Substrates of Sexual Behavior* “como o sexo biológico oferecia uma base para os outros dois componentes de seu modelo” (o papel de gênero e a identidade de gênero) (STRYKER, 2006).

Esse momento marca a importância da separação entre o papel de gênero e sexo biológico, conceito que viria a ser aplicado nos estudos e interpretações da transexualidade (MEYEROWITZ, 2002). Stoller e seu colega Ralph Greenson usaram “identidade de gênero” no mesmo sentido que outros tinham usado “sexo psicológico”, para se referir “ao sentimento de ser um membro de um determinado sexo”. Stoller, ao separar gênero de sexualidade, distinguiu “identidade de gênero” de “identidade sexual”, que incluía “atividades sexuais e fantasias” (MEYEROWITZ, 2002).

Mas a biologia não exerceu um papel significativo na avaliação de Stoller de transexuais. Em uma carta para outro psicanalista, Stoller explicou: “Eu não acredito que os fatores biológicos [...] desempenhem um papel nessas pessoas que desejam mudar seu sexo.” Em seu livro *Sex and Gender*, publicado em 1968, Stoller desenvolve uma interpretação psicanalítica das influências na primeira infância que poderiam resultar em uma identidade de gênero em desacordo com o sexo biológico (MEYEROWITZ, 2002: 116). Esse afastamento da biologia de Stoller marca um importante passo para a possibilidade de emergência do indivíduo transexual enquanto “tipo humano” (HACKING, 1995), com legitimidade e direitos. De acordo com Stryker (2006)

Robert Stoller ajudou a estabelecer o pioneiro *Gender Identity Center at UCLA* na década de 1960, e mais tarde trabalhou em estreita colaboração com a *Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association*, e, portanto, teve um papel importante na história da assistência médica aos fenômenos transexuais. Embora o seu trabalho, juntamente com o de John Money, tenha entrado em desacordo com o conhecimento mais recente das humanidades, continua a ser influente na medida em que é responsável, em um grau significativo, por popularizar a distinção sexo/gênero sobre o qual grande parte da teoria feminista e queer vai se apoiar.

Esse desacordo com as humanidades a qual Stryker (2006) se refere é provavelmente devido ao fato de John Money ser considerado um dos sexólogos mais controversos do século XX. Reconhecido como um cientista pioneiro por alguns, mas condenado por outros como uma fraude e um perverso. Money inventou o conceito de gênero na década de 1950, mas lutou contra seu uso pelas feministas. Apoiou os tratamentos cirúrgicos para a transexualidade, mas argumentou que os papéis de gênero eram definidos por sua capacidade de reprodução. Definiu o tratamento da intersexualidade a favor da mudança de sexo experimental em crianças com genitália ambígua, e foi um pioneiro no tratamento medicamentoso para criminosos sexuais²⁴, mas adotou uma postura ambivalente em relação à pedofilia²⁵. Em seu estudo de caso mais divulgado, Money recomendou uma desastrosa readequação sexual (MtF) à David Reimer²⁶ após uma cirurgia de circuncisão mal sucedida que destruiu seu pênis (MEYEROWITZ, 2002). Anunciado por muitos como prova de que o gênero é maleável, o caso foi mais tarde desacreditado quando Reimer revelou que ele tinha vivido como um homem desde sua adolescência.

Enquanto Stoller afastou-se da biologia e aproximou-se da psicologia, John Money moveu-se na direção oposta. Segundo Meyerowitz (2002), ele adotou também o termo identidade de gênero e especulou que a transexualidade resultaria em parte da exposição precoce a hormônios e da neurofisiologia do sistema límbico e do lóbulo temporal. Ao mesmo tempo, reiterou a convicção anterior que reconhecia o impacto crucial do aprendizado. "O processo de obtenção de uma identidade completa de gênero", concluiu ele, "é uma progressão do desenvolvimento, começando com bases genéticas e terminando com aprendizagem social" (MEYEROWITZ, 2002).

Outros pesquisadores também adotaram a nova linguagem, tanto que no final de 1960 o conceito de gênero proposto por Stoller era dominante nas explicações da transexualidade. (MEYEROWITZ, 2002: 117). De acordo com Leite Jr (2011),

“gênero” passa a ser um conceito extremamente usado, em especial na área da psicologia e da biomedicina que lidam com pessoas intersexuais e transexuais. Stoller, então, provavelmente buscando evitar uma possível tendência em se acreditar que o gênero pode ser facilmente mudado, cria a “identidade de gênero nuclear” para reforçar sua tese de que existe um gênero “nuclear” e, uma vez

²⁴ Para maiores informações sobre o tratamento com criminosos, consultar: MONEY, J. Use of an Androgen-Depleting Hormone in the treatment of male sex offenders.

²⁵ Para maiores informações sobre a posição de Money em relação à pedofilia, consultar: MONEY, J. Pedophilia: A specific instance of new phylism theory as applied to paraphilic lovemaps. In: Pedophilia. Springer New York, 1990. p. 445-463.

²⁶ Sobre o caso Reimer, ver o livro: COLAPINTO. J. As nature made him: the boy who was raised as a girl. New York: Harper Collins, 2000.

desenvolvido e estabelecido na primeira infância, imutável. Aqui, a já antiga busca incessante por um “verdadeiro sexo” transforma-se no reconhecimento do “verdadeiro gênero”.

O trabalho de Cauldwell, Benjamin, Stoller e Money foi fundamental para compreendermos a trajetória da categoria transexual através do discurso médico, especialmente para o momento em que foi incluída em 1980 pela primeira vez no DSM, em sua terceira revisão. A viabilidade técnica para a redesignação sexual associada à necessidade de normatizar o acesso a estes procedimentos, torna a vivência transexual uma questão médica, sendo fundamental defini-la de forma precisa. Estabelecer os parâmetros de sua assistência culminou na patologização desta experiência e no condicionamento da realização das intervenções corporais a uma avaliação diagnóstica (Murta, 201-). Nesse sentido, a transexualidade enquanto categoria diagnóstica tem sido definida e legitimada pelo saber médico através de manuais diagnósticos médico-psiquiátricos e de diretrizes de tratamento da transexualidade.

A medicalização, de uma forma geral, foi um fator patologizante crescente das diferenças humanas (CONRAD, 1975). Ainda que não fosse o único saber a definir a transexualidade, nesse (ou desde aquele) momento o discurso biomédico torna-se uma ferramenta tecnológica essencial para que os indivíduos transexuais obtivessem sua legitimidade social. É através da autorização e da tecnologia médico-legal que as pessoas transexuais obtêm acesso ao tratamento transexo. Nesse sentido, a criação da categoria diagnóstica da transexualidade, possível em determinado contexto, é representante do fenômeno de medicalização da sexualidade. Além da transexualidade, comportamentos que antes eram considerados imorais, pecaminosos ou criminais receberam significado médico, transformando-se em doença definida e registrada nos manuais médicos (CONRAD, 1975). Importante ressaltar que a medicalização, normalização e administração de comportamentos não emerge como uma novidade nesse momento. O exemplo mais importante e já citado é o da homossexualidade, medicalizada desde a época de Krafft-Ebing, no fim do século XIX (CONRAD, 1975).

A medicalização da sexualidade, ou a chamada primeira sexologia²⁷, no entanto, surgiu, como vimos anteriormente, na passagem do séc. XIX ao séc. XX (RUSSO, 2008), algumas décadas antes do estabelecimento da categoria da transexualidade. Durante esse período, a homossexualidade (ou inversão, como era chamada na época), era a grande questão

²⁷ Para maiores detalhes sobre as chamadas primeira e segunda sexologias, consultar: RUSSO, J. Sexualidade e saúde: a produção médico-psicológica de uma “vida sexual plena”. 2008.

dentre as sexualidades periféricas. De acordo com Russo (2008), através do discurso médico “tratava-se de construir uma racionalidade biológico/científica sobre as sexualidades extrafamiliares, contrapondo-se ao discurso legal ou religioso que tendia a criminalizá-las”. Importante notarmos que a atenção concedida aos “desviantes” torna possível falar na produção de uma nova categoria de pessoa – o “perverso” – pela psiquiatria (RUSSO, 2008). Ainda segundo a autora (2008), “a construção da perversão como objeto da medicina, constitui ao mesmo tempo o personagem do perverso sexual, tendo como maior efeito transformar o que era antes mero comportamento, atos desviantes, em *identidade*”.

Nesse momento, a transexualidade ainda não existia enquanto identidade²⁸, mas como um fenômeno observável não individualizado e categorizado. Segundo Peter Conrad (1975), a medicalização tem como foco da fonte do problema o indivíduo mais do que o ambiente social, e demanda intervenções nos indivíduos mais do que soluções coletivas ou sociais (CONRAD, 2007). A partir da criação do indivíduo transexual pelo saber biomédico, a transexualidade, sem uma etiologia genética conhecida e representando um estado psíquico que possui tratamento e diagnóstico médico, vai ser tratada através de intervenções biotecnológicas no corpo. O indivíduo transexual, através da tecnologia, realiza uma transformação anatomobiológica e constrói o que a medicina considera um corpo adequado ao gênero desejado. Segundo alguns autores, a sociedade deveria se adaptar às diferentes formas de experienciar um gênero, o que pouparia os indivíduos transexuais de realizar alterações corporais radicais e permanentes. Considerando que este é um processo complexo e que pode não dar conta do desejo de transformação e adequação dos corpos, a abordagem da transexualidade ainda é nos dias atuais baseada em intervenções corporais. A medicalização torna-se então uma forma importante de controle social da transexualidade, fortalecido também devido ao desenvolvimento de uma sofisticada tecnologia médica (CHOROVER, 1973 apud CONRAD, 1975).

²⁸ A questão da existência de uma “identidade” transexual é ainda bastante discutida na atualidade. Segundo Bento (2006), características comuns aos indivíduos que experienciam a transexualidade não são suficientes para concluirmos que existe uma identidade transexual genérica, absoluta e única.

1.5 O dispositivo da transexualidade e a criação do tipo transexual

Esse aparato biotecnológico sofisticado, associado à divulgação midiática, foi o que possibilitou o surgimento do chamado dispositivo da transexualidade (BENTO, 2006). O termo “dispositivo” aparece na obra de Foucault nos anos 70 e designa inicialmente os operadores materiais do poder, ou seja, as técnicas, as estratégias e as formas de sujeição (ARÁN; ZAIDHAFT; MURTA, 2008). O dispositivo da sexualidade, efetivo a partir do início do século XVIII, mais do que exercer uma censura sobre o sexo, vai produzir uma ainda maior quantidade de discursos sobre sexo (FOUCAULT, 1988). Segundo Foucault, a medicina nesse momento vai produzir discursos sobre o sexo (através das “doenças dos nervos”), e em seguida e mais especificamente, a psiquiatria, quando anexou todas as perversões sexuais sob seu domínio (FOUCAULT, 1988). A instituição médica (a psiquiatria e a saúde pública), portanto, sempre se preocuparam com o comportamento social e tradicionalmente funcionam como agentes de controle social (FOUCAULT, 1965; SZASZ, 1970; ROSEN, 1972 apud CONRAD, 1975). De acordo com Rosenberg (2006), a medicina em geral e a psiquiatria em particular permanecem em uma incessante batalha sobre, entre outras categorias, a sexualidade. Segundo o autor, a psiquiatria permanece como legatária peculiar de tais problemas, mas também enfatiza a participação de outros atores, como os próprios pacientes, outros especialistas, comentadores da mídia, cortes criminais etc. (ROSENBERG, 2006). Essa ideia de Rosenberg reflete o quadro complexo e dinâmico da emergência e manuseio da transexualidade enquanto categoria médica, regida por agentes diversos como, entre outros, a mídia, o saber médico-psiquiátrico, os médicos, os próprios indivíduos transexuais e a justiça.

A sujeição da transexualidade ao poder médico deve ser compreendida aqui a partir do conceito de sujeição para Butler (1997). De acordo com a filósofa (1997), sujeição significa tornar-se subordinado pelo poder assim como o processo de tornar-se um sujeito. Importante observar que essa sujeição não é um ato passivo e de completa repressão, já que o dispositivo não irá agir sobre o sujeito de forma completamente autoritária. Para melhor compreendermos essa dinâmica, iremos considerar a definição de poder a partir de Foucault e Butler. O poder pode ser entendido parcialmente como algo que pressiona o sujeito a partir do externo, o que subordina e relega a uma ordem inferior (BUTLER, 1997). Mas o poder, como considerado por Butler a partir de Foucault, irá criar (*forming*) o sujeito, oferecendo as condições e trajetória da sua existência (BUTLER, 1997). Hacking (2007), a partir de seu

conceito de “*making up people*”, ilumina as maneiras com que a classificação diagnóstica da transexualidade irá criar um novo tipo humano, concebido a partir de, e experienciado como, uma forma de ser no mundo. Considerando que o poder biomédico que monitora a experiência da transexualidade não é absoluto, será criada uma dinâmica (*looping effect*) onde o indivíduo negociará com o poder efetivando alterações nas formas interna e externa com que é legitimado enquanto ser humano.

A partir das contribuições de Butler (1997), Conrad (1975), Foucault (1988), Rosenberg (2006), e Hacking (2007), podemos ilustrar brevemente o funcionamento do dispositivo da transexualidade. O profissional médico, inserido na instituição hospitalar e operando seu discurso a partir da classificação diagnóstica e das normas de atenção à transexualidade (devemos ainda considerar suas crenças, valores e protocolos individuais e institucionais), oferece ao indivíduo que se autodenomina transexual – se ele se enquadrar nos padrões psiquiátricos para tanto - a possibilidade de realizar uma modificação corporal através de métodos biotecnocientíficos com o objetivo de inscrever no corpo o gênero com o qual se identifica. Vemos aí, portanto, no mínimo, dois níveis de tecnologias biomédicas em ação: o diagnóstico e as intervenções (hormonais, cirúrgicas, estéticas). O sujeito, no entanto, deve reproduzir um modelo de corpo e comportamento pré-determinados pelas normas médico-psiquiátricas, o que evidencia sua falta de autonomia. Ao mesmo tempo, não podemos esquecer que historicamente os indivíduos transexuais, através da interação e negociação com as formas de poder que os regem, foram responsáveis por importantes alterações nas formas com que são definidos, classificados e tratados psico-hormono-cirurgicamente²⁹. Segundo a Política Nacional De Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, as reflexões e práticas ativistas têm promovido importantes mudanças de valores na sociedade brasileira, gerando visibilidade política para os problemas (BRASIL, 2013). O poder, aqui representado pela instituição hospitalar, pelo profissional da medicina e suas ferramentas discursivo-tecnológico-legais, portanto, não é apenas algo a que as pessoas transexuais vão resistir e se opor. Em um certo sentido, a criação e legitimação de sua existência dependem desse poder.

Mas afinal, quem é o transexual produzido através desse dispositivo? A partir da ideia de “*making up*” de Hacking (2007), que o autor define como a criação de um novo tipo de

²⁹ Um grande exemplo da influência de movimentos sociais, organizações de pacientes e pacientes individuais no manejo de uma categoria diagnóstica foi a desmedicalização da homossexualidade, ocorrida nos anos 70 (CONRAD, 2007). Mais especificamente em 1973, a APA decide retirar o diagnóstico de “homossexualismo” do seu manual (na época DSM II) (RUSSO, 2008). O que precipitou essa reclassificação não foi um evento único, mas uma série de protestos nas convenções anuais da APA a partir do início de 1970 (ZACHAR; KENDLER, 2012).

pessoa, e de um grupo de pessoas que compartilham um conjunto de memórias e comportamentos, podemos perguntar: O que faz um indivíduo transexual ser transexual? Quem são os “transexuais verdadeiros” legitimados a acessar o processo transexualizador? Não pretendemos nessa pesquisa responder com precisão essas perguntas, mas devemos considerar alguns fatores na constituição da transexualidade enquanto categoria diagnóstica e “tipo humano”. Vamos supor que o diagnóstico de disforia de gênero e as técnicas disponíveis no dispositivo da transexualidade ajudaram a criar um aumento no número de indivíduos que se autodenominam transexuais. Será que isso significa que a nomeação de uma categoria diagnóstica e a tecnologia seriam responsáveis pelo surgimento da transexualidade como a conhecemos hoje?

Chegamos aqui a um momento relevante na constituição do indivíduo transexual enquanto “tipo humano” como proposto por Hacking (2007). As condições culturais e históricas observadas nos parágrafos acima não teriam apenas revelado os indivíduos transexuais, mas os criado. Ou seja, uma vez que "transexual", "transexualidade", "cirurgia de redesignação sexual" e outros termos relacionados tornaram-se termos linguísticos comuns, mais pessoas começaram a conceituar e interpretar a sua experiência desse modo. Esses indivíduos começaram a construir sentido em suas vidas de uma forma que não estava disponível antes, e até certo ponto tornaram-se os tipos de pessoas descritas por estes termos. O saber médico nomeou o desejo pela transformação corporal, ofereceu a ele um tratamento, o vinculou diagnosticamente a um conjunto de transtornos relacionados, propôs uma explicação médica e finalmente criou um tipo de transtorno psiquiátrico tratável e controlado.

1.5.1 O diagnóstico

Um dos instrumentos mais representativos desse controle através do dispositivo da transexualidade é o diagnóstico médico-psiquiátrico, ferramenta tecnológica essencial para a autorização de acesso ao Processo Transexualizador no Brasil e em outros países. A ciência alcançou em nossa sociedade um lugar hegemônico como discurso e prática (Preciado, 2008) graças à sua capacidade para inventar e produzir artefatos vivos. A classificação, enquanto parte da essência de um estilo de raciocínio científico, introduz um novo domínio de objetos a serem estudados. A criação de novos nomes, formas de avaliação e verdades aparentes é suficiente para criamos “novas coisas” (HACKING, 2001).

Hacking (2002), para analisar esse tipo de processo, lança mão do conceito de tipo interativo (inicialmente chamado de tipo natural) para fazer diferença entre a classificação nas ciências humanas (onde as *pessoas* afetadas por classificações reagem a elas) e nas ciências naturais (onde as *coisas* não reagem à forma como são classificadas). O que as diferencia, segundo o autor (2002), portanto, é que há uma interação dinâmica entre as classificações nas ciências sociais e os indivíduos ou comportamentos classificados. Esse conceito nos auxilia a compreender como a classificação da categoria da transexualidade é possível em um contexto, em um determinado lugar e como se desenvolvem as relações entre o agente classificador e o classificado, as descrições externas ao indivíduo e a suscetibilidade interna da pessoa transexual.

O diagnóstico nomeia e define o indivíduo transexual. A tecnologia médica não apenas vai descrever uma realidade, mas vai criar realidade através dos requisitos diagnósticos. Devemos ressaltar que o que define o diagnóstico de transexualismo é uma concepção normativa dos sistemas de sexo-gênero e do dispositivo “diferença sexual”, ambas fundadas numa matriz binária heterossexual, que se converte em sistema regulador da sexualidade e da subjetividade (ARÁN, 2006). O indivíduo, ao mesmo tempo em que reconhece a construção de gênero através das tecnologias biomédicas, produz alguma forma de resistência e capacidade de agir. Essa reação é possível porque, por mais que a tecnologia contribua para a legitimação corporal de sua subjetividade, o dispositivo da transexualidade, com suas normas e restrições, não consegue dar conta da diversidade e singularidade das experiências trans na cultura.

O nominalismo exercido pelo diagnóstico, portanto, produz uma dinâmica chamada por Hacking (2012) de efeito *looping*, onde o nomeado (o indivíduo transexual), em parte regido socialmente, legalmente e biomedicamente pela sua classificação, interage com ela e a ressignifica. Segundo o autor (2002), os indivíduos afetados por uma classificação, particularmente nas ciências médicas, sociais e biológicas, formariam os “tipos interativos”, já que interagem com e transformam suas classificações.

Devemos observar aqui que a medicalização, apesar de inicialmente pensada como um produto do *imperialismo médico* (ILLICH, 2007), oferece evidências de que este é um processo complexo e com diversos atores. Nesse sentido, podemos afirmar que a medicalização é um processo de mão dupla, onde paciente e leigos são capazes de produzir alterações em suas classificações. Importante também observarmos que leigos e pacientes podem não apenas produzir alterações em categorias diagnósticas já estabelecidas, mas também exercer influência na criação ou eliminação de uma nova categoria. Em casos como o

alcoolismo, sua medicalização foi realizada principalmente por um movimento social (Alcoólicos Anônimos), e os médicos adotaram posteriormente a visão do alcoolismo como uma doença (CONRAD; SCHNEIDER, 1992 apud CONRAD, 2007). Segundo Conrad (1975),

este tipo de defesa de diagnóstico é muitas vezes realizado em alguma associação ou conexão com um movimento social existente. Podemos perceber que, mesmo sendo a categoria médica central no processo de medicalização, não há um imperialismo médico, e esta é uma forma de ação coletiva.

Na transexualidade, esse movimento coletivo teve início a partir da militância feminista e homossexual, que ofereceu o modelo às organizações transexuais (e transgeneristas) (CASTEL, 2001). Segundo o autor (2001), os tumultos do *Stonewall, bar*, em Brooklin (EUA), em junho de 1969, que opuseram durante muitos dias seguidos os homossexuais à polícia, são o evento fundador dessa militância. Existe, no entanto, o registro de uma revolta (sem sucesso) dos transgêneros na *Compton's Cafeteria*, em São Francisco, três anos antes de Stonewall (STRYKER, 2006). A revolta teve início devido à prisão de frequentadores transexuais denunciados à polícia por funcionários do estabelecimento. Segundo Stryker (2006) a revolta em Stonewall foi liderada por travestis e durou quatro dias, e a rebelião foi o berço para o nascimento dos movimentos modernos de direitos de gays e lésbicas. Nos anos seguintes à Stonewall, enquanto a organização a favor dos direitos de gays e lésbicas rapidamente se expandia, as necessidades específicas dos indivíduos transgêneros eram frequentemente marginalizados pela liderança das primeiras organizações de gays e lésbicas (DEVOR; MATE, 2006). Antes da revolução de Stonewall em 1969, porém, os indivíduos transexuais já começavam a se organizar mais formalmente. Em 1967, um grupo de MtFs fundou o *Conversion Our Goal or Change* (COG), “provavelmente a primeira organização de transexuais autodenominados no mundo” (MEYEROWITZ, 2002). Uma diferença fundamental entre o COG e outros grupos já existentes era que esse era organizado formalmente e manifestava publicamente seus objetivos políticos³⁰.

No Brasil, os diversos movimentos sociais em defesa de grupos específicos e de liberdades sexuais surgiram no final da década de 1970 à medida que avançava o processo de redemocratização (BRASIL, 2013). A pauta inicial do movimento era a homossexualidade como tema político, mas o denominado Movimento LGBT agregou lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais. A reflexão e práticas ativistas desenvolvidas pelo Movimento têm promovido importantes mudanças de valores na sociedade brasileira (BRASIL, 2013).

³⁰ Para maiores detalhes sobre a organização do movimento ativista nos EUA nas décadas seguintes, ver: MEYEROWITZ, J. How sex changed: a history of transsexuality in the United States. Cap. 6. 2002.

A partir da década de 1980, o Ministério da Saúde adotou estratégias para o enfrentamento da epidemia do HIV/Aids em parceria com os movimentos sociais vinculados à defesa dos direitos de grupos gays, provocando uma maior visibilidade das questões de saúde da população LGBT (Brasil, 2013). O Ministério da Saúde considera imprescindível a ação da sociedade civil nas suas mais variadas modalidades de organização com os governos para a garantia do direito à saúde, para o enfrentamento das iniquidades e para o pleno exercício da democracia e do controle social (BRASIL, 2013). Alguns momentos relevantes sobre a participação de grupos sociais e eventos na gestão de políticas públicas para transexuais no Brasil e sobre a necessidade da inclusão da cirurgia de redesignação sexual no SUS foram: a realização da I Jornada sobre “Transexualidade e Saúde: a assistência pública no Brasil”, em 2005, a organização do Coletivo de Transexuais, em 2006 e, principalmente, a convocação da reunião sobre “O processo transexualizador no SUS”, em 2006 (ARÁN; ZAIIDHAFT; MURTA, 2008). A reunião sobre o Processo Transexualizador no SUS enfatizou a necessária despatologização da transexualidade como estratégia de promoção da saúde, e afirmou a pluralidade na transexualidade (LIONÇO, 2009). Em 2008, pesquisadorxs, ativistas, profissionais de diferentes áreas e pessoas que protagonizam experiências trans na diversidade das mesmas elaboraram uma moção sobre a reformulação da Portaria MS/SAS Nº 457/2008 do Processo Transexualizador no SUS e a despatologização das identidades trans.

1.5.2 Desmedicalização

Considerando as possibilidades de alterações do diagnóstico através da participação de leigos ou pacientes, podemos observar que a desmedicalização, ou seja, a retirada do diagnóstico dos manuais médicos, como a possibilidade mais discutida atualmente em relação à transexualidade. Para que a desmedicalização ocorra, o problema não deve mais ser definido em termos médicos, e os tratamentos médicos não mais considerados intervenções apropriadas (CONRAD, 1975). Segundo Conrad (2007), o exemplo mais notável desse caso é o da homossexualidade, que foi oficialmente desmedicalizada na década de 70. Os homossexuais, apesar de não serem mais classificados como doentes, fizeram uso da criada identidade gay para reivindicar um acesso diferenciado à saúde nos EUA, sob o argumento que indivíduos gays, lésbicas e transexuais eram pouco estudados pela comunidade médica e que este grupo teria questões de saúde específicas. A comunidade

LGBT então pressionou as autoridades médicas para reconhecer a “identidade” sexual como uma variável que afetava o estado de saúde (EPSTEIN apud CONRAD, 2007). Como resultado, a orientação sexual” foi incluída como uma variável demográfica importante no Departamento Americano de Saúde e Serviços Humanos.

Em relação à transexualidade, sua despatologização é bastante discutida e observamos que não há consenso entre os militantes e a categoria médica, assim como entre os membros dessas mesmas categorias. Um dos principais aspectos a ser considerado é que a despatologização pode gerar a desmedicalização, ou seja, a extinção do tratamento psicológico, hormonal e cirúrgico para a categoria. Segundo Castel (2001), a exigência terapêutica é o que constitui hoje a última fronteira da transexualidade. Ainda segundo o autor (2001), a transexualidade, assim como a homossexualidade, “não deve ser considerado uma doença mental pois a disforia de gênero não tem de médico senão o fato contingente de ser repertoriada entre as síndromes psiquiátricas”. Atualmente, a França é o único país do mundo onde a transexualidade não é mais considerada uma patologia, graças à ação do Movimento de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgêneros. De acordo com o *Best Practices Guide To Trans Health Care International Health System* (201-), editado pela *Spanish Network for Depathologization of Trans Identities*, determinados países tem lutado para pôr fim à patologização da transexualidade modificando sua própria listagem nacional de doenças. O ativismo trans francês, que tem inspirado o ativismo espanhol, nos últimos anos exigiu que as identidades trans não deixasse de ser uma preocupação da área da psiquiatria. Em fevereiro de 2010, o Ministério da Saúde francês deu um passo nessa direção, deslocando os transtornos de identidade de gênero da seção de transtornos psiquiátricos (ALD-23), onde estava classificada, para uma nova posição em doenças de causa indeterminada (ALD-31). Esta ação removeu as identidades trans da alçada da psiquiatria mas não lhes despatologizou, já que a transexualidade continuou a ser considerada como uma doença.

A campanha internacional *Stop Trans Pathologization 2012*³¹, iniciada na Espanha em 2012 por um grupo ativista trans e que conta hoje com o apoio de mais de trezentos grupos espalhados pelo mundo, tem como uma de suas principais demandas a retirada das categorias relacionadas com os processos de transição de gênero dos manuais diagnósticos DSM e CID (BENTO, 2012). Essa campanha, cujo início é bastante recente, representa a primeira vez que ocorre um movimento globalizado pela retirada da transexualidade do rol das doenças

³¹ Para maiores detalhes sobre a campanha *Stop Trans Pathologization 2012*, acesse: <<http://www.stp2012.info/old/pt>>.

identificáveis como transtornos mentais (BENTO, 2012). Considerando que a despatologização pode acarretar o interrompimento de sua medicalização, ou seja, do “livre” acesso ao tratamento hormonal e procedimentos cirúrgicos através do sistema público de saúde, essa campanha também reivindica a garantia dos direitos à saúde das pessoas trans, incluindo uma “atenção à saúde trans-específica³² da melhor qualidade possível e a mudança do modelo atual de avaliação para um enfoque baseado em uma decisão informada” (BENTO, 2012). Com a percepção de um crescente consenso entre os ativistas sobre a retirada da transexualidade das categorias diagnósticas, a elaboração de estratégias para garantir o acesso à uma atenção de saúde pública trans-específica torna-se portanto cada vez mais central. (SUESS, 2012).

³² Compreendemos como atenção à saúde trans-específica: acompanhamento terapêutico voluntário, atendimento ginecológico/urológico, tratamentos hormonais, cirurgias (SUESS, 2012)

2 TRANS-TECNOLOGIA

A transexualidade como a conhecemos a partir da metade do século XX é um resultado dinâmico da criação de um objeto em torno do qual saberes se dispuseram (psiquiatria, psicanálise, medicina, direito), fortemente marcado pela intervenção de técnicas biomédicas. Ou seja, as técnicas que possibilitam as reformulações corporais em suas características internas e externas são parte crucial do processo de definição de identidade e cidadania trans. Esses saberes passaram a tomar o indivíduo transexual enquanto objeto e alvo de interesse, e a proferir em seu nome normas, ideias, definições, formas de viver “melhor”; ou seja, normatizações em nome de um (ou de vários) saberes que se pretendem neutros porque são ditos em nome da ciência.

Essas técnicas envolvem, entre outras, o diagnóstico, procedimentos estéticos, cirurgias plásticas, hormonização e a cirurgia de transgenitalização. Em certo sentido, a categoria transexual é devedora de técnicas biomédicas que permitem o aprimoramento das técnicas cirúrgicas e o progresso da terapia hormonal, dentre outros procedimentos. Esses avanços possibilitam a concretização da “adequação” do corpo ao gênero desejado, isto é, a tecnologia biomédica permite que os indivíduos reproduzam em si artificialmente o corpo que representaria o gênero com o qual se identificam. A incorporação de próteses, hormônios, o corte no corpo, a mutilação e construção de membros, o deslocamento de tecidos, as cicatrizes; a manipulação corporal, por vezes irreversível, dolorida e frequente, formata uma estética de gênero e, simultaneamente, cria, recria e reforça uma forma de existir social e subjetivamente. Nossa intenção é compreender como o estabelecimento da categoria da transexualidade em sua correlação com a tecnologia e seus efeitos práticos e subjetivos afetará a maneira com que os profissionais e indivíduos transexuais definem essa categoria e sua construção física e enquanto “tipo humano” (Hacking, 2007).

Como veremos adiante, é importante notar que as mesmas tecnologias envolvidas no processo de adequação de gênero são empregadas em outras situações, e muitas foram inicialmente desenvolvidas fora do contexto de pesquisa e tratamento transexo. Algumas técnicas foram a princípio aplicadas e desenvolvidas no campo da endocrinologia em experiências com animais, que naquele momento buscava localizar a essência do sexo, gênero e sexualidade nas secreções das gônadas. No início do século XX, mais precisamente em 1910, na Áustria, o fisiologista Eugen Steinach foi pioneiro em realizar a troca de sexo em animais sendo reconhecido internacionalmente por suas experiências em ratos e porquinhos-

da-índia (MEYEROWITZ, 2002). Sua pesquisa fazia parte da nova ciência da endocrinologia, e sua contribuição para o reconhecimento da transexualidade está relacionada à descoberta dos hormônios sexuais e à introdução no final do século XIX da ideia de que o organismo teria um funcionamento ideal regulado pelas glândulas endócrinas (MEYEROWITZ, 2002; MURTA, 201-). Essa pesquisa influenciou alguns pesquisadores da época, e convenceu o psicanalista Sigmund Freud sobre as possíveis bases hormonais do comportamento sexual, além de apontar para a possibilidade de trocar o sexo através da endocrinologia³³ (MEYEROWITZ, 2002). Esse quadro começa a se modificar a partir de 1920

quando a bioquímica se aproxima do campo da endocrinologia e introduz novas estratégias para a análise das características que diferenciam os sexos. Ao possibilitar a identificação química dos hormônios sexuais a partir da extração e isolamento dessas substâncias, esta ciência revelou a presença de hormônios masculinos e femininos em ambos os sexos, colocando em contradição a ideia de que os hormônios teriam uma especificidade sexual em sua origem e função (MURTA, 201-).

A pesquisa com animais conduziu diretamente à experiências cirúrgicas com humanos. O conhecimento sobre os efeitos da castração em animais ajudou as cirurgias das transexuais MtF e Dr. Hamburger, médico endocrinologista, foi pioneiro em utilizar em humanos³⁴ a tecnologia de troca de sexo aplicada em animais (MEYEROWITZ, 2002; MONSTREY et al, 2014). No período das duas grandes guerras, outras técnicas, como a faloplastia, foram desenvolvidas e aplicadas em soldados que sofreram mutilações em combate. Segundo Castel (2001), o médico neozelandês Harold Gillies foi pioneiro em cirurgias plásticas de reconstrução em soldados. Essa inovação científica de (re)construção peniana será então posteriormente empregada nas cirurgias de indivíduos transexuais.

Além da utilização para a troca de sexo, a nova tecnologia foi testada no tratamento curativo dos homossexuais, chamados na época de “invertidos”. A partir de uma concepção orgânica da etiologia da homossexualidade, Robert Lichtenstern, médico colega de Steinach, tentou curar homossexuais removendo um testículo de cada e implantando outro retirado de um homem heterossexual (MEYEROWITZ, 2002). Outros cirurgiões realizaram transplantes de testículos, às vezes de animais para homens, e transplantes de ovários de mulher para

³³ Steinach realizou as primeiras cirurgias de troca de sexo em animais. O endocrinologista castrou animais, transplantou ovários em animais machos e testículos nas fêmeas. Os animais machos cresceram recebendo hormônios femininos, e surpreendentemente comportaram-se como os do sexo oposto. As fêmeas tiveram seus clitóris aumentados, lutavam entre si e apresentavam comportamentos considerados masculinos. A partir dessas experiências, Steinach acreditou que os hormônios sexuais eram o que nos tornava machos ou fêmeas (KENNEDY, 1962).

³⁴ Veremos mais adiante a cirurgia realizada em 1952 por Dr. Hamburger em Christine Jorgensen, constituindo o primeiro caso de cirurgia de troca de sexo amplamente divulgado pela mídia.

mulher. Mas ao que parece, os primeiros transplantes experimentais não tinham como objetivo a troca de sexo. Segundo Meyerowitz (2002),

alguns registros esparsos de cirurgias em humanos “invertidos” apenas sugeriam alguns esforços iniciais de mudança de sexo. Essas cirurgias envolviam simplesmente a remoção de partes do corpo, como testículos, útero, e seios, uma forma de intervenção que não exigia uma tecnologia médica avançada. Elas aconteciam sob a demanda dos pacientes.

As experiências cirúrgicas em humanos foram impulsionadas, dentre outros fatores, pela disponibilidade de um repertório técnico e de conhecimento. Antes de 1920, as cirurgias experimentais de modificações corporais em humanos foram escassas e se concentraram na Europa e, em menor número, nos EUA. Nas décadas de 20 e 30 do século XX, a maior parte das experiências para a troca de sexo foram realizadas em Berlim, no *Institute for Sexual Science* de Magnus Hirschfeld, onde as primeiras cirurgias completas de troca de sexo de homem para mulher (MtF) foram realizadas (MEYEROWITZ, 2002). Como visto no capítulo anterior, apesar de Hirschfeld não utilizar um termo específico para os indivíduos transgêneros, ele foi o primeiro a identificar clinicamente (e tratar cirurgicamente) o fenômeno. A relação entre os indivíduos transexuais e sua demanda “necessária” pela cirurgia de readequação sexual surge com David O. Cauldwell, que descreveria mais especificamente os transexuais como indivíduos que buscariam o acesso às terapias de redesignação sexual (STRYKER, 2006). Outro fator contribuinte para a primazia europeia na realização das cirurgias era que ali o estudo da sexualidade tinha uma tradição mais longa e forte, e onde as descobertas endocrinológicas para a identidade sexual tiveram a uma maior repercussão técnica (CASTEL, 2001; MEYEROWITZ, 2002).

2.1 Cirurgias completas e divulgação científica

A primeira transformação genital completa praticada pelo instituto de Hirschfeld foi a realizada “numa clandestinidade relativa” por Felix Abraham na transexual Dorchen Richter (Rudolph Richter, nome de batismo), que teve seus procedimentos iniciados com uma castração em 1922 e finalizados com uma vaginoplastia, em 1931 (MEYEROWITZ, 2002; CASTEL, 2001). Segundo Castel (2001), a vaginoplastia era uma técnica já bem dominada desde a segunda metade do século XIX, mas a faloplastia, realizada em cirurgias de mulher para homem (FtM), começava a se desenvolver graças às experiências de Harold Gillies com

soldados. A tecnologia disponível já era aplicada em MtFs e também em FtMs, que requisitavam cirurgias como a remoção dos ovários e mastectomia por volta da segunda década do século XX com o objetivo de fazer seus corpos corresponderem às suas identidades de gênero (HIGHLEYMAN, 2004).

Apesar de registros de experiências cirúrgicas e de troca de sexo realizadas ainda no início do século XX, as técnicas e procedimentos envolvidos não eram publicados oficialmente. A divulgação oficial da cirurgia de troca de sexo ocorre quando, no início da década de 1930, o *Institute for Sexual Science* de Hirschfeld publica suas experiências (MEYEROWITZ, 2002). De acordo com Highleyman (2004), essa primeira mudança de sexo cirúrgica divulgada oficialmente é atribuída a dois indivíduos que se submeteram ao procedimento, em 1930 e 1931. O primeiro deles foi Einar Wegener, um pintor dinamarquês, que pede a Magnus Hirschfeld para transformá-lo em mulher e submete-se à uma série de cirurgias (castração, remoção do pênis e implante de ovários) para tornar-se Lili Elbe (CASTEL, 2001). Após uma última cirurgia que tentava criar sua vagina, no ano de 1931, Lili faleceu vítima de um ataque do coração (MEYEROWITZ, 2002).

Devemos ressaltar que esses procedimentos cirúrgicos citados foram realizados na primeira metade do século XX a partir da demanda dos indivíduos transexuais. Não havia ainda protocolos rígidos de seleção aos “transexuais verdadeiros” aptos a realizar a cirurgia. De acordo com Hausman (1995), a “reivindicação transexual desenvolveu-se numa dialética sutil entre a oferta tecnológica e uma demanda de cuidados mais e mais estruturada por um discurso padronizado”. Esta dependência visceral da tecnologia médica e esta “subjetividade demandante” seria, em última instância, o que caracterizaria, no ponto de vista da autora, o fenômeno da transexualidade (ARÁN; MURTA, 2009). De acordo com Castel (2001)

a escolha de responder à demanda de operação tal como se apresenta na boca dos pacientes é comandada no segundo plano por um feixe denso de assunções teóricas: se o estatuto hormonal rege absolutamente a vivência mental [...], não é mais necessário interrogar a demanda enquanto tal, a prova está na convicção subjetiva do doente e sua insistência em se fazer operar.

Esse cenário onde os indivíduos transexuais não têm suas demandas pelas intervenções corporais questionadas e são legitimadas pela sua convicção subjetiva começa a mudar com o primeiro registro médico de definição e tratamento da categoria, no SOC em 1979, que exige a autorização da cirurgia por dois profissionais psicólogos ou psiquiatras. A partir do domínio do discurso médico sobre os procedimentos diagnósticos e cirúrgicos, a demanda dos indivíduos torna-se mais dependente e menos autônoma. Vale lembrar que

essa autonomia anterior aos manuais não era entretanto completa, pois naquele momento os indivíduos já defrontavam-se com limites técnicos, legais e de negociação com os profissionais médicos.

2.2 Biotecnologia e mídia a partir da segunda metade do século XX

Em 1949, o psiquiatra inglês David Oliver Cauldwell, como vimos, foi o responsável por cunhar o termo *transsexual* referindo-se ao indivíduo que demanda uma mudança de sexo. Ao que parece, o psiquiatra foi o primeiro a usar a palavra para se referir diretamente aos que desejam irresistivelmente trocar de sexo cirurgicamente (MEYEROWITZ, 2002). Cauldwell, no entanto, não aprovava a cirurgia de troca de sexo no tratamento da transexualidade. Apesar de considerar a cirurgia como alternativa para o ajuste psicológico dos indivíduos transexuais, acreditava que um pênis artificial não teria um “uso material, nem sensibilidade erótica “maior do que uma unha”. Além disso, considerava criminosa a remoção de tecidos e glândulas saudáveis. Enquanto isso, nos Estados Unidos, Harry Benjamin começava a tratar hormono e cirurgicamente seus pacientes, já chamados oficialmente de transexuais a partir de 1954³⁵ (MEYEROWITZ, 2002).

A partir portanto da segunda metade do século XX, as cirurgias de troca de sexo começaram a ser divulgadas e realizadas por outros cirurgiões nos Estados Unidos. A divulgação dessas cirurgias (europeias e americanas), no entanto, era realizada por jornais, revistas e outras formas de mídia popular, não científicas. A primeira operação de troca de sexo a entrar na esfera pública na América do Norte foi a de Christine Jorgensen (HIGHLEYMAN, 2004). Segundo Meyerowitz (2002), Jorgensen conhece o Dr. Hamburger em 1950, em viagem à Dinamarca, e este aceita seu pedido de cirurgia para mudança de sexo. Alta e atraente, Jorgensen se tornou uma artista performática popular em boates e na grande mídia, exercendo grande influência na popularização da transexualidade nos EUA (HIGHLEYMAN, 2004). Christine tornou-se muito conhecida e um ícone para os indivíduos transexuais que se identificavam com sua história e desejavam a cirurgia.

³⁵ No ano de 1954, Harry Benjamin publica o artigo “*Transsexualism and Transvestism as Psycho-Somatic and Somato-Psychic Syndromes*”, onde utiliza o termo *transsexual* para se referir aos indivíduos que desejavam alterações corporais a fim de readequar seu gênero. Não sabemos o quanto antes dessa data o autor já chamava de transexuais seus pacientes em sua prática clínica, mas podemos considerar que Benjamin se baseou no termo “*transsexualis*” cunhado por Cauldwell, cinco anos antes, em 1949.

Em sua autobiografia publicada em 1967 (*Christine Jorgensen: A Personal Autobiography*), no entanto, Christine Jorgensen se definiu fora da transexualidade e homossexualidade. Ela alegou que “sua experiência era um caso único, que sua condição anômala não era de forma alguma representativa de outros indivíduos sexualmente aberrantes” (HAUSMAN 1995).

A representação de Jorgensen sobre sua transexualidade enquanto uma condição física fica clara quando diz que não apenas se sentia como uma mulher, mas que se parecia com uma (HAUSMAN, 1995). Podemos observar que a transexualidade era ainda justificada e legitimada por alguns a partir de aspectos físicos “originais”, que localizariam na anatomia uma suposta estética e genética inerentes ao gênero “oposto”. Além disso, a exclusão da homossexualidade conferia, a partir dessa definição, um caráter heteronormativo na relação da identidade de gênero e orientação sexual. Em outras palavras, Jorgensen, mulher transexual, reafirmava sua identidade de gênero mulher através de sua heterossexualidade.

A heterossexualidade parecia representar, portanto, uma expressão natural e normal dos corpos. O que nos permite pensar “como a incorporação de novas tecnologias médicas reitera as normas de gênero através da normatização da masculinidade e da feminilidade e da exclusão da homossexualidade” (ARÁN e CORRÊA, 2009). O corpo transexual, aliado às técnicas desenvolvidas, vai ser construído a partir de um estereótipo baseado no binarismo homem-mulher heterossexuais. A criação do corpo transexual vai ser possível também a partir da noção de gênero que John Money inaugura em 1947 (BENTO, 2006). Segundo Preciado (2008), Money utiliza a noção de gênero para nomear o sexo psicológico, e pensa na possibilidade de utilizar a tecnologia para modificar o corpo segundo um ideal regulador preexistente, que prescreve como deve ser um corpo humano feminino e masculino. Ainda nesse momento o sexo era considerado como algo natural e definitivo, e “a definição de gênero de Money permitia a relação com o sintético, artificial, maleável, produzido através da tecnologia. O século XXI entra definitivamente na era do tecnogênero” (PRECIADO, 2008).

Em linhas gerais, podemos compreender todo o aparato tecnológico empregado no processo de transição dos indivíduos transexuais a partir de seu papel na construção subjetiva dessa categoria, ou seja, na indissociação entre as tecnologias e a construção de si. O indivíduo transexual, esse novo “tipo humano”, será portanto criado e recriado a partir de sua classificação científica e incorporação das técnicas hormono cirúrgicas. Essas técnicas, trans-específicas ou não, são atualmente condição essencial para o *making-up* desses indivíduos (HACKING, 2007). Devemos ressaltar, no entanto, que para que um indivíduo se autodefinia transexual ele não necessariamente precisa acessar todo o repertório tecnológico disponível para a transição, inclusive a cirurgia de readequação sexual.

A biotecnologia enquanto ferramenta de construção e compreensão de gênero vai tornar explícita a falsa contradição entre essencialismo e construtivismo da transexualidade. Segundo Preciado (2008), cada nova tecnologia recria nossa natureza como descapacitada a respeito de uma nova atividade que deve ser suprida tecnologicamente. Para Haraway (1985), no contexto de um mundo cada vez mais tecnológico, os *transgenders* tornam-se o polo de debate político e cultural na disputa do significado de ser humano. Um dos principais focos desse debate é a incorporação da categoria da transexualidade (ou transexualismo, como era na época) nos manuais médico-psiquiátricos a partir da tecnologia discursiva médica. Nos interessa nessa pesquisa compreender como essa ferramenta contribuiu para a definição e tratamento da transexualidade a partir das intervenções corporais e criação de um tipo humano condicionado à tecnologia. Os indivíduos transexuais, para que sejam legitimados enquanto seres humanos, devem, a partir do diagnóstico e da tecnologia, cumprirem protocolos médico-psiquiátricos. A tecnologia biomédica discursiva, teórica e prática, portanto, cria, define, limita, possibilita e ampara a transexualidade.

2.3 Manuais médico-psiquiátricos

A transexualidade, enquanto categoria diagnóstica, tem sido definida e legitimada pelo saber médico através de manuais diagnósticos médico-psiquiátricos e de diretrizes de tratamento da transexualidade. A apropriação do fenômeno da transexualidade pela medicina, “através da proposição de tratamentos, deu origem a um problema médico-legal, já que esse tipo de intervenção médica não era permitido em todos os países” (ARÁN; MURTA; LIONÇO, 2009). Segundo Arán e Murta (2009)

A viabilidade técnica para a redesignação sexual associada à necessidade de normatizar o acesso a estes procedimentos, tornou a vivência transexual uma questão médica, sendo fundamental defini-la de forma precisa. Estabelecer os parâmetros de sua assistência culminou na patologização desta experiência e no condicionamento da realização das intervenções corporais a uma avaliação diagnóstica.

A demanda (pelas intervenções corporais) dos indivíduos transexuais deve, como consequência de sua entrada nos manuais, ser considerada a partir de protocolos oficiais de atendimento. Apesar da regulação da autonomia que estes protocolos oferecem aos indivíduos transexuais, nota-se que desde o reconhecimento da transexualidade enquanto objeto de

intervenção da medicina essa categoria torna viável seu tratamento através dos serviços públicos de saúde. Hausman (2006), em suas considerações sobre a agência dos indivíduos transexuais, acredita que “o discurso transexual é uma narrativa que contém o discurso médico mas vai além, ao alegar uma identidade de gênero predicada nas diferenças anatômicas, mas uma forma de identidade diferente da designada”. Segundo Stryker (2006), Hausman alega que essas declarações seriam o mecanismo que asseguraria a concordância dos profissionais que praticam as alterações corporais, opinião que vai contra muitos indivíduos transexuais que acreditam que suas negociações com os profissionais seriam mais adversas do que producentes.

Incluída em 1980 pela primeira vez no DSM, em sua terceira revisão, a transexualidade vai percorrer uma trajetória marcada por constantes alterações a cada revisão do manual, sendo no entanto mantido seu caráter patológico³⁶. Os principais, mais conhecidos e utilizados manuais de referência são o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), elaborado pela Associação Americana de Psiquiatria (APA), a Classificação Internacional de Doenças (CID), publicado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), e o *Standards of Care* (SOC), produzido pela *World Professional Association for Transgender Health* (WPATH)³⁷. Sobre a categoria da transexualidade nesses manuais, Bento e Pelúcio (2012, grifo nosso) afirmam que

nos três documentos de referência (**DSM-IV, CID-10 e SOC**)³⁸, as pessoas transexuais são construídas como portadoras de um conjunto de indicadores comuns que as posicionam como transtornadas, independentemente das variáveis históricas, culturais, sociais e econômicas. Mas há algumas diferenças entre esses documentos. Para o **SOC**, “o transexual de verdade” tem como única alternativa, para resolver seus “transtornos” ou “disforias”, as cirurgias de transgenitalização. Já no **DSM-IV** a questão da cirurgia é apenas tangenciada, sua preocupação principal está em apontar as manifestações do “transtorno” na infância, na adolescência e na fase adulta. Neste documento, não há diferenciação entre sexo, sexualidade e gênero. São os deslocamentos do gênero em relação ao sexo biológico os definidores do transtorno, pois o gênero normal só existe quando referenciado a um sexo genital que o estabiliza. O **CID-10**, por sua vez, não é um manual de orientação ou de indicadores diagnósticos, é, antes, uma convenção médica que estabelece as

³⁶ Faremos aqui uma breve nota sobre o caráter patológico da categoria nos manuais, discussão que abordaremos mais adiante. Apesar de o DSM-5 deixar de considerar a transexualidade uma desordem ou transtorno mental, muitos ativistas e estudiosos acreditam que a permanência da categoria no manual seria suficiente para que se constituísse seu caráter patológico.

³⁷ Devemos ressaltar que, entre esses três manuais, o SOC é o único criado exclusivamente com o objetivo de oferecer um protocolo de tratamento para os indivíduos com disforia de gênero.

³⁸ Dentre os três documentos citados, apenas o DSM teve uma revisão publicada até o momento. No DSM-5, publicado em 2013, a transexualidade sai da categoria de Transtorno de Identidade de Gênero (TIG), e passa a ser definida como Disforia de Gênero. No entanto, a transexualidade ainda é considerada um transtorno de identidade de gênero pela Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à saúde – CID 10.

características das doenças e seus respectivos códigos utilizados e aceitos internacionalmente por médicos/as e outros/as operadores/as da saúde.

Assim como o DSM, a versão original e subsequentes versões do SOC eram baseadas principalmente no consenso profissional e fundamentada na experiência clínica ao invés de resultados de pesquisa formal. Através do desenvolvimento padronizado de uma terminologia, acreditava-se que poderia haver uma melhor coleta de dados e uma comunicação mais clara entre os médicos e cientistas no futuro. Assim como o DSM e CID, o SOC foi regularmente revisado para refletir as mudanças ao longo do tempo. Seguindo o exemplo do DSM e CID, as primeiras versões do SOC, com base no consenso profissional e na prática clínica, adotaram a mesma abordagem patologizante e a terminologia encontrada no DSM e CID. Além disso, o SOC tendia a submeter-se aos critérios do DSM para o diagnóstico enquanto se concentrava na definição de suas diretrizes de tratamento.

A tabela a seguir ilustra o percurso da categoria da transexualidade nos manuais DSM e CID, em suas edições e revisões a partir da inclusão de *transvestism* no CID-8, em 1965. As versões anteriores do CID eram exclusivamente uma classificação de mortalidade, e como os transtornos mentais em geral e os transtornos sexuais não eram considerados causas de mortalidade, não eram incluídos nessas classificações (DRESCHER, 2014).

Tabela 2 – As categorias da travestilidade e transexualidade no DSM e CID

Year	ICD	DSM	Parent category	Diagnosis name
1948	ICD-6	-	N/A	N/A
1952	-	DSM-I	N/A	N/A
1955	ICD-7	-	N/A	N/A
1965	ICD-8	-	Sexual Deviations	Transvestism
1968	-	DSM-II	Sexual Deviations	Transsexualism
1975	ICD-9	-	Sexual Deviations	Transvestism Trans-sexualism (sic)
1980	-	DSM-III	Psychosexual disorders	Transsexualism Gender identity disorder of childhood
1987	-	DSM-III-R	Disorders usually first evident in infancy, childhood, or adolescence	Transsexualism Gender identity disorder of childhood Gender identity disorder of adolescence and adulthood, nontranssexual type
1990	ICD-10	-	Gender identity	Transsexualism

			disorders	Dual-role transvestism Gender identity disorder of childhood Other gender identity disorders Gender identity disorder,unspecified
1994	-	DSM-IV	Sexual and gender identity disorders	Gender identity disorder in adolescents or adults Gender identity disorder in children
2000	-	DSM-IV-TR	Sexual and gender identity disorders	Gender identity disorder in adolescents or adults Gender identity disorder in children
2013	-	DSM-5	Gender dysphoria	Gender dysphoria in adolescents or adults Gender dysphoria in children
2015	ICD-11	-		Gender incongruence of adolescents and adults Gender incongruence of children (proposed)

Fonte: DRESCHER, 2014.

A elaboração diagnóstica realizada pelos três manuais pode se interrelacionar. Para a revisão do CID-10, a OMS, através de sua *Global Clinical Practice Network*³⁹, convidou os profissionais membros da WPATH a compartilhar seu conhecimento e experiência clínica para o processo de desenvolvimento do CID-11, participando através da internet do campo de estudos das diretrizes diagnósticas propostas. Além de sua relação com o CID, a WPATH também publica um documento oficial de análise do DSM mais atual com elogios, críticas e sugestões às mudanças discutidas na revisão deste manual, sendo o último divulgado em 2010 sobre o então não finalizado DSM-5.

³⁹A Rede Global de Prática Clínica – RGPC (Global Clinical Practice Network – GCPN) é uma rede internacional e multilíngue de profissionais de saúde mental e atenção primária, estabelecida pelo departamento de Saúde Mental e Abuso de Substâncias da Organização Mundial de Saúde. A RGPC foi estabelecida como um mecanismo central para o desenvolvimento da classificação de transtornos mentais e comportamentais na próxima versão da Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-11) da OMS. Os membros da RGPC fazem parte de uma comunidade global de profissionais que têm contribuído voluntariamente com sua experiência clínica revisando materiais, fornecendo feedback sobre ideias e conceitos que estão sendo desenvolvidos como parte da CID -11, e participando em estudos de campo realizados através da internet. As informações fornecidas pelos membros da RGPC influenciarão diretamente as decisões da OMS sobre a estrutura e o conteúdo do novo sistema de classificação que, por sua vez, afeta as atividades dos profissionais de saúde no mundo inteiro. (OMS, 2015)

A aplicação desses três manuais será diversificada devido ao contexto particular de cada localidade. Percebemos em nossa pesquisa que o CID e o DSM são atualmente os mais utilizados pelos profissionais da medicina para estabelecerem o diagnóstico e tratamento de pacientes transexuais no Brasil, enquanto alguns países ou regiões aplicam normas locais de atenção. Além da diversidade na referência diagnóstica e de tratamento da transexualidade, os diferentes centros que atendem os indivíduos transexuais também diferem em suas práticas. De acordo com Arán, Murta e Lionço (2009), os serviços realizados no processo transexualizador no Brasil apresentam formato diferenciado de atendimento, com práticas cirúrgicas e terapêuticas distintas. Apesar da diferença conceitual e de tratamento, existe um consenso entre os manuais na definição da possibilidade de tratamento do indivíduo transexual através, além do apoio psicológico e da hormonização, da cirurgia. A cirurgia de redesignação sexual tornou-se elemento definidor fundamental da transexualidade pela medicina, embora não seja consenso para critério da experiência transexual no campo do ativismo. Devemos lembrar que as cirurgias foram inicialmente realizadas sob a demanda dos próprios indivíduos transexuais, que negociavam e pressionavam os médicos a realizarem as intervenções. Muitos indivíduos transexuais na atualidade, no entanto, contestam a cirurgia como central em sua demanda por cuidado. Considerando que existem diferentes possibilidades de experiência da transexualidade em diferentes pessoas, “podemos afirmar que há também necessidades distintas quanto às características das intervenções somáticas que seriam satisfatórias para cada indivíduo” (ARÁN MURTA; LIONÇO, 2009). Segundo Almeida (2012), “é possível falar de pessoas que, em diferentes contextos sociais e culturais conflituam com o gênero [...] e, em alguma medida (que não precisa ser cirúrgica / química), decidem modificá-lo”.

2.4 Atendimento trans-específico no Brasil

O atendimento sanitário trans-específico, com a possibilidade de cirurgia de readequação sexual, é realizado no Brasil através do chamado processo transexualizador, que pode ser definido como “um programa que compõe a política de saúde brasileira e atualmente inclui procedimentos de diferentes graus de complexidade e ampla diversidade técnica como parte da assistência em saúde destinada a pessoas transexuais” (SANTOS et al, 2009). O processo oferece o “conjunto de alterações corporais e sociais que possibilitam a passagem

do gênero atribuído para o gênero identificado”, ou seja, atendimento clínico, hormonal, psicológico, psiquiátrico e a realização das cirurgias de transgenitalização e de caracteres sexuais secundários (ARÁN, 2009; BENTO, 2008).

O processo transexualizador teve início no Brasil quando, em 1997, o Conselho Federal de Medicina (CFM), através da Resolução nº 1.4821, autorizou a realização de cirurgias de transgenitalização nos hospitais públicos universitários (ARÁN; Zaidhaft; Murta, 2008). A intervenção cirúrgica passou desde então a ser legítima no Brasil e a ser realizada desde que o candidato cumpra os critérios mínimos necessários. Ao longo do processo para chegar à cirurgia, atravessam uma avaliação diagnóstica e tratamento hormonal anteriores com protocolos rígidos, que inclui a avaliação de equipe multidisciplinar e acompanhamento psiquiátrico por no mínimo dois anos, para a confirmação do diagnóstico de transexualismo (ARÁN, 2008). Essa resolução parte do princípio de que “o paciente transexual é portador de desvio psicológico permanente de identidade sexual, com rejeição do fenótipo e tendência à auto-mutilação (sic) ou auto-extermínio (sic)” (ARÁN et al, 2009). O vetor patológico que define o paciente transexual como portador de desvio psicológico e a concepção da rejeição ao fenótipo e tendência à automutilação da transexualidade são contestadas por ativistas e pesquisadores. Essa noção da rejeição ao fenótipo considera o indivíduo transexual como assexuado, já que não se relacionaria de forma saudável e/ou erótica com seu corpo e, mais especificamente, seus órgãos genitais. Segundo pesquisa de Bento (2009), essa visão não se confirma. Entre os indivíduos transexuais pesquisados, “a relação das pessoas transexuais com as genitálias não é marcada exclusivamente pela abjeção.” (BENTO, 2009). Observamos em nossa leitura relatos de indivíduos trans que se masturbam e que mantêm uma relação de prazer com seus órgãos genitais, mas que desejam a cirurgia de readequação sexual como forma de obter uma legitimidade social do corpo, expressa na possibilidade de frequentar vestiários, piscinas e praias sem medo da exposição corporal. Outros se autodenominam transexuais e relatam uma relação saudável com seus genitais e desejam mantê-los, ou seja, não buscam a cirurgia de readequação sexual. Além de contestar a definição de indivíduo transexual pela medicina, ativistas, pesquisadores e profissionais de diferentes áreas e pessoas que protagonizam experiências trans consideram o termo “processo transexualizador” inadequado, “tendo em vista que o processo não torna ninguém transexual”. Nesse sentido, e através de uma moção sobre a reformulação da Portaria do Processo Transexualizador no SUS e a despatologização das identidades trans, foi pedido que o termo “processo transexualizador” seja alterado para “Programa de Atenção Integral à Saúde Trans” (MOÇÃO, 2013).

A relação entre os pacientes transexuais e a equipe multidisciplinar pode ser bastante diversa. A partir de nossa leitura, observamos que muitos profissionais não foram adequadamente preparados para uma atenção trans-específica, fator que gera constantes reclamações dos pacientes. Dentre essas reclamações, podemos destacar a falta de uso do nome social escolhido pelos pacientes, o que gera constrangimento em um ambiente que deveria ser antes de tudo inclusivo. Segundo a Resolução No- 2.938, de 19 de Agosto de 2008, a equipe mínima de saúde deve contar com os seguintes profissionais: médico cirurgião urologista, anesthesiologista e equipe de enfermagem, e a equipe multidisciplinar deve apresentar: equipe médica: psiquiatra e endocrinologista; psicólogo, assistente social (BRASIL, 2008). Na prática presente nas quatro Unidades de Atenção Especializada no Processo Transexualizador do Brasil, o número de profissionais envolvidos varia de acordo com cada instituição. Além desses, “os profissionais de outras especialidades que participam desses serviços, como geneticista, cirurgião geral, mastologista, otorrinolaringologista e fonoaudiólogo, normalmente atendem sob demanda” (ARÁN; MURTA, 2009).

Podemos observar que o tratamento ao qual a categoria transexual tem acesso é em geral realizado de forma diferente nos centros que oferecem o tratamento. Essa diferença é resultado da interferência de fatores que possibilitam ou impedem a constituição de uma equipe multidisciplinar adequada e o emprego das técnicas consideradas (pelos indivíduos transexuais e pelos profissionais) mais modernas e/ou mais apropriadas e/ou mais satisfatórias na produção do corpo final desejado por ambas as partes. Nesse sentido, apesar do desenvolvimento de novas possibilidades técnicas criadas pela ciência, os indivíduos transexuais se deparam com fatores limitantes como os custos do tratamento e os limites da tecnologia (MEYEROWITZ, 2006). Na Jornada sobre “Transexualidade e Saúde”, foi observada a diversidade de técnicas utilizadas no Brasil (ARÁN et al, 2008). Compreendemos como fatores determinantes possíveis para a diversidade na aplicação das técnicas o custo, aspectos físicos, genéticos e de saúde do paciente, capacitação de profissionais, manuais diagnósticos e de tratamento, protocolos do serviço público de saúde, normas internas da instituição e questões mais subjetivas como a escolha do profissional baseada em crenças próprias⁴⁰.

Importante ressaltar que o modelo corporal final é construído sobre um corpo e comportamento previamente definidos através de protocolos que normalizam a plasticidade

⁴⁰ Apesar de esse não ser o foco de nossa pesquisa, acreditamos que um estudo sobre os fatores determinantes para a diversidade na aplicação das técnicas no processo transexualizador no Brasil seja relevante para uma melhor compreensão do mesmo.

sexual. Para que um indivíduo possa ingressar no processo transexualizador, é necessário que esse preencha os critérios referentes a essa entidade nosológica a fim de comprovar sua condição de “transexual verdadeiro” (MURTA, 2011). A necessidade da racionalidade médica de diferenciar os “transexuais” de outros desvios produz e influencia um comportamento transexual “verdadeiro” (ARÁN; MURTA, 2009). De acordo com Lionço (2009)

O dispositivo da transexualidade firmaria rígidas normas de conduta a esses indivíduos, destinados a provarem ser verdadeiros transexuais, ou seja, aproximando-se o máximo possível a uma mulher ou a um homem considerados normais, correspondendo caricatamente aos estereótipos de gênero vigentes, bem como adequando-se à norma heterossexual.

Ora, se não existe uma essência de gênero, não existem cópias perfeitas a serem realizadas a partir de uma matriz original (BUTLER, 2003). Nesse sentido, os candidatos ao processo transexualizador buscam reproduzir o modelo de comportamento e estética de gênero mínimos necessários para sua inclusão no programa, mesmo que essa reprodução apresente aspectos indesejados pelo próprio indivíduo. Podemos acrescentar ainda que o ingresso não é garantia de conclusão, já que, a partir de uma primeira avaliação, o usuário é considerado apto ou não a ingressar no programa assistencial, e uma vez que é incluído no mesmo será reavaliado ao longo de todo o acompanhamento (MURTA, 2011).

As análises realizadas em nossa leitura apontaram que os candidatos ao processo transexualizador frequentemente chegam com algum conhecimento e/ou interferência de técnicas (cosméticas, hormonais ou mesmo cirúrgicas). Antes de realizar a cirurgia, há um conjunto de técnicas já transmitidas para a construção de características corporais que lhes possibilitam transitar como membros do gênero identificado (BENTO, 2009). Essa informação é adquirida, dentre outras formas, através de conversas entre as pessoas trans e acesso prévio ao serviço privado e/ou clandestino. Sobre o uso de hormônios anteriormente ao ingresso no processo transexualizador, Arán (2009) afirma que a maioria dos(das) usuários(as) chegam aos serviços já tendo feito uso anterior (automedicação) de algum tipo de hormônio por indicação de amigos ou através de informações coletadas na internet.

De acordo com Arán (2010), a questão que importa pensar é quem tem acesso a estas tecnologias, em que circunstâncias e por quê. Segundo Almeida (2012), a assistência a pessoas transexuais tem ainda como fonte uma compreensão restrita da autonomia do sujeito, porque só os entende como capazes de realizar suas modificações corporais se tiverem mais

de 21 anos⁴¹, corresponderem a determinadas expectativas de comportamento presentes nos Protocolos e que forem acompanhados/as por psiquiatra por pelo menos dois anos, com emissão de laudos favoráveis às modificações corporais.

A idade mínima necessária para o acesso ao processo transexualizador é bastante discutida entre os profissionais de saúde e os ativistas. Em geral, os indivíduos transexuais demandam que essa idade seja reduzida. Em 2013, o Ministério da Saúde publicou uma portaria que redefinia e ampliava o processo transexualizador no Sistema Único de Saúde – SUS e, dentre outras coisas, diminuía a idade mínima. De acordo com essa portaria, a n° 859, de 30 de julho de 2013, a idade mínima para realização da cirurgia no processo transexualizador foi reduzida de 21 para 18 anos. Essa portaria, no entanto, foi revogada horas após sua publicação, e o processo transexualizador voltou a ser regulado pela Portaria n° 1.707/2008, que define as Diretrizes Nacionais para o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde – SUS (BRASIL, 2013).

2.4.1 Quem acessa

O discurso científico que caracteriza a transexualidade condiciona, em certo sentido, a construção da subjetividade do indivíduo transexual às intervenções biotecnológicas. Essa ferramenta discursiva reflete uma hierarquia médica sobre os discursos sociais e irá considerar o desejo de transição ou transformação de corpos como “legítimos” e “ilegítimos” (BARIL; TREVENE, 2014). O candidato transexual “verdadeiro”, portanto, seria o que busca as alterações corporais a partir de um desejo “legítimo” de inadequação de sua identidade de gênero e rejeição aos órgãos sexuais.

O acesso ao processo transexualizador é hoje realizado em maior número pelas mulheres transexuais, já que essa política de saúde tem como referência principal a possibilidade de realização da cirurgia de transgenitalização, inviabilizando que segmentos populacionais com demandas semelhantes possam ser beneficiados por ela (MURTA, 2011). Esse dado não é verificado apenas na atualidade. Nas décadas de 50 e 60 do século XX, por exemplo, a proporção de MtF:FtM variava nos Estados Unidos e Europa de 8:1 a 2:1

⁴¹ 21 anos é a idade mínima no Brasil para a realização da cirurgia de redesignação corporal. O tratamento hormonal é disponibilizado a partir dos 18 anos. As idades mínimas variam de acordo com cada país, e veremos mais adiante algumas razões para essas diferenças.

(MEYEROWITZ, 2006). Esses dados refletiam os números encontrados nas práticas clínicas dos médicos e nas revisões de literatura médica (MEYEROWITZ, 2006), e seus números foram suficientes para que alguns pesquisadores considerassem o transexualismo da mesma forma que consideravam o fetichismo ou travestismo, ou seja, como uma condição primordialmente (se não completamente), “masculina” (MEYEROWITZ, 2006).

Nesse sentido, os homens transexuais e as travestis, por “limitações técnicas e/ou pelo fato de não desejarem uma absoluta adequação de seus corpos, permanecem sem a possibilidade de receber assistência integral viabilizada no processo transexualizador” (MURTA, 2011). Os homens transexuais (FtM), presentes em menor número, não dispõem legalmente das mesmas técnicas ou de técnicas correspondentes. Segundo Teixeira (apud MURTA, 2009, p. 7), o que está em jogo ultrapassa a questão da viabilidade técnica colocando em pauta a real possibilidade de adequação do sexo de homens transexuais. Temos a hipótese de que essa invisibilidade do homem trans não é efeito da invisibilidade social dessa categoria, mas também produzido por um sistema de saúde que exclui essa categoria. Ainda sobre a invisibilidade do homem trans, podemos considerar outro argumento. Jamison Green, famoso ativista trans dos Estados Unidos, acredita que o indivíduo transexual torna-se invisível na proporção direta ao sucesso com que se parece, para os outros, como um membro de um gênero. Ele acrescenta que quanto mais congruentes as identidades e corpos dos indivíduos transexuais tornarem-se através do processo de transição, menos interessantes eles tornam-se para o público, e suas vidas tornam-se menos ilustrativas da diversidade da experiência de gênero (GREEN, 2006). Em outras palavras, a tecnologia, ao ser aplicada “adequadamente” e sendo bem-sucedida na reprodução do que se espera de um gênero, invisibiliza a transexualidade⁴².

As travestis, como mencionamos acima, permanecem sem assistência integral pelo sistema público de saúde no Brasil. A categoria, presente no repertório diagnóstico da medicina anteriormente à transexualidade, é ainda preterida pelas políticas públicas de saúde, especialmente no que se refere ao processo transexualizador. De acordo com Carvalho (2011), em entrevistas com travestis, a exclusão dessa categoria é pouco mencionada. Segundo ele (2011), talvez

essa situação decorra do fato de grande parte das travestis, principalmente as profissionais do sexo, já realizarem tais procedimentos de forma clandestina, fazendo uso do silicone industrial ao invés de próteses cirúrgicas e pela

⁴² Para alguns indivíduos transexuais, a invisibilidade é um objetivo nessa interação com a tecnologia, enquanto para outros o uso da tecnologia tem como propósito a criação de um gênero além dos estereótipos binários e, portanto, mais visível socialmente.

automedicação na ausência de possibilidades de uma hormonioterapia nos serviços públicos de saúde.

O transexualismo e travestismo, apesar de constantemente confundidos, têm características diferenciais importantes. De acordo com Leite Jr. (2011)

O travestismo é uma patologia daqueles que “parecem, mas não são”. Está associado ao fetichismo, tendo como foco, daqueles acometidos por tal “doença”, o prazer erótico. Trata-se de uma disfunção sexual. Já no transexualismo, a pergunta que se faz é o quanto uma pessoa é transexual, qual o grau de pertencimento ao “outro sexo”. Refere-se a um transtorno de identidade. Ou seja, são definidos como patológicos tanto aqueles/as que têm prazer na transgressão quanto aqueles/as que “desviam” das normas de gênero por sofrerem de uma “desconexão” entre o psicológico e o corpo. De um lado a perversão, de outro, a patologia.

Vale lembrar que o processo transexualizador, considerando o termo “transexualizador”, parece destinar-se a e ter a intenção de produzir indivíduos transexuais (CARVALHO, 2011).

Como vimos no capítulo anterior, a separação analítica e conceitual de travestismo e transexualidade (como a definimos hoje) ocorre sistematicamente quando Harry Benjamin utiliza o termo *transsexualism* para definir (a partir também de *eonism* de Havelock Ellis) o indivíduo para quem a troca de sexo seria o principal desejo (BENJAMIN, 1966). Conforme Bento (2008) a caracterização do transexual se dá principalmente em confronto com a travesti. Segundo a autora (2008), “a transexualidade e a travestilidade são construções de identidade, que expressam uma resposta à ordem dicotomizada e naturalizada estabelecida para os gêneros”. Para Benjamin (1966), o *transsexualism* é um problema diferente e maior; enquanto o homem *transvestite* atua o papel de uma mulher, o *transsexualist* quer ser e funcionar como uma, incorporando o máximo de suas características possíveis, sendo elas físicas, mentais e sexuais. Contudo, as diferenças entre uma categoria e outra não são fáceis de identificar, mas a regulamentação do processo transexualizador demanda que essa diferença seja estabelecida. Segundo Júnior et al (2010)

A diferenciação entre travestis e transexuais orienta o diagnóstico que autoriza o atendimento médico dos transexuais no SUS, segundo a Portaria 1.707/2008, do MS. Até o surgimento do PCSIT⁴³, as travestis não tinham qualquer protocolo específico de acolhimento, exatamente por não se confundirem com os transexuais, ou seja, não atenderem aos critérios mínimos que definem o transexualismo para o CFM, de acordo com a Resolução 1652/2002

⁴³ Protocolo Clínico Saúde Integral para Travestis (PCSIT) - editado pelo Centro de Referência e Treinamento DST/AIDS, da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, através da Portaria CRT-a-1/2010, do Ambulatório de Saúde Integral para Travestis e Transexuais, em atendimento à Resolução CREMESP 208/2009 – vis à vis o Processo Transexualizador, tal como instituído no âmbito do SUS, através da Portaria MS 1707/2008.

Considerando que a medicina define o tratamento do sujeito transexual com a culminância da cirurgia de transexualização que restituiria um corpo dentro do padrão binário de sexo e gênero e excluía as travestis, Lionço (2009) compreende que

a regulamentação da aplicabilidade dos procedimentos médico-cirúrgicos sobre caracteres sexuais é restrita a casos de transexualismo porque se compreende, mediante a reparação cirúrgica, que uma certa normalidade poderia ser restituída. Como as travestis não demandam essa correção, reafirmando a insuficiência da lógica binária em dar conta das experiências subjetivas de posicionamento diante da diferença sexual, são excluídas do acesso aos serviços e aos recursos médicos em seus processos de transformação corporais, não dispondo de iguais oportunidades no acesso aos serviços e tecnologias disponíveis no campo médico.

As travestis, sem assistência específica, podem enfrentar graves problemas de saúde. Assim como as pessoas transexuais, o uso indiscriminado e sem orientação de hormônios femininos pelas travestis podem causar acidente vascular cerebral, e infarto do miocárdio, entre outros problemas, resultando em mortes ou sequelas importantes (BRASIL, 2013). A necessidade de inclusão da demanda das travestis ganhou força quando em 2007, na 13ª Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 2008), a orientação sexual e a identidade de gênero são incluídas na análise da determinação social da saúde (BRASIL, 2013). No que diz respeito à demanda das travestis, as seguintes recomendações emanam dessa conferência:

- O estabelecimento de normas e protocolos de atendimento específicos para as lésbicas e travestis.
- A manutenção e o fortalecimento de ações da prevenção das DST/aids, com especial foco nas populações LGBT.
- O aprimoramento do Processo Transexualizador (BRASIL, 2013).

Ainda excluídas do processo transexualizador, as travestis, no entanto, contam com políticas específicas para a categoria. Em 2009 entrou em vigor a Resolução nº 208 do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP), que dispõe sobre o atendimento médico integral à população de travestis, transexuais e pessoas que apresentam dificuldade de integração ou de adequação psíquica e social em relação ao sexo biológico. Além de atendimento psicossocial, tratamento psiquiátrico e psicoterapêutico, tratamento e acompanhamento médico-endocrinológico, o atendimento compreende intervenções cirúrgicas e outros procedimentos médicos de caráter estético ou reparador (JÚNIOR et al, 2010).

Cerca de dois meses após a referida Resolução, foi estabelecido o Protocolo Clínico Saúde Integral para Travestis, maiores de 18 anos, pela Portaria CRT – a-1 (JÚNIOR et al, 2010). Segundo os autores (2010),

o PCSIT constitui um avanço significativo no atendimento das demandas das travestis, não aproveitadas pelo processo transexualizador, e até então carentes de

atenção a sua saúde. O Protocolo representa, sobretudo, um avanço na aceitação de identidades e expressões de gênero até então marginalizadas, por contrariarem a heteronormatividade.

Em 2011, o Ministério da Saúde instituiu no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT) através da Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro (BRASIL, 2013). Essa Portaria teve como objetivo geral promover a saúde integral da população LGBT, eliminando a discriminação e o preconceito institucional e contribuindo para a redução das desigualdades e para consolidação do SUS como sistema universal, integral e equitativo (BRASIL, 2013). Sobre os objetivos específicos, podemos destacar a ampliação do acesso da população LGBT aos serviços de saúde do SUS, (com qualidade e resolução de suas demandas e necessidades), a garantia ao acesso ao processo transexualizador na rede do SUS, nos moldes regulamentados e a garantia do uso do nome social de travestis e transexuais; (BRASIL, 2013).

Esse panorama de exclusão da travestilidade no processo transexualizador no Brasil esteve próximo de mudar em 2013. A citada e revogada Portaria nº 2.803, de 19 de novembro, que redefinía e ampliava o Processo Transexualizador no SUS, incluía entre suas diretrizes de assistência o acesso da categoria sem condicioná-lo à cirurgia de redesignação sexual:

Art. 2º São diretrizes de assistência ao usuário(a) com demanda para realização do Processo Transexualizador no SUS: I - integralidade da atenção a transexuais e travestis, não restringindo ou centralizando a meta terapêutica às cirurgias de transgenitalização e demais intervenções somáticas (BRASIL, 2013)

A psiquiatria, que define o indivíduo transexual como alguém que busca, ou realizou, uma transição de MtF ou FtM e que envolve em muitos casos, mas não todos, uma transição somática através de tratamento hormonal e cirurgia genital (cirurgia de readequação sexual) (APA, 2013) busca reproduzir artificialmente um corpo reconhecido como natural. Não existe, de acordo com os manuais, uma “cura” para a transexualidade, mas sim um tratamento hormonal, cirúrgico e psicológico. No passado, no entanto, houve uma tentativa de cura através do discurso psicanalítico, que dominava a psiquiatria nos anos 70 e 80 do século XX (COHEN-KETTENIS; WÅLINDER, 1987 apud CUYPERE; GIJS, 2014). Ainda segundo estes autores, o objetivo dessa abordagem psicoterapêutica era curar os sentimentos de inadequação ao gênero designado no nascimento. Devemos ressaltar que naquele momento o tratamento médico através de hormônios e cirurgias era controverso e havia poucas evidências de sua eficácia (CUYPERE; GIJS, 2014).

Para muitas pessoas transexuais, a realização do seu tratamento e cirurgia é uma necessidade e/ou um desejo. Importa aqui considerarmos que as razões para a demanda do tratamento e cirurgia de redesignação sexual, ou seja, dessa necessidade e/ou desejo, são diversas. Ainda observamos no discurso médico que a demanda pela cirurgia tem um caráter diretamente relacionado à vida sexual. Segundo os manuais, as pessoas transexuais têm uma completa abjeção em relação aos seus corpos, mais especificamente aos seus órgãos genitais. De acordo com essa visão, além de considerar que os indivíduos transexuais são assexuados, a procura pela cirurgia tem como finalidade a satisfação sexual heterossexual (BENTO, 2009). A partir de autores como Bento (2009) e Almeida (2012), observamos que a necessidade pela cirurgia se expressa, contrariamente ao citado acima, em experiências sociais marcadas por intenso sofrimento, e sobretudo pela convicção de que sua vida só é suportável através da construção de corpos o máximo possível em conformidade com a imagem associada ao gênero afirmado. O principal motivo seria, então, a busca pela inserção na vida social (BENTO, 2009).

O acesso ao processo transexualizador ocorre de forma diferenciada para homens e mulheres transexuais. A cirurgia de redesignação de sexo – especialmente a cirurgia genital – é, segundo a visão médica, a última e mais considerada etapa no processo de tratamento da transexualidade. Enquanto muitas pessoas transexuais e com variabilidade de gênero estão confortáveis com sua identidade, papel e expressão de gênero sem cirurgia, para muitas outras a cirurgia é essencial (HAGE; KARIM, 2000). Esses procedimentos, quando disponibilizados pelo sistema público de saúde, nem sempre são os mais avançados tecnologicamente. Fatores como o custo são considerados pelos governos no momento de escolha dos protocolos de tratamento e também pelas próprias pessoas transexuais quando buscam o serviço privado. Além disso, aspectos físicos, genéticos e de saúde também podem influenciar a definição da técnica a ser utilizada. Temos a hipótese que, por se tratar também de uma categoria social minoritária e marginalizada, não há um grande interesse público no acolhimento da demanda gerada pela transexualidade e, portanto, não há o investimento necessário.

2.5 A intervenção biotecnológica na infância e adolescência transexual

A aplicação da tecnologia biomédica nos corpos de crianças e adolescentes transexuais parece exigir uma regulação dos procedimentos ainda maior do que em transexuais adultos.

No Brasil, a portaria nº 457, de 19 de agosto de 2008, que define as *Diretrizes Nacionais para o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS)*, não especifica a idade dos indivíduos transexuais que podem se candidatar aos tratamentos (BRASIL, 2008). A rede do SUS, no entanto, historicamente se pauta pelos pareceres e resoluções do Conselho Federal de Medicina quanto ao tema. A *Política Nacional de Saúde Integral LGBT*, elaborada pelo Ministério da Saúde, também não determina a idade mínima da adolescência (BRASIL, 2013). O documento, que tem como um de seus objetivos oferecer atenção e cuidado à saúde de adolescentes (e idosos, sem idades especificadas) que façam parte da população LGBT, também não estabelece a definição e alcance desses cuidados (BRASIL, 2013).

Em 2013, entretanto, a Portaria MS/SAS nº 859/2013 pretendia ampliar o atendimento a transexuais, permitindo, inclusive, o início da hormonização aos 16 anos, com autorização dos pais do paciente, após criterioso seguimento multidisciplinar. Logo em seguida, a Portaria MS/GM nº 1.579/2013, suspendeu a anterior. Na prática, portanto, foi mantido o início da terapia hormonal aos 18 anos. Vale observar que a maior parte da documentação sobre a atenção à saúde na transexualidade dos adolescentes aborda questões sobre o tratamento hormonal, considerado reversível e portanto “viável” na adolescência, não mencionando possibilidades cirúrgicas. A idade mínima estabelecida para a cirurgia de redesignação sexual (um procedimento mais invasivo e de difícil reversão) é, no entanto, de 21 anos. O Conselho Federal de Medicina (CFM), entretanto, decidiu em parecer emitido em fevereiro de 2013 (antes das Portarias citadas acima) que adolescentes transexuais têm direito a realizar tratamento hormonal antes da puberdade - desde que possuam orientação médica e autorização dos responsáveis. O acesso a esse tipo de procedimento deve ser realizado no SUS e em centros de excelência, geralmente ligados a universidades públicas⁴⁴.

Nos últimos anos, os profissionais de saúde envolvidos no tratamento de pacientes transexuais têm-se deparado com o sofrimento dos adolescentes transexuais com o aparecimento da puberdade e de caracteres sexuais indesejados (COSTA; MENDONÇA, 2012). O tratamento dessa faixa etária pode ser praticado não apenas através de intervenções médicas⁴⁵, e pode incluir psicoterapia, intervenção social e alguma forma de apoio à família

⁴⁴ Não tivemos acesso à informações sobre os efeitos práticos a partir desse parecer emitido pelo CFM no tratamento de adolescentes transexuais.

⁴⁵ De acordo com Giordano (2014), as intervenções médicas podem compreender três estágios:
Stage 1: Fully reversible interventions (administration of medical therapies that suspend pubertal development) (Wylie, Fung, Boshier, & Rotchell, 2009).
Stage 2: Partially irreversible interventions (administration of masculinizing/feminizing hormones).
Stage 3: Irreversible interventions (surgery) (Green, 2007).

(COHEN-KETTENIS; DELEMARRE-VAN DE WAAL; GOOREN, 2008; DE VRIES; COHEN-KETTENIS, 2012; DI CEGLIE, 2009 apud GIORDANO, 2014). As abordagens terapêuticas dessa categoria, assim como a de adultos, devemos ressaltar, são variadas e podem ser aplicadas de forma diferenciada em cada país a partir de suas escolhas técnicas e objetivos de tratamento.

A transexualidade em crianças e adolescentes está presente no DSM-5 como uma subcategoria de disforia de gênero. A primeira vez na história que o tratamento de crianças e adolescentes com disforia de gênero foi descrito em algum manual médico foi em 1998, na quinta edição do SOC. Nessa edição, o tratamento com medicamentos supressores é discutido e orientado. As intervenções médicas no corpo do adolescente, no entanto, são restringidas por lei e encontram-se sob intenso debate entre os profissionais e as políticas de saúde (DELEMARRE-VAN DE WAAL, 2014).

Para as crianças transexuais pré-pubescentes, os cuidados realizados são predominantemente psicológicos. Há uma controvérsia internacional sobre quando iniciar o tratamento hormonal devido aos riscos dos medicamentos utilizados na hormonioterapia, (GIORDANO, 2014). A idade considerada tecnicamente apropriada para o início desse tratamento é, no entanto, difícil de ser estabelecida, “pois as crianças atingem a puberdade em idades diferentes e não há um limite específico que separe a infância da adolescência” (GIORDANO, 2014).

Como uma intervenção médica pode aliviar esse conflito psicológico, alguns autores preconizam a intervenção hormonioterapêutica já no início da puberdade por meio de sua supressão, utilizando drogas supressoras, com os análogos do GnRH. O bloqueio da supressão da puberdade nesses pacientes está indicado no momento do aparecimento dos primeiros sinais de puberdade, ou seja, nos estádios 2 e 3 de **Tanner**⁴⁶. Por outro lado, a reposição hormonal não está indicada nesses pacientes antes dos 16 anos de idade (COSTA; MENDONÇA, 2012, grifo nosso).

Utilizado como referência por diversos países na intervenção médica no tratamento de disforia de gênero em adolescentes, o protocolo holandês (*Dutch protocol*), recomenda a utilização de análogos do *gonadotropin-releasing hormone* (GnRH) para a supressão da

⁴⁶ Embora alguns modelos de estadiamento puberal tenham sido propostos já nas décadas de 1940 e 1950, coube ao médico inglês J.M.Tanner padronizar um método de estadiamento da maturação sexual, que se difundiu a partir dos anos 1960, e é o mais utilizado até hoje. O estadiamento da maturação sexual é feito pela avaliação das mamas e dos pelos púbicos no sexo feminino, e dos genitais e pelos púbicos no sexo masculino. As mamas e os genitais masculinos são avaliados quanto ao tamanho, forma e características; e os pelos púbicos por suas características, quantidade e distribuição (Tabela 1). O estágio 1 corresponde sempre à fase infantil, impúbere, e o estágio 5 à fase pós-puberal, adulta. Portanto, são os estágios 2, 3 e 4 que caracterizam o período puberal. Convencionou-se chamar esses estágios de estágios de maturação sexual ou estágios de Tanner (CHIPKEVITCH, 2001).

puberdade, assim como os hormônios *cross-sex*⁴⁷ para induzir a puberdade a partir dos 16 anos. Além disso, de acordo com o protocolo, a indução ou supressão das características sexuais secundárias podem ocorrer antes dos 16 anos, caso o/a adolescente tenha atingido um certo estágio púbere (DELEMARRE-VAN DE WAAL, 2014).

Podemos observar que o protocolo de início de tratamento é realizado de forma diferente no Brasil. Na Unidade de Endocrinologia do Desenvolvimento do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), o tratamento não é iniciado antes dos 18 anos de idade, pois seus profissionais, baseados em suas próprias experiências, consideram difícil o diagnóstico diferencial entre transexualismo e outros transtornos de identidade de gênero durante a adolescência (COSTA; MENDONÇA, 2012). Em alguns países, a idade para o início da hormonioterapia está diretamente relacionada à idade legal da maioridade, e não aos aspectos físicos e biológicos. Na Holanda, por exemplo, a idade estabelecida para o tratamento com os hormônios *cross-sex* é de 16 anos, pois é quando um adolescente dessa idade é considerado legalmente um adulto na tomada de decisões médicas. Apesar da autonomia na decisão de iniciar seu tratamento, é preferível que haja uma autorização dos pais nesses casos, apesar de não haver obrigatoriedade. Justifica-se essa preferência considerando-se que o adolescente necessita de apoio nessa fase da vida (DELEMARRE-VAN DE WAAL, 2014). Um segundo fator considerado na hora da decisão do início da hormonioterapia é o estágio de puberdade atingido através da escala Tanner. Essa escala considera não a faixa etária, mas diversos aspectos corporais observáveis da maturação sexual do adolescente.

A partir do pressuposto que o adolescente está em processo de desenvolvimento psicobiológico, as tecnologias na construção da transexualidade são utilizadas com algumas precauções. Nesse sentido, a marca da tecnologia no corpo do jovem transexual na sua definição de gênero deve ser de certo modo possível de ser reversível, apagável. Essa tecnologia, mais especificamente a hormonal, pode atuar de forma temporária e experimental até que o indivíduo, além de ter atingido a idade mínima, tenha tido a capacidade de decidir “conscientemente” pela aplicação de intervenções mais definitivas. Com esse objetivo, o tratamento médico do indivíduo transexual adolescente pode ser realizado em duas etapas. A primeira etapa, reversível, consiste na supressão da puberdade através de hormônios específicos com o objetivo de anular o desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários. A segunda, parcialmente reversível, é baseada na indução da puberdade,

⁴⁷ Os hormônios *cross-sex* são empregados com o objetivo de produzir alterações nos caracteres sexuais secundários.

quando utiliza-se uma crescente e gradual concentração de esteroide sexual cruzado (*cross-sex hormone*), que induzirá à puberdade do gênero desejado.

A supressão na puberdade é uma intervenção médica completamente reversível. Essa primeira etapa não deve ser considerada um primeiro passo para a cirurgia de readequação sexual, mas como uma ferramenta de confirmação ou não do diagnóstico de disforia de gênero em adolescentes (DELEMARRE-VAN DE WAAL, 2014). Isso é possível pois durante o tratamento hormonal de supressão da puberdade o/a adolescente, acompanhado de auxílio médico e psicológico, pode explorar sua identidade de gênero sem o desconforto do surgimento das características sexuais secundárias e aumentar a compreensão pelos profissionais da natureza, grau e persistência do desconforto do/a adolescente (COHEN-KETTENIS, 1998; DELEMARRE-VAN DE WAAL; COHEN-KETTENIS, 2006 apud GIORDANO, 2014).

Segundo alguns médicos, uma vantagem dessa intervenção é que o/a adolescente pode decidir iniciar a transição e mais tarde interromper o tratamento, reverter seus efeitos e retornar ao gênero designado no nascimento (GIORDANO, 2014).

Podemos observar que, assim como no tratamento hormonal dos indivíduos transexuais adultos, não existe um protocolo único a ser seguido para os adolescentes. Apesar de o uso dos supressores da puberdade estarem descritos em orientações internacionais, não há um consenso mundial nas orientações da *Endocrine Society* ou no *SOC* (COLEMAN et al., 2012; HEMBREE et al apud DELEMARRE-VAN DE WAAL, 2014).

A segunda etapa nesse tratamento hormonal é a indução da puberdade do gênero desejado é realizada com a aplicação de hormônios *cross-sex*, e seus efeitos são considerados parcialmente reversíveis, o que significa que as características sexuais externas não irão desaparecer completamente após a descontinuação do uso dos esteroides sexuais (DELEMARRE-VAN DE WAAL, 2014). O crescimento das mamas em MtFs e o crescimento de pelos faciais em FtM, por exemplo, requerem cirurgia ou outro tratamento para sua reversão.

A intervenção hormonal em adolescentes, além dos aspectos jurídicos e da determinação da idade mínima, pode ser considerada a partir de dois fatores que geram preocupação nos profissionais e familiares. O primeiro, fisiológico, diz respeito aos seus efeitos colaterais, enquanto o segundo, psicológico, refere-se à capacidade de tomada de decisão dos mesmos.

Sobre os efeitos colaterais, não existem estudos concludentes e ainda há a necessidade de maior coleta de informações sobre os resultados na saúde dos adolescentes tratados

(DELEMARRE-VAN DE WAAL, 2014). Já observamos em nossa leitura, no entanto, alguns dados que permitem considerações sobre sua aplicabilidade. Sobre a primeira etapa, a supressão da puberdade, foi constatado que ela causa desaceleração no crescimento. Segundo Delemarre-Van de Waal (2014), esse efeito pode ser considerado positivo em MtF, que atingirão uma altura mais apropriada às mulheres. A partir da definição biomédica de uma altura apropriada à mulher e ao homem, podemos observar como membros da classe médica consideram o corpo a ser construído a partir de medidas (métricas) definidas como desejáveis, diferentes nos dois gêneros referenciados. Mais uma vez, o binarismo de gênero e seus estereótipos exercerão efeito na forma com que a tecnologia vai construir o corpo transexual. Além da influência no crescimento, o desenvolvimento ósseo também é afetado⁴⁸ (DELEMARRE-VAN DE WAAL, 2014).

A segunda preocupação diz respeito à capacidade do/a adolescente de tomar uma decisão tão importante como a de realizar o tratamento hormonal. Os profissionais de saúde mental podem nesses casos auxiliarem as famílias na tomada de decisões relacionadas ao processo de transformação de gênero de seus filhos. Para que os adolescentes possam tomar suas decisões com algum nível de certeza, é essencial que seus pais e profissionais informem explicitamente sobre as possibilidades de tratamento e seus efeitos, reversíveis ou permanentes (WPATH, 2012).

O tratamento de adultos com disforia de gênero segue padrões parecidos aos dos adolescentes. A principal diferença é que nos adolescentes o tratamento pode ser realizado anterior ao aparecimento dos caracteres sexuais secundários na puberdade. Nos adultos, esses caracteres são suprimidos hormonalmente ou cirurgicamente após seu completo estabelecimento. As mamas do homem transexual, por exemplo, não apresentam um grau de redução satisfatória através do tratamento hormonal, e só podem ser eliminados com a cirurgia de mamoplastia. Nas mulheres transexuais, a eliminação dos pelos faciais (barba) quase sempre só pode ser efetuada com a realização de eletrólise (BENJAMIN, 1966; GOOREN; ASSCHEMAN, 2014).

Observamos em nossa pesquisa que grande parte das publicações sobre transexualidade no campo das ciências sociais, do ativismo e até mesmo das ciências biomédicas não oferecem detalhes sobre aspectos históricos, do desenvolvimento e escolha e aplicação das técnicas, limitando-se à mencioná-las. Não almejamos nesse estudo elaborar um guia técnico completo mas, com o objetivo de compreendermos melhor a especificidade

⁴⁸ Para maiores detalhes sobre o efeito da hormonização na altura, desenvolvimento ósseo e metabolismo em crianças e adolescentes, ver Delemarre-Van de Waal (2014).

das técnicas (as consideradas melhores, mais apropriadas, trans-específicas, reversíveis e irreversíveis) e alguns fatores que determinam suas escolhas, abordaremos a seguir alguns aspectos sobre os principais procedimentos, hormonais, cirúrgicos e estéticos, aplicados nos indivíduos transexuais FtM e MtF adulto.

2.6 Aspectos gerais da hormonioterapia para MtFs e FtMs

A partir de nossa leitura, temos a hipótese que a hormonioterapia, devido aos seus efeitos de supressão e indução de caracteres sexuais secundários de um gênero e contribuição na constituição da estética de gênero, é a etapa terapêutica mais realizada entre os indivíduos trans (incluindo as travestis). O endocrinologista, nesse sentido, tem um papel fundamental dentro da equipe multidisciplinar que atua no processo de redesignação sexual (COSTA; MENDONÇA, 2012). Tendo como referência uma bibliografia biomédica, os objetivos da hormonioterapia em “pacientes portadores de transexualismo” seriam

1. Reduzir os níveis hormonais endógenos e conseqüentemente os caracteres sexuais secundários compatíveis com a identidade psicosssexual do paciente, aliviando o **sofrimento** decorrente da inadequação do fenótipo com a identidade de gênero; e 2. Estabelecer a dose ideal do medicamento que permita níveis hormonais fisiológicos e compatíveis com a identificação sexual do paciente, adotando os princípios do tratamento hormonal dos pacientes hipogonádicos⁴⁹ (COSTA; MENDONÇA, 2012, grifo nosso).

⁵⁰O tratamento hormonal deve ser recomendado pelo psicólogo e pelo psiquiatra da equipe após a confirmação do diagnóstico de transexualismo⁵¹ (COSTA; MENDONÇA, 2012). Inicialmente, o paciente é submetido à avaliação psicológica e psiquiátrica, quando é estabelecido o diagnóstico. Uma vez estabelecido o diagnóstico de transexualismo, é iniciada

⁴⁹ Hipogonadismo é uma doença na qual as gônadas (testículos nos homens e ovários nas mulheres) não produzem quantidades adequadas de hormônios sexuais, como a testosterona nos homens e o estrogênio nas mulheres (DUARTE, 201-).

⁵⁰ Podemos observar que a palavra “sofrimento” aparece como requisito para se identificar um “verdadeiro transexual”. Gostaríamos de ressaltar que palavras como “sofrimento”, “desconforto” e “rejeição” são predominantes no discurso biomédico sobre transexualidade, enquanto os indivíduos transexuais e ativistas evitam esses termos e, em sua maioria, buscam, também com a eliminação desse critério diagnóstico, a despatologização da categoria.

⁵¹ Importante observarmos que o diagnóstico é realizado logo no início da entrada do processo transexualizador. Os tratamentos e a cirurgia, no entanto, serão efetivados apenas após a confirmação desse diagnóstico e produção do laudo final, que irá ocorrer o fim dos 2 anos de acompanhamento multidisciplinar e decisão final do médico psiquiatra.

a psicoterapia. Após seis meses de psicoterapia, o paciente é encaminhado ao endocrinologista para início da terapia de reposição hormonal. Ao mesmo tempo, o endocrinologista deve reforçar o diagnóstico estabelecido pelo psicólogo e psiquiatra e colaborar na indicação da cirurgia de redesignação sexual (COSTA; MENDONÇA, 2012).

A hormonioterapia segue padrões e normas diferentes, nacional e internacionalmente. Na Unidade de Endocrinologia do Desenvolvimento do Hospital das Clínicas da FMUSP, por exemplo, os pacientes autodenominados transexuais são avaliados de acordo com o Protocolo de Avaliação e Tratamento de Pacientes Transexuais, desenvolvido pela própria equipe multidisciplinar (COSTA; MENDONÇA, 2012). Além do endocrinologista, observamos em nossa leitura que a terapia hormonal pode ser realizada também pelo urologista (ARÁN; MURTA, 2009).

Fatores como o custo são considerados na escolha do tratamento hormonal mais apropriado. No Hospital das Clínicas da FMUSP, o undecanoato de testosterona de injeção trimestral não é utilizado devido ao baixo poder econômico de seus pacientes e pela droga não ser padronizada por esse serviço (COSTA; MENDONÇA, 2012). É comum que a indicação para o uso de hormônios não seja baseada em orientações técnicas familiares ao endocrinologista, como o excesso ou deficiência da ação hormonal, sendo frequentemente idealizada por cada endocrinologista e baseada no tratamento de indivíduos com deficiências de hormônios sexuais, mas agora aplicado ao outro sexo (GOOREN; ASSCHEMAN, 2014). A aplicação de uma tecnologia em pacientes transexuais a partir de um protocolo de tratamento correspondente em pacientes cisgêneros é observado desde o início do desenvolvimento das tecnologias (quando funcionavam como experiências para testar sua funcionalidade) até os dias atuais (quando algumas técnicas já são comprovadamente eficazes em ambos os usos). No caso de homens transexuais, por exemplo,

vários esquemas terapêuticos são utilizados pelos diferentes centros de tratamento de portadores de Transexualismo, entretanto todos seguem os princípios gerais de terapia de reposição androgênica para os pacientes hipogonádicos (COSTA; MENDONÇA, 2012).

Os efeitos colaterais da hormonioterapia não são todos conhecidos. De acordo com Gooren e Asscheman (2014), um aspecto causador dessa falta de informação é a relativa raridade da transexualidade, já que os tratamentos endocrinológicos esparsos realizados são um impedimento para a construção de um corpo sólido de conhecimento sobre a eficácia e segurança do tratamento com hormônios *cross-sex*.

Como vimos anteriormente, o acesso ao processo transexualizador e às tecnologias é diferenciado entre homens e mulheres transexuais. Além da diferença no acesso, a aplicação

das terapias hormonais e procedimentos estéticos e cirúrgicos é realizada de forma específica para FtMs e MtFs. Com o objetivo de compreendermos melhor essas diferenças técnicas a partir de seus aspectos práticos e contextuais, a seguir abordaremos os principais procedimentos aplicados nessas categorias.

2.7 A intervenção biotecnológica em mulheres transexuais (MtF)

O corpo da mulher transexual é construído na incorporação de hormônios *cross-sex* (que produzem alterações nos caracteres sexuais secundários) e na interação com técnicas estéticas e cirúrgicas (mais invasivas e definitivas). De acordo com Murta (2011), além da cirurgia de redesignação sexual (vaginoplastia) e hormonioterapia, são realizados procedimentos cirúrgicos como mamoplastia, cirurgia das cordas vocais, cirurgia feminilizante da face e contorno corporal. Assim como observamos nas técnicas aplicadas em homens transexuais, alguns desses procedimentos originaram-se e ainda são aplicados no tratamento de mulheres cisgêneras.

2.7.1 – Hormonioterapia

No processo transexualizador, a terapia hormonal para MtFs consiste na administração de anti-androgênios (hormônios com a finalidade de diminuir as características masculinas) e estrogênio, através de doses adequadas individualmente (ARÁN; MURTA, 2009). A terapia de reposição hormonal nas mulheres transexuais é considerada mais complexa que a dos homens transexuais, e o principal hormônio utilizado para induzir o desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários femininos nessas pacientes é o estrógeno (COSTA; MENDONÇA, 2012). O tratamento hormonal produz resultados visíveis em um curto espaço de tempo.

As mudanças físicas esperadas e desejadas pelo paciente, que podem ser observadas nos primeiros três a seis meses de tratamento, são: aumento das mamas, da aréola e mamilos, pele mais macia e menos oleosa, redistribuição de gordura corporal, diminuições da agressividade, de ereções espontâneas e de pilificação corporal. O desenvolvimento máximo das mamas ocorre geralmente após dois anos de

tratamento e a diminuição do volume testicular e prostático ocorre mais adiante (COSTA; MENDONÇA, 2012).

Considerando o custo do tratamento, a forma oral da apresentação farmacêutica do estrógeno é a mais utilizada devido ao seu baixo custo se comparado com a via transdérmica. A literatura é escassa e controversa com relação à morbidade e à mortalidade relacionadas ao uso de estrógenos em mulheres transexuais, mas os riscos da terapia estrogênica em mulheres transexuais são os mesmos associados à terapia de reposição hormonal em mulheres hipogonádicas (COSTA; MENDONÇA, 2012). O tratamento proposto pelo Hospital das Clínicas de São Paulo é baseado em 20 anos de prática clínica no tratamento hormonal de homens transexuais e na última diretriz da Sociedade Americana de Endocrinologia (COSTA; MENDONÇA, 2012).

2.7.2 Vaginoplastia

A vaginoplastia é praticada desde o séc. XIX, quando os médicos experimentaram vários métodos de construção de vaginas em mulheres que nasceram sem elas ou que as tinham deformadas (MEYEROWITZ, 2006). Em 1931, Felix Abraham, aluno de Magnus Hirschfeld, realizou a primeira vaginoplastia completa em Christine Jorgensen, na Dinamarca. Em meados da década de 1950, o método mais comum utilizava enxerto de pele da coxa, nádegas ou costas. Ocasionalmente os cirurgiões usavam tecido da mucosa do intestino, mas isso implicava em uma cirurgia mais invasiva. No fim da década de 1950 alguns médicos preservavam a pele sensível do pênis, a viravam do avesso e a usavam para alinhar a vagina (MEYEROWITZ, 2006). Nos anos 60 e 70 do século XX, algumas transexuais escolhiam realizar a cirurgia de redesignação sexual em Casablanca, onde o Dr. Burou, um ginecologista francês, especializou-se em realizar vaginoplastias (HAGE; KARIM; LAUB, 2007 apud CUYPERE; GIJS, 2014). Naquela época não havia avaliação psicológica para receber a cirurgia, assim como não havia normas de tratamento para transexuais (CUYPERE, GIJS, 2014).

Para cada etapa da tática cirúrgica, tanto da transgenitalização quanto da modificação de caracteres secundários, há diversas técnicas descritas (ARÁN; MURTA, 2009). Segundo Silva et al. (2012)

É um quesito fundamental para o cirurgião reconstrutor urogenital que ele tenha conhecimento de várias técnicas e que com sua sensibilidade e habilidade individualize o procedimento em cada indivíduo transexual, pois seguramente obterá excelentes resultados. Esta individualização das técnicas depende de várias características a serem consideradas como, por exemplo, anatomia genital do paciente, qualidade dos tecidos após a hormonioterapia, modificações externas como as causadas pelas injeções de silicone industrial ou automutilações, expectativa real da neogenitália com profundidade grande e orgasmo neoclitoridiano.

2.7.3 Aumento dos seios

O aumento dos seios nas mulheres transexuais é uma das transformações físicas de maior visibilidade para a construção de uma imagem “feminina”. Anterior ao tratamento biomédico, é comum que mulheres transexuais utilizem próteses externas que simulem os seios desenvolvidos de uma mulher genética. Esse recurso, temporário, oferece uma legitimidade social limitada. As MtFs, na procura por uma solução mais permanente, encontram duas possibilidades para o aumento dos seios. A primeira é o crescimento ocasionado pelo uso dos hormônios femininos presentes nos anticoncepcionais. Antes de realizar a cirurgia, é comum que indivíduos transexuais usem, sem acompanhamento médico, anticoncepcionais para fazer os seios crescerem. O conhecimento sobre seu uso e o acesso ao medicamento é normalmente adquirido através de amigas transexuais ou travestis (Bento, 2009). Em alguns casos o crescimento é o suficiente para satisfazer a demanda da mulher transexual. Outra possibilidade seria o implante de próteses de silicone. Apesar da técnica ser essencialmente a mesma da mamoplastia de aumento em mulheres cisgêneras, existem diferenças anatômicas importantes entre a mama feminina e de seu equivalente masculino (BOUMAN; NIESSEN, 2012). Comparados ao mamilo e auréola femininos, seus correspondentes masculinos são quase rudimentares. De modo a obter resultados favoráveis nas cirurgias de mama para a readequação sexual, o cirurgião deve estar ciente destas diferenças e as possíveis técnicas para disfarçar-las (BOUMAN; NIESSEN, 2012).

Uma grande preocupação entre as mulheres genéticas em relação às suas mamas é o desenvolvimento do câncer. A incidência de câncer de mama em homens cisgêneros é raro, e corresponde a menos de 1% de todos os tumores malignos masculinos (BOUMAN; NIESSEN, 2012). Sobre as mulheres transexuais, com ou sem próteses, são poucas as informações sobre o rastreamento do câncer com mamografia. O conhecimento sobre a

relação entre a técnica hormonal e/ou protética aplicada para o aumento dos seios em mulheres transexuais e o câncer é, portanto, insuficiente para que comparações sobre seus efeitos em mulheres genéticas sejam estabelecidas. Sabe-se, no entanto, que as mulheres cisgêneras com implantes de silicone nos seios não apresentam maior risco de desenvolvimento de câncer de mama. (BOUMAN; NIESSEN, 2012).

2.7.4 Feminização facial

A aparência facial é sem dúvida um dos mais evidentes símbolos representativos de um gênero. Segundo Shams e Motamed (2009), apesar da redesignação genital ser de domínio privado de um transexual, características mais visíveis do corpo, como o rosto, podem dificultar a aceitação social como membro do gênero oposto. Mesmo que as características faciais em transexuais possam parecer de menor importância do que a mudança da genitália, estas são de extrema importância para se passar como um membro do sexo oposto em público. A cirurgia facial pode ajudar a “feminizar os ossos da face e os tecidos moles em transexuais FtM”. A escolha dos traços e das feições construídas cirurgicamente para feminizar a face têm sido arbitrárias (SHAMS; MOTAMED, 2009). No Irã, por exemplo, a feminização segue padrões métricos e uma tabela:

Tabela 3 - Comparison of facial features and parameters in males and females

Number	Facial feature	Comparison	Difference
1	Nasofrontal angle	Greater in females	134 vs 131 degrees
2	Chin	More pointed in females	Males have broader chins
3	Supraorbital bossing	Less in females	
4	Zygomatic prominence	More pronounced in females	
5	Zygomatic width	Less in females	130 mm vs 137 mm
6	Bigonial width	Less in females	91 mm vs 97 mm
7	Mouth width	Less in females	50 mm vs 53 mm
8	Intercanthal distance	Less in females	31 mm vs 33 mm
9	Facial height	Less in females	112 mm vs 121 mm
10	Lower facial height	Less in females	66 mm vs 72 mm

11	Eyebrow position	Raised just above the supraorbital rim in females and arched	Slightly lower in males and flat and forms a “T” with the nose
12	Hairline position	Lower in females	
13	Nasal dorsum	Slightly concaved in females	Relatively straight in males
14	Nasolabial angle	Greater in females	107° vs 90°
15	Columella show	Greater in females	3 mm vs 1 mm
16	Alar base width	Less in females	2–3 mm less
17	Facial skin	Less hair-bearing in females; softer with smaller pore size	
18	Incisor tooth-show lips in repose	Greater in females	3 mm vs 1 mm
19	Larynx	Less prominent in females	
20	Nasal tip	More projected in females	

Fonte: SHAMS; MOTAMED, 2009.

Podemos também recuperar aspectos da feminização facial a partir de Harry Benjamin (1966), que constatou que MtFs realizaram cirurgias (após a cirurgia de redesignação sexual, com o objetivo de completar a transformação e talvez se feminizar ainda mais) para que um nariz grande fosse diminuído, implantes de cabelo realizados e pomos-de-adão diminuídos.

2.7.5 Labioplastia

Este procedimento médico envolve a criação ou remodelação dos lábios vaginais em mulheres transexuais e cisgêneras. Em geral, e segundo a bibliografia consultada, a (re)construção dos grandes lábios não apresenta um grande desafio técnico. A labioplastia pode ser realizada em mulheres cisgêneras para tratar anomalias e doenças congênitas, tais

como lábios internos vaginais grandes, assim como para reparar a área afetada por doença ou lesão, em especial a partir do parto. Assim como podemos observar em outros procedimentos da cirurgia plástica, a labioplastia pode ser realizada por razões funcionais, estéticas, ou uma combinação de ambas. Suas técnicas são variadas, mas desde as primeiras descritas para a transgenitalização de masculino para feminino que o padrão-ouro é a cobertura com a pele do escroto remodelada, apresentando resultados bem satisfatórios (SILVA; M. DA SILVA; DAMIÃO, 2012).

No caso das mulheres transexuais, a labioplastia é frequentemente a segunda parte de uma vaginoplastia realizada em duas etapas, onde os lábios e um capuz do clitóris são criados. Esse procedimento é muitas vezes realizado poucos meses após a primeira parte do procedimento. A novidade mais recente nesta área é a reconstrução dos pequenos lábios, que pode ser alcançada remodelando a face interna do prepúcio após dissecação cuidadosa para a preservação máxima dos linfáticos e veias (SILVA; M. DA SILVA; DAMIÃO, 2012).

2.7.6 Cirurgia vocal ou laringoplastia para feminização

Nos consultórios de fonoaudiologia é crescente a demanda de transexuais, principalmente masculinos, em busca da adequação da voz ao gênero pretendido por elas (DRUMOND, 201-). Aos que não alcançam os resultados desejados apenas com o tratamento fonoaudiológico, pode haver uma indicação cirúrgica. A laringoplastia para feminização é uma cirurgia realizada em pacientes mulheres transexuais cujo procedimento é projetado para remodelar a caixa de voz do homem genético, torná-la menor e encurtar os cabos vocais em uma tentativa de aumentar o tom falado desejado. A cirurgia é considerada mais apropriada para os pacientes cujo tom de voz é constantemente interpretado como masculino, apesar dos esforços para alterar através da terapia da fala, por exemplo. O paciente típico é um homem que tem ou é, ou ainda pode estar passando por procedimentos transexualizadores e pretende alterar o tom de voz e, potencialmente, outras qualidades da voz também. No entanto, mulheres cis ou indivíduos intersexuais também realizam o procedimento. Esse procedimento é considerado novo e traz consigo alguns riscos significativos.

2.8 A intervenção biotecnológica em homens transexuais (FtM)

Segundo Murta (2011), para homens transexuais (FtM), mais frequentemente são realizados procedimentos que são considerados cirurgias de caracteres secundários, como a histerectomia⁵² (retirada do útero) e mastectomia bilateral (retirada de ambas as mamas), associados à reposição androgênica (testosterona) para masculinização. É importante destacar que, nesses casos, ainda que a transgenitalização tenha um papel fundamental no processo transexualizador, o caráter experimental da mesma possibilita que estas modificações citadas sejam realizadas antes ou independentemente da cirurgia genital (ARÁN; MURTA, 2009).

Observamos em nossa leitura que o procedimento mais desejado e realizado pelos homens transexuais é a mamoplastia. De acordo com alguns textos, o motivo para essa preferência seria a imperfeição técnica da faloplastia. Mais à frente falaremos sobre esse procedimento, e observaremos que entre os médicos que a realizam os resultados são considerados por eles (e por seus pacientes, em pesquisas realizadas), satisfatórios (GARAFFA, 2011).

Sobre a preferência pela mamoplastia, devemos considerar aspectos sobre a legitimidade social que este procedimento pode proporcionar. Segundo Bento (2009)

Entre os transexuais masculinos, a mastectomia é a cirurgia que lhes dará o que os transexuais conseguirão com a construção da vagina, ou seja, a liberdade. É o desejo de serem reconhecidos/as socialmente como membros do gênero identificado que os/as leva a realizar os ajustes corporais.

2.8.1 Hormonioterapia

Como vimos, a hormonioterapia em geral segue padrões diferentes nacional e internacionalmente. Para os homens transexuais, o tratamento proposto pelo Hospital das Clínicas de São Paulo é baseado em vinte anos de prática clínica no tratamento hormonal dessa categoria e na última diretriz da Sociedade Americana de Endocrinologia (COSTA; MENDONÇA, 2012). O tratamento hormonal do homem transexual é baseado na reposição androgênica, sendo a testosterona o principal hormônio utilizado para induzir e manter os

⁵² A histerectomia é uma operação cirúrgica da área ginecológica que consiste na remoção dos órgãos reprodutivos femininos (DJORDJEVIC; BIZIC, 2014).

caracteres sexuais secundários masculinos nesses pacientes (ARÁN; MURTA 2009; COSTA; MENDONÇA, 2012). Alguns resultados já são visíveis em poucos meses de tratamento (interrupção dos ciclos menstruais, aumento da pilificação corporal e da libido, aumento de massa muscular e redistribuição de gordura), enquanto a partir do primeiro ano de tratamento já podem ser observados o engrossamento da voz, a atrofia das mamas, a clitorimegalia (aumento do clitóris) e o aumento da proeminência laríngea (COSTA; MENDONÇA, 2012). Os efeitos máximos atingíveis, no entanto, são alcançados após 2 ou 3 anos de tratamento (GOOREN; ASSCHEMAN, 2014).

A hormonioterapia, ao contrário dos outros procedimentos aplicados no homem transexual (e na mulher transexual da mesma forma), deve ser realizado pelo resto da vida, sendo interrompido apenas para a realização da cirurgia de readequação sexual (ARÁN, 2009). Diversas opções de medicamentos para terapia de reposição androgênica estão disponíveis no mercado, sendo que as injeções intramusculares quinzenais de ésteres de testosterona são as mais utilizadas por serem mais econômicas, e seus efeitos são considerados seguros e eficazes. (ARÁN, 2009; COSTA; MENDONÇA, 2012).

De uma maneira geral, os estudos sobre as intervenções hormonais baseados em protocolos de tratamento e medidas de segurança estão em fase inicial de desenvolvimento, e os resultados devem demorar ainda alguns anos (GOOREN; ASSCHEMAN, 2014). No Brasil, estudos que analisaram os riscos da administração de andrógenos em homens transexuais são limitados devido ao pequeno número de pacientes avaliados, mas seus resultados não indicaram aumento da mortalidade nessa população (COSTA; MENDONÇA, 2012). Além disso, os efeitos sobre indivíduos acima de 50 anos e os efeitos a longo prazo (acima de quinze anos de uso de hormônios) não devem estar disponíveis em um futuro próximo (GOOREN; ASSCHEMAN, 2014).

2.8.2 Mastectomia ou mamoplastia masculinizadora

Devido à pouca influência que o tratamento hormonal exerce na diminuição dos seios dos homens transexuais, a mastectomia é a primeira cirurgia realizada. Por serem um dos símbolos mais visíveis do corpo feminino, as mamas, segundo Djordjevic e Bizic (2012), representam o principal problema psicológico desses pacientes. É comum que os FtMs realizem um “corte simbólico” (BENTO, 2009) de suas mamas e as comprimam com faixas,

ou "binders", enquanto não realizam o corte na carne. Em muitos, essa compressão começa desde o início do desenvolvimento mamário e o objetivo é obter um tórax com aparência masculina e disfarçar o volume mamário. Para algumas pessoas, o termo mastectomia não se aplica à necessidade dos transexuais FtM. Pois tal termo significa a amputação cirúrgica da mama e é realizada em homens e mulheres como forma de tratamento para determinadas doenças. A cirurgia plástica reconstrutiva que transforma a mama feminina em uma mama masculina deve, para eles empregar o termo “mamoplastia masculinizadora⁵³”, que refletiria mais apropriadamente o objetivo da cirurgia.

Segundo Bento (2009), a mastectomia é a cirurgia que concede aos homens transexuais a liberdade e reconhecimento social como membros do gênero identificado. Observamos que o objetivo dessa cirurgia, do ponto de vista dos indivíduos transexuais, revela um desejo pela legitimidade social desse corpo. Do ponto de vista técnico biomédico, seu objetivo é a criação de um tórax masculino agradável esteticamente (MONSTREY et al, 2014).

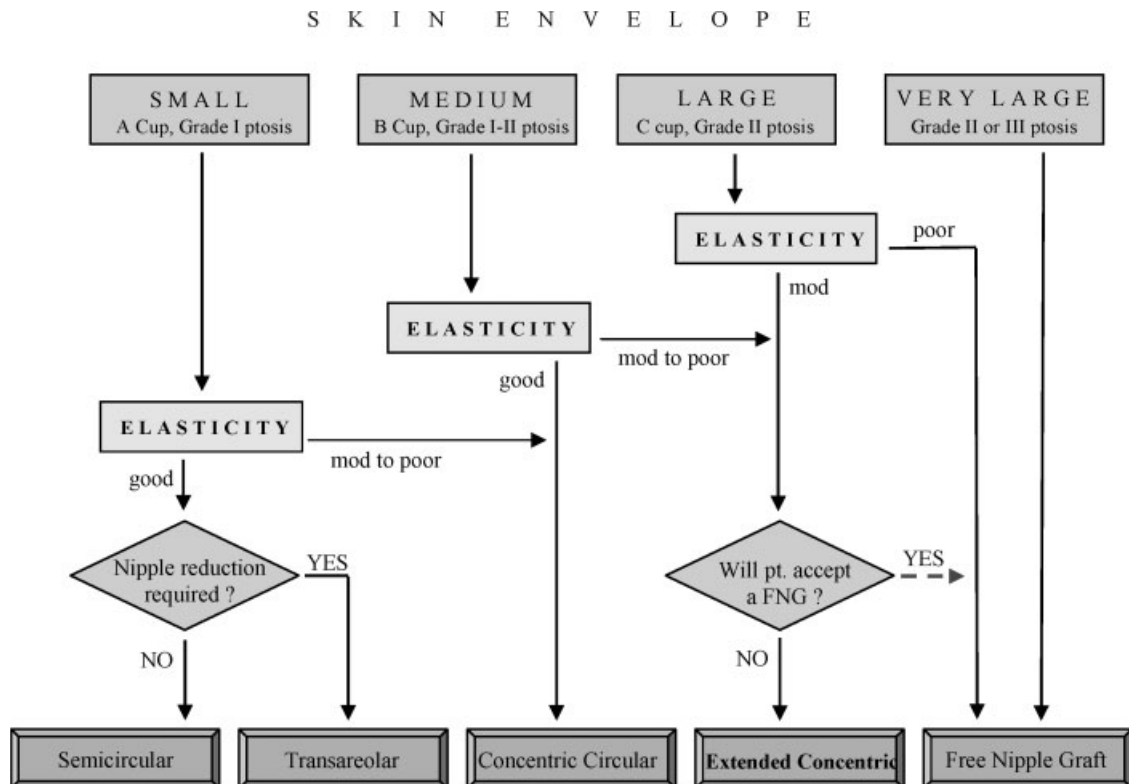
A mamoplastia, definida como cirurgia de caractere sexual secundário, pode ser realizada antes (ou independentemente) da cirurgia genital, (ARÁN; MURTA, 2009), sendo comumente realizada combinada com a histerectomia⁵⁴ e ooforectomia⁵⁵ (MONSTREY et al, 2014). Esse procedimento dispõe de várias técnicas, e a técnica escolhida pode variar de acordo com o tamanho dos seios originais, sua elasticidade e a vontade do paciente de redução ou não dos mamilos, como podemos observar na tabela a seguir (MONSTREY *et al*, 2014).

⁵³ A preferência pelo termo “mamoplastia reparadora” aparece em nossa leitura a partir de fontes informais (websites sobre transexualidade ou blogs). Não observamos em nossas fontes acadêmicas o uso ou sugestão do termo. Por questões práticas, manteremos o uso de “mastectomia” ou “mamoplastia” nesse texto.

⁵⁴ A histerectomia é uma operação cirúrgica da área ginecológica que consiste na remoção da vagina. A histerectomia pode ser total, quando se retira o corpo e o colo do útero, ou subtotal, quando só o corpo é retirado (DJORDJEVIC; BIZIC, 2012).

⁵⁵ Ooforectomia ou ovariectomia é a remoção cirúrgica de um (unilateral) ou ambos ovários (bilateral) (ARÁN, 2010).

Tabela 4: Skin Envelope



Fonte: MONSTREY et al, 2014.

2.8.3 Neofaloplastia ou faloplastia

No Brasil, a neofaloplastia se mantém em caráter experimental após a publicação em 2002 da Resolução 1.955/2010 do CFM. (ARÁN, 2010). Uma justificativa presente nessa Resolução que mantém a faloplastia como experimental seria a sua imperfeição técnica. De acordo com a Resolução nº 1955 2010 (BRASIL, 2010)

O CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA [...], CONSIDERANDO [...] as dificuldades técnicas ainda presentes para a obtenção de bom resultado tanto no aspecto estético como funcional das neofaloplastias, mesmo nos casos com boa indicação de transformação do fenótipo feminino para masculino [...]; RESOLVE [...] autorizar, ainda a título experimental, a realização de cirurgia do tipo neofaloplastia.

As principais técnicas de reconstrução peniana foram desenvolvidas inicialmente no tratamento de lesões traumáticas do pênis, mais especificamente em vítimas de guerra. Em 1917, o médico neozelandês Harold Gillies realizou as primeiras cirurgias plásticas em soldados combatentes na primeira guerra mundial, instituindo a cirurgia de faloplastia como

alternativa para soldados que tiveram seus órgãos genitais mutilados (CASTEL, 2001). Em 1936, o médico russo Nikolaj A. Bogoraz descreveu pela primeira vez uma técnica de reconstrução peniana numa série de vítimas de guerra (QUINTA et al, 2009).

A neofaloplastia, ou a construção de um pênis no tamanho adulto em paciente transexual, ainda representa um dos procedimentos mais difíceis na cirurgia reconstrutora genital (DJORDJEVIC; BIZIC, 2012). De acordo com esses autores (2012), a faloplastia pode ser realizada em três etapas (com intervalo de alguns meses entre elas): a primeira é a realização da castração (penectomia); a segunda constitui a reconstrução uretral; e a terceira seria a implantação de prótese peniana.

Se as técnicas de reconstrução peniana foram inicialmente desenvolvidas no tratamento de lesões traumáticas do pênis, no momento presente as suas indicações são as mais variadas. Ao longo das últimas décadas, a cirurgia reconstrutiva do pênis tem continuado a evoluir. No entanto, devido à complexidade do pênis, a reparação e reconstrução deste órgão permanecem anatômica, funcional e esteticamente um grande desafio. A complexa anatomia e fisiologia do pênis e o fato de que não há bom substituto para o tecido erétil peniano tornam este procedimento um grande desafio para o cirurgião; é por isso que, para Garaffa (2011) e Selvaggi et al (2012), apesar de haver uma variedade de técnicas cirúrgicas disponibilizadas, nenhuma preenche todos os critérios ideais. Talvez também por este motivo, observamos em relatos de homens transexuais e médicos que a faloplastia é um procedimento proporcionalmente menos adotado pelos homens transexuais do que sua técnica correspondente para as mulheres transexuais, a vaginoplastia.

Atualmente, as técnicas de faloplastia são utilizadas em casos de transexualidade, traumatismo (incidental, autoinfligido ou criminoso), anomalias congênitas e amputações por motivos médicos (por patologia oncológica, por exemplo) (QUINTA et al, 2009). A preferência da técnica cirúrgica depende fundamentalmente do desejo e da expectativa do paciente e, dependendo da demanda individual, diversas abordagens cirúrgicas podem ser utilizadas. (DJORDJEVIC; BIZIC, 2012 e SELVAGGI et al, 2012). Existem muitas publicações sobre técnicas de neofaloplastia mas, de acordo com Garaffa (2010), o retalho livre antebraquial radial constitui atualmente o *gold-standard* na cirurgia de reconstrução total do pênis e na cirurgia de construção do neo-falo nos casos FtM⁵⁶. De acordo com o autor (2010), apesar da elevada taxa de complicações, registra-se uma elevada taxa de satisfação nos pacientes sujeitos a estes procedimentos.

⁵⁶ Para maiores detalhes técnicos sobre a faloplastia, consultar Selvaggi et al (2012), Silva (2012) e Garaffa (2011).

A (re) construção do pênis e a técnica escolhida devem ser consideradas a partir da ideia de que este é considerado um órgão especialmente complexo, uma vez que possui um propósito funcional e outro psicosssexual (ABDEL-HAMID et al, 2008). De acordo com a literatura médica, os principais objetivos da faloplastia são: produzir um neofalo com sensibilidade tátil e erógena e um aspecto atraente (MONSTREY et al, 2014); uma neouretra que permita a micção em ortostatismo (em pé); possibilidade de penetração vaginal após implantação de prótese peniana e morbidade mínima da zona doadora e possibilidade de crescimento em casos pediátricos (BHATNAGAR; MUKHERJEE; GOSH, 2007). Dentre esses objetivos, a micção em pé é considerada uma prioridade pelos transexuais que se submetem à faloplastia, segundo Monstrey et al (2014). Considerando esses objetivos a partir da literatura biomédica, devemos ressaltar que uma das finalidades da faloplastia é a penetração vaginal. A definição desse objetivo enfatiza o uso sexual do órgão e reforça a heteronormatividade através da criação de um órgão genital (um pênis) que se encaixe anatomicamente com o órgão genital do sexo “oposto” (uma vagina) no ato sexual. A relação sexual heterossexual como objetivo primário a ser alcançado com a realização das cirurgias de transgenitalização é contestada por ativistas. A demanda pela cirurgia de transgenitalização, para a maioria dos indivíduos transexuais observados em nossa leitura tem como principal objetivo, mais do que a penetração no ato sexual, a conquista da legitimidade social (BENTO, 2009).

A construção do pênis envolve, como um de seus procedimentos finais (após a faloplastia), a modelação da glândula (*glansplasty*). Essa técnica é bastante utilizada para a correção do pênis em homens genéticos que sofrem de hipospádia (uma malformação congênita, caracterizada pela abertura anormal do orifício por onde sai a urina). Os homens transexuais também podem optar por ter a glândula tatuada para obter uma aparência mais natural. Além da glândula, a construção do saco escrotal com o implante de testículos de silicone podem completar o aspecto estético do pênis após aproximadamente um ano (MONSTREY et al, 2014).

Considerando que a transgenitalização do tipo “neofaloplastia” é classificada como cirurgia experimental no Brasil, ela pode ser realizada apenas em hospitais universitários aptos à pesquisa. A mastectomia, a histerectomia e a hormonioterapia, no entanto, podem ser realizadas no SUS, por planos de saúde ou médicos particulares.

2.8.4 Metoidioplastia

A metoidioplastia é uma técnica que, assim como a faloplastia, pretende construir um pênis. Ao contrário da faloplastia, no entanto, essa técnica não constrói um pênis com o uso de uma prótese artificial. A metoidioplastia, ou "meta", é realizada através da liberação do clitóris aumentado e utilizando os pequenos lábios para estender a uretra (uretroplastia) (GARAFFA,2011). O objetivo nesse caso é utilizar o tecido vaginal e clitóris na criação do falo. Para que sua realização seja possível, os pacientes devem ser tratados com hormônios masculinizantes (testosterona) por no mínimo 12 meses antes da cirurgia com o objetivo de aumentar o clitóris, critério essencial nesse procedimento (DJORDJEVIC; BIZIC, 2012). De acordo com Monstrey et al (2014), duas grandes vantagens da metoidioplastia são a falta de cicatrizes na área genital e o custo substancialmente inferior ao da faloplastia.

A metoidioplastia é uma técnica também utilizada no alongamento da uretra em pseudo-hermafroditas masculinos e em casos de hispospadias graves em homens cisgêneros (HAGE, 2007). A metoidioplastia é o método de escolha em todos os casos nos quais o clitóris é grande o suficiente para providenciar um neofalo com todas as funções de um pênis (DJORDJEVIC; BIZIC; 2012). Devemos questionar aqui quais seriam todas as funções do pênis, já que o autor não especifica se essas funções possibilitadas pela metoidioplastia estariam relacionadas à sua funcionalidade excretora e sexual (penetração) ou ainda aos seus aspectos estéticos e de legitimidade social. Monstrey et al (2014), no entanto, são mais cautelosos e recomendam que os pacientes interessados nesse procedimento devem ser informados que a penetração não será possível, assim como a micção em posição ortostática não pode ser garantida. Djordjevic (2014) não menciona a possibilidade de penetração a partir da metoidioplastia, referindo-se apenas à possibilidade de micção em pé.

A determinação do tamanho peniano na faloplastia é possibilitada pela escolha de diferentes tamanhos de próteses disponíveis. No caso da metoidioplastia, o tamanho final do pênis será determinado por fatores preexistentes (tamanho do clitóris) e sua interação com os hormônios (que causarão seu crescimento). O comprimento médio de um falo depois da metoidioplastia - chamado de *Klitoripenoid* por Hage (1996) -, com a extensão do clitóris, é de cerca de 4-6 cm, menor do que a média de um pênis "natural" ou da prótese. Esse comprimento, segundo Garaffa (2011), é suficiente para emitir um fluxo de urina na posição ortostática (de pé).

Em conclusão, verificamos em nossa pesquisa que a construção do pênis em homens transexuais, através da faloplastia ou metoidioplastia, descrita em termos e medidas técnicas aparentemente neutras cientificamente, tem como objetivo, às vezes de forma explícita, em outras de maneira subentendida, a reprodução do estereótipo heteronormativo masculino da função peniana de penetração vaginal – o pênis em sua “função” física -, e a possibilidade de micção em pé - o pênis em sua “função” social na construção do homem que, ao contrário da mulher, *pode* urinar em pé.

3 CONCLUSÃO

Ao longo dessa dissertação, buscamos construir um panorama histórico e atual da medicalização tecnodiscursiva da transexualidade. Com esse objetivo, centramos inicialmente no fenômeno da medicalização da sexualidade, a partir do fim do século XIX. Observamos que nesse período alguns poucos médicos iniciaram seus estudos sobre os comportamentos sexuais, em uma tentativa taxonômica inicial de nomeá-los, descrevê-los e classificá-los. A nascente ciência da sexologia, nesse momento, se concentraria no estudo e classificação de comportamentos sexuais que diferiam da relação heterossexual com fins procriativos. Os “desvios sexuais”, entre eles o homossexualismo e o travestismo, foram então capturados pelo discurso e saber médico. Considerados anteriormente comportamentos desviantes, rejeitados pela religião e até mesmo criminosos, a medicina aos poucos transformou o que era apenas formas de comportamento em identidade, criando indivíduos em um processo que chamamos, a partir de Conrad (2007), de medicalização.

Krafft-Ebing, Havelock Ellis e Magnus Hirschfeld, contemporâneos e representantes exponents do que chamamos de “medicalização da sexualidade”, desenvolvem em suas teorias quase um quebra-cabeças de classificações e critérios diagnósticos referentes às categorias da sexualidade. O que importa destacar é que todos, em algum sentido, compartilhavam do interesse nascente sobre as sexualidades além da heterossexual reprodutiva. Suas aproximações e afastamentos terminológicos, o refinamento de conceitos preestabelecidos, a dicotomia organismo x mente, o compartilhamento de ideias as pesquisas práticas; todos esses aspectos foram notados na relação entre esses teóricos que, de forma conjunta e individual, buscavam uma classificação que desse conta de fenômenos como o da transexualidade.

A partir do século XX, tendo como referência conceitual a separação de sexo e gênero (alterável) e a criação de “identidade de gênero”, formou-se um campo de possibilidades onde a tecnologia biomédica vem cumprir um papel essencial no processo de transgenerificação. O contexto era favorável – a revolução sexual, a revolução contracultural, o desenvolvimento da endocrinologia, o aperfeiçoamento de técnicas cirúrgicas – para que teóricos como David O. Cauldwell, Harry Benjamin, Robert Stoller, John Money contribuíssem para a fundação e fundamentação da categoria de transexualismo, ou seja, para a tecnomedicalização da

transexualidade. Assim como os autores motivadores da medicalização da sexualidade, as teorias e práticas entre esses “novos” teóricos se interrelacionavam, em concordâncias e discordâncias em uma conexão Europa-Estados Unidos. Médicos, psiquiatras e psicólogos eram os principais representantes desses profissionais que acolheram a demanda por tecnologia de indivíduos transexuais em sua adequação de gênero. As possibilidades e limites na aplicação tecnológica, estavam até então sob o domínio de cada profissional, e eram baseados nas demandas das pessoas trans e em crenças particulares, aspectos morais e/ou teóricos. Mas a medicalização da transexualidade exigiu uma regulamentação da prática, uma forma de normatizar procedimentos que pudessem ser replicáveis. A categoria do transexualismo é então inaugurada nos manuais médico-psiquiátricos DSM, CID e SOC⁵⁷. Considerando a diversidade terminológica e conceitual que esteve sempre presente nas considerações sobre a transexualidade, as diretrizes diagnósticas e práticas nesses manuais foram e são aplicadas de forma heterogênea. Nacional e internacionalmente, observamos que aspectos como a justiça, faixa etária, gênero “original”, condições de saúde do paciente, crenças, valores morais, disponibilidade tecnológica e financeira influenciarão a forma como essas técnicas são escolhidas, aplicadas e seus resultados finais. Portanto, podemos ariscar dizer que não existe uma técnica perfeita para cada procedimento, mas cada indivíduo transexual, considerado em sua particularidade, receberá, ou deveria receber, um tratamento “transespecífico-específico”. Essa consideração pelo indivíduo em suas especificidades, paradoxalmente, evidencia a multiplicidade de experiências e incorporações possíveis de gênero a serem produzidas no dispositivo da transexualidade. O diagnóstico médico-psiquiátrico, apesar de considerado por muitos como uma ferramenta de controle limitadora, baseado em e produtora do binarismo de gênero, torna possível uma pluralidade de configurações. Afinal, não há um corpo de mulher original e replicável, um homem original e replicável, portanto, não há um corpo trans ideal a ser alcançado.

Ao falar sobre as (trans)sexualidades, a categoria médica formou um corpo de conhecimento que nomearia, definiria critérios diagnósticos e de “tratamento”. Um repertório que indivíduos, que de alguma forma apresentassem algum daqueles critérios, pudessem se reconhecer e se “identificar”. Essa identificação, ao produzir uma forma de legitimidade social além da criminalidade, foi útil para responder a algumas demandas⁵⁸ mas, ao mesmo

⁵⁷ Como vimos, entre esses três manuais, o SOC é o único criado exclusivamente com o objetivo de oferecer um protocolo de tratamento para os indivíduos com disforia de gênero.

⁵⁸ Demandas por transformações corporais, através de tratamento hormonal e cirúrgico, e por legitimidade social.

tempo, sua patologização os sujeitava à critérios diagnósticos e normas que nem sempre corroboram a variedade da experiência da transexualidade. Categorias humanas foram criadas. Formas de se identificar, de se comportar, de se apresentar esteticamente e de viver foram sendo estabelecidas e reforçadas. Através de uma performance de uma estética de gênero, ainda baseadas no binarismo, os indivíduos que sentiam algum desconforto puderam demandar que alterações físicas através da tecnologia fossem realizadas para uma “vida melhor”. Não arriscamos afirmar que o diagnóstico criou uma *identidade* transexual, visto que esse termo é amplamente problematizado pelos indivíduos e militantes. Mas criou-se uma categoria, que produziu e exerceu seus efeitos sobre esse novo modo de viver. A tensionalidade entre os indivíduos transexuais e o saber biomédico foi observada constantemente ao longo de nossa leitura. Mesmo sendo a definição biomédica o foco de nossa pesquisa, nos deparamos com uma variada possibilidade de experiências de gênero que questionam a base binária heteronormativa (heterossexual-masculino e mulher-heterossexual-feminina), presente na classificação diagnóstica da transexualidade.

A definição estabelecida pelo processo transexualizador no Brasil, no entanto, é fundamentada através de critérios estereotipados do que se define como mulher e homem. A tecnologia aplicada, portanto, tem como função construir um corpo que se encaixe nesses critérios. A construção prática e discursiva da categoria de transexualismo foi, e ainda é, baseada em termos patológicos. A oferta médica, ao lidar com a demanda transexual, tem como base referencial o binarismo heteronormativo. A transexualidade, ao demandar o acesso para sua adequação de gênero, questiona a naturalidade na constituição das identidades de gênero, e sua construção nos lembra da existência de expressões de gênero que pertencem à um amplo espectro, além do que se nomeia homem e mulher.

A partir da consideração de que a primazia da medicina sobre a transexualidade não é absoluta, observamos ao longo da dissertação que, desde o início da medicalização da transexualidade, os indivíduos apresentavam demandas próprias, criadas a partir de suas autoconcepções de gênero. Essas demandas, como vimos, foram inicialmente não contestadas pelos profissionais, que aplicavam nos corpos as tecnologias que estavam disponíveis também a partir de critérios transexuais. A agência dos indivíduos transexuais na constituição de si também fica evidente para além do domínio da saúde pública. Podemos constatar que um grande número de indivíduos transexuais recorre à tecnologia médica por conta própria. O que importa ressaltar é que, seja na esfera pública, privada ou clandestina, o indivíduo que hoje se autodenomina transexual apresenta uma estreita e necessária relação com a tecnologia.

O conjunto de técnicas aplicadas é variável e de acordo com os desejos ou necessidades estabelecidos pelas pessoas trans. O tratamento hormonal, a injeção de silicone industrial, o implante de próteses de silicone, as cirurgias estéticas, a cirurgia de transgenitalização e outros procedimentos são aplicados de formas variadas. Apesar da farta possibilidade técnica e terminológica disponíveis, vale lembrar que o contexto é essencial para ratificar a legitimidade social de um indivíduo. A autodenominação, a partir do espectro de identidades de gênero, orientações sexuais, masculinidades e feminilidades, precisa ser validada em um contexto social, e/ou médico, e/ou político que acolha essa classificação.

A partir da análise do percurso histórico que categorias da sexualidade como o travestismo originaram a categoria da transexualidade, observamos que a condição transexual como a concebemos atualmente só pode ser compreendida em nossa cultura através de sua definição patológica. Isso não quer dizer que a transexualidade só pode ser definida através de sua definição biomédica. Notamos que atualmente é cada vez maior a quantidade de indivíduos que se autodenominam transexuais sem desejar ou realizar a cirurgia de transgenitalização. Essa definição, que pode provocar uma certa confusão pela mescla com o que é comumente considerado travesti, evidencia a força que os discursos autobiográficos têm exercido na definição e construção de si e de grupos coletivos.

Para a construção do segundo capítulo – *Trans-tecnologia* – nos deparamos com dois desafios iniciais. Nossas referências bibliográficas são em sua maioria da área das ciências humanas, com artigos e livros escritos por psicólogos, psiquiatras, cientistas sociais e ativistas e indivíduos trans. A discussão sobre o acesso às tecnologias transexualizadoras é recorrente. Discutem-se quais categorias têm privilégio no acesso, quais são preteridas, seus motivos, seus efeitos. A produção das políticas públicas trans-específicas, a definição da equipe multidisciplinar, a participação dos Movimentos LGBT nessa elaboração e também na execução também estão presentes nesses textos. Sobre as técnicas, observamos com frequências uma listagem das técnicas autorizadas, das desejadas, acompanhadas por argumentos que alimentem a discussão. Como essas técnicas possuem nomes e procedimentos fora da alçada da área de humanas (ooforectomia, neofaloplastia, metoidioplastia, entre outros), fomos em busca de referências mais específicas sobre essas técnicas na literatura médica. Nosso objetivo era compreender os procedimentos empregados em cada técnica do processo transexualizador, traçar brevemente o percurso histórico do desenvolvimento dessas técnicas, relacionar seu emprego em indivíduos cisgêneros e entender os motivos relacionados à escolha da técnica “perfeita” dentro de um contexto. Nos deparamos com uma forma em

geral altamente tecnicista com que as técnicas são descritas em artigos e manuais médicos de tratamento da transexualidade. Encontramos poucas fontes que, além de descrever tecnicamente o procedimento, estabelecessem algum contexto histórico ou relação a outras técnicas ou outros fatores que determinam sua aplicabilidade. A hormonioterapia, a faloplastia e a metoidioplastia, no entanto, foram os três principais procedimentos sobre os quais conseguimos informações mais próximas ao nosso interesse. A faloplastia, talvez por ser também (e inicialmente) aplicada em homens “originais”, foi descrita em detalhes sobre seu desenvolvimento inicial e a multiplicidade de técnicas possíveis nesse procedimento.

Os textos médicos, muitas vezes, reforçaram a construção técnica de um corpo baseado no binarismo heterossexual, com fins sexuais. A faloplastia, por exemplo, tem para Bhatnagar (2007) como um de seus objetivos a construção de um falo que permita a penetração vaginal. A desaceleração no crescimento causada pela hormonioterapia em adolescentes MtF é considerada, por Delemarre-Van de Waal (2014), um efeito positivo em MtFs, que atingirão uma altura, segundo ele, “mais apropriada às mulheres”, ou seja, inferior à altura dos homens. A feminização facial realizada na Turquia pode ser baseada em uma tabela médica métrica que considera, como podemos observar, que o queixo em mulheres seja mais “pontudo” que em homens (SHAMS; MOTAMED, 2009). Além disso, é abundante nesses textos o uso do termo “sexo oposto”, desconsiderando outras possibilidades além do binarismo. Em outras palavras, o corpo trans é um corpo preparado para a vivência heterossexual, em seus aspectos estéticos e físico-funcionais. Devemos ressaltar que utilizamos em nossa pesquisa fontes primárias em sua maioria de médicos renomados e referência no emprego dessas tecnologias, citados repetidamente por outros autores sobre a mesma técnica. Acreditamos ser necessário, portanto, que seja realizada uma investigação mais aprofundada sobre o repertório técnico aplicado na transexualidade considerando seus procedimentos técnicos, aspectos históricos, suas interrelações e suas bases conceituais e quicá morais. Dessa forma, talvez, consigamos estabelecer um diálogo mais significativo e crítico entre as ciências humanas e biomédicas em relação ao repertório de técnicas que incorporam, modificam, formam e transformam e o corpo e o indivíduo transexual.

REFERÊNCIAS

ABDEL-HAMID ABDEL-KHALEK, M. D. et al. **Free Radial Forearm Flap for Phalloplasty**. In: J. Plast. Reconstr. Surg., v. 32, n. 2: p. 169-173, Egypt, 2008. Disponível em: <http://esprs.com.p2.hostingprod.com/journal/322_1.pdf>. Acesso em: 17 jul. 2014.

ALMEIDA, G. **Homens trans**: novas matizes na aquarela das masculinidades? Estudos Feministas 20.2, 2012. P. 513-523.

_____ e MURTA, Daniela. Reflexões sobre a possibilidade da despatologização da transexualidade e a necessidade da assistência integral à saúde de transexuais no Brasil. Sexualidad, Salud y Sociedad-Revista Latinoamericana 14, 2013. p. 380-407.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-III draft/prepared by the Task Force on Nomenclature and Statistics of the American Psychiatric Association**. American Psychiatric Association, 1978.

_____ **Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4. ed.)**. Washington, DC: Author, 2000

_____ **Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5. ed. e atual)**. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013

ARÁN, M. **A transexualidade e a gramática normativa do sistema sexo-gênero**. Revista Agora. Estudos em Teoria psicanalítica. Rio de Janeiro: Editora da UFRJ. 2006.

_____; CORRÊA, M. Novas tecnologias em saúde e os sistemas normativos de sexo-gênero. In: GOMBERG, E.; MANDARINO, A.C. S. (Orgs.). **Leituras das Novas Tecnologias em Saúde**. Aracaju: Editora da Universidade Federal de Sergipe, 2009. p. 223–249.

_____; Zaidhaft, S.; Murta, D. Transexualidade: corpo, subjetividade e saúde coletiva. In: *Psicologia & Sociedade*, 20(1), 70-79, 2008.

_____; MURTA, D. Do diagnóstico de transtorno de identidade de gênero às redescrições da experiência da transexualidade: uma reflexão sobre gênero, tecnologia e saúde. *Physis [online]*. 2009, vol.19, n.1 [cited 2013-06-20], pp. 15-41. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312009000100003&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0103-7331.

<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312009000100003>>. Acesso em: 07 set. 2013.

_____; LIONÇO, T. Transexualidade e saúde pública no Brasil. *Ciência & saúde coletiva*, v. 14, n. 4, p. 1141-1149, 2009.

ARAÚJO, L.R. de. **Transexualidade**: dos transtornos às experiências singulares. 2010. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Católica de Pernambuco, Recife, 2010.

BARIL, A.; TREVENEN, K. **Exploring ableism and cisnormativity in the conceptualization of identity and sexuality “disorders”**. In: *Annual Review of Critical Psychology* 11, 2014. Disponível em: <www.discourseunit.com/arcp11/22-exploring.pdf>. Acesso em: 20 out. 2014.

BHATNAGAR V; MUKHERJEE M. K.; GHOSH S. R. **Total Phallic Reconstruction using Artery Free Flap**. *MJAFI*, 2007; 63; 279-81.

BECHARA, E. **Moderna Gramática Portuguesa**: Revista, ampliada e atualizada conforme o novo Acordo Ortográfico. Nova Fronteira, 2009.

BENJAMIN, H. **The Transsexual Phenomenon**. The Julian Press, INC. Publishers, 1966.
 _____ *Transsexualism and Transvestism as Psycho-Somatic and Somato-Psychic Syndromes*. 1954. In: STRYKER, S.; WHITTLE, S. (Ed.). *The transgender studies reader*. New York, NY: Taylor and Francis, 2006.

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

_____ *O que é transexualidade*. São Paulo: Brasiliense, 2008.

_____ *A campanha internacional de ação pela despatologização das identidades trans: entrevista com o ativista Amets Suess*. *Rev. Estud. Fem.*, Florianópolis, v. 20, n. 2, Aug. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2012000200008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 dez. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-026X2012000200008>.

_____ *As tecnologias que fazem os gêneros*. VIII CONGRESSO IBEROAMERICANO DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E GÊNERO, 2010, Curitiba, PR. [*Trabalhos apresentados*]. CURITIBA, PR. Disponível em: <http://files.dirppg.ct.utfpr.edu.br/ppgte/eventos/cictg/conteudo_cd/E8_As_Tecnologias_que_Fazem_os_G%C3%AAneros.pdf>. Acesso em 20 abr. 2014.

_____ *A campanha internacional de ação pela despatologização das identidades trans: entrevista com o ativista Amets Suess*. *Revista Estudos Feministas*, v. 20, n. 2, p. 481-484, 2012.

_____; PELÚCIO, L. *Despatologização do gênero: a politização das identidades abjetas*. *Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 20, n. 2, p. 569-581, 2012.

BOUMAN, M-B.; NIESSEN, F. B. **Cirurgia não genital de readequação sexual**: cirurgias na mama. In: SILVA, E. A. da (org.). *Transexualidade: princípios de atenção integral à saúde*. São Paulo: Santos, 2012. p. 157 – 192.

BRASIL. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais**. Brasília : 1. ed., 1. reimp. Ministério da Saúde, 2013.

_____; Conselho Federal De Psicologia. *Nota Pública: Comissão Nacional de Direitos Humanos apoia decisão do CFP*. 06 de agosto de 2009. Disponível em: <<http://site.cfp.org.br/nota-pblica-comisso-nacional-de-direitos-humanos-apia-deciso-do-cfp/>>. Acesso em: 20 jan. 2015.

_____; Ministério da Saúde. *Portaria n. 1.107, de 19 de agosto de 2008*. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1707_18_08_2008.html>. Acesso em: 14 ago. 2013.

_____ *Portaria n. 1.707/GM, de 18 de agosto de 2008*. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1707_18_08_2008.html>. Acesso em: 15 fev. 2013.

BUTLER, J. **Problemas de gênero**. Feminismo e subversão da identidade. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

_____ *The psychic life of power: Theories in subjection*. Stanford University Press, 1997.

CARVALHO, M. F. de L. **Que mulher é essa?:** identidade, política e saúde no movimento de travestis e transexuais. Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social. 2011.

CASTEL, P.H. **Algumas reflexões para estabelecer a cronologia do "fenômeno transexual"** (1910-1995). *Revista Brasileira de História*, v. 21, n. 41, p. 77-111, 2001.

CAULDWELL, D. O. **Psychopathia transexualis**.1949. In: STRYKER, S.; WHITTLE, S. (Ed.). *The transgender studies reader*. New York, NY: Taylor and Francis, 2006.

CECCARELLI, P. R. **Transexualismo**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008.

CONRAD, P. **The discovery of hyperkinesis:** Notes on the medicalization of deviant behavior. *Social Problems*, v. 23, n. 1, p. 12-21, 1975.

_____. **The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders**. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 2007.

_____; SCHNEIDER, J. W. **Deviance and medicalization: From badness to sickness**. Philadelphia: Temple University Press, 2010.

COSTA; E. M. F.; MENDONÇA b. b. **Tratamento hormonal do portador de transtorno de identidade de gênero**. In: SILVA, E. A da. *Transexualidade: princípios de atenção integral à saúde*. São Paulo: Santos, 2012. p. 101 – 115.

CUYPERE; G. De; Gijls, L. **Care for Adults with Gender Dysphoria**. In: KREUKELS, B. PC.; STEENSMA, T. D.; DE VRIES, A.L.C. *Gender Dysphoria and Disorders of Sex Development*. New York: Springer, 2014. p. 231-254.

DE STEFANI, S. et al. **Microlaparoscopy in sex reassignment surgery**. *The Scientific World Journal*, v. 4, p. 100-102, 2004.

DELEMARRE-VAN DE WAAL, H. A. **Early Medical Intervention in Adolescents with Gender Dysphoria**. In: *Gender Dysphoria and Disorders of Sex Development*. New York: Springer, 2014. p. 193-203.

DJORDJEVIC, M. L; BIZIC, M. R. **Cirurgia de transgenitalização do feminino para o masculino**. In: SILVA, E. A. da (org.). *Transexualidade: princípios de atenção integral à saúde*. São Paulo: Santos, 2012.

DRESCHER, J. **Gender Identity Diagnoses: History and Controversies**. In: *Gender Dysphoria and Disorders of Sex Development*. New York: Springer, 2014. p. 137-150.

DRUMOND, L. B. **Fonoaudiologia e transgenitalização: a voz no processo de reelaboração da identidade social do transexual**. [201-]. Disponível em: <http://www.abrapso.org.br/siteprincipal/images/Anais_XVENABRAPSO/161.%20fonoaudiologia%20e%20transgenitaliza%C7%C3o.pdf>. Acesso em: 27 jun. 2013.

DUARTE, F. H. G. **Hipogonadismo**. [201-]. Disponível em: <<http://www.minhavidacom.br/saude/temas/hipogonadismo>>. Acesso em: 08 jan. 2015.

ELLIS, H. **Psicologia do sexo**. Tradução de Pedro Pôrto Carneiro Ramires. Rio de Janeiro: Bruguera, 1971.

_____. *Studies in the Psychology of Sex*. V. 2, 3. ed. Philadelphia: F.A. Davis Company, Publishers, 1915.

FOUCAULT, M. **História da Sexualidade I. A vontade de saber**. Rio de Janeiro: Graal, 1988.

FREUD, S. **Três ensaios sobre a teoria da sexualidade**; tradução de Paulo Dias Corrêa. Rio de Janeiro: Imago Ed., 2002. 120pp.

GARAFFA, G.; CHRISTOPHER, N. A.; RALPH, D. J. **Total phallic reconstruction in female-to-male transsexuals**. In: *European Urology*, v. 57, n. 4, p. 715-722, 2010.

_____; RAHEEM, A. A.; RALPH, D. J. An update on penile reconstruction. In: *Asian journal of andrology*, v. 13, n. 3, p. 391-394, 2011.

GIORDANO, S. **Medical Treatment for Children with Gender Dysphoria: Conceptual and Ethical Issues**. In: KREUKELS, B. PC.; STEENSMA, T. D.; DE VRIES, A.L.C. *Gender Dysphoria and Disorders of Sex Development*. New York: Springer, 2014. p. 205-230.

GOOREN, L.; ASSCHEMAN, H. **Sex Reassignment: Endocrinological Interventions in Adults with Gender Dysphoria**. In: KREUKELS, B. PC.; STEENSMA, T. D.; DE VRIES, A.L.C. *Gender Dysphoria and Disorders of Sex Development*. New York: Springer, 2014. p. 277-297.

GREEN, J. **Look! No, don't! The visibility dilemma for transsexual men**. In: STRYKER, S.; WHITTLE, S. (Ed.). *The transgender studies reader*. New York, NY: Taylor and Francis, 2006. p. 499-508.

HACKING, I. **Kinds of people: Moving targets**. *Proceedings-British Academy*. Vol. 151. Oxford university Press inc., 2007.

_____. The looping effects of human kinds. *Causal cognition: A multidisciplinary approach*, p. 351-83, 1995.

_____. Inaugural lecture: Chair of philosophy and history of scientific concepts at the Collège de France, 16 January 2001. *Economy and society*, v. 31, n. 1, p. 1-14, 2002.

HAGE, J. J., KARIM R. B. **Ought GIDNOS get nought?** Treatment options for nontranssexual gender dysphoria. In: *Plastic and Reconstructive Surgery*, 105(3), 2000. p. 1222-1227.

_____. **Metaidoioplasty: an alternative phalloplasty technique in transsexuals**. *Plast Reconstr Surg*, v. 97, p. 161-7, 1996.

_____; LAUB D. R. On the origin of pedicled skin inversion vaginoplasty: Life and work of Dr. Georges Burou of Casablanca. In: *Annals of Plastic Surgery*, 59 (6), 2007. p. 723-729.

HARAWAY, D. J. **A manifesto for cyborgs: Science, technology, and socialist feminism in the 1980s**. Center for Social Research and Education, 1985.

_____; KUNZRU, H.; TADEU, T. **Antropologia do ciborgue**. Belo Horizonte: Autêntica, 2000.

_____; Donna J. Simians, **cyborgs, and women: The reinvention of nature.** Routledge, 2013.

HAUSMAN, B. **Changing Sex: Transsexualism, Technology, and the Idea of Gender.** Durham: Duke University Press, 1995.

_____. Body, technology, and gender in transsexual autobiographies. In: STRYKER, Susan; WHITTLE, Stephen (Ed.). *The transgender studies reader.* New York, NY: Taylor and Francis, 2006. p. 335-361.

HIGHLEYMAN, L. **What is the history of transsexual surgery?** Disponível em: <http://www.phallo.net/procedures/glansplasty-munawar-norfolk.htm>. Acesso em: 6 ago. 2014.

HOUAISS, A; VILLAR, M. de S. **Dicionário Houaiss da língua portuguesa.** Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

JÚNIOR, A. R. G.; HELOISA H. G. B; FERMIN R. S. **O protocolo clínico saúde integral para travestis vis à vis o processo transexualizador no atendimento de necessidades e especificidades dessas populações: reflexões à luz da bioética.** In: *Fazendo Gênero: Diásporas, Diversidades, Deslocamentos*, 9.; 2010, Florianópolis. *Anais.* Disponível em: <http://www.fazendogenero.ufsc.br/9/resources/anais/1277865199_ARQUIVO_VersaoFinal_Formatada_.pdf>. Acesso em: 11 jan. 2013.

KENNEDY, P. **The first man-made man:** subtítulo. New York: Bloomsbury, 1. ed., 1962.

KREUKELS, B. PC.; STEENSMA, T. D.; DE VRIES, A. L.C. **Gender Dysphoria and Disorders of Sex Development.** New York: Springer, 2014.

LEITE JR., J. **Nossos corpos também mudam: a invenção das categorias "travesti" e "transexual" no discurso científico.** São Paulo: Annablume, FAPESP, 2011. (Série Sexualidade e Direitos Humanos).

LIONÇO, T. **Atenção integral à saúde e diversidade sexual no Processo Transexualizador do SUS: avanços, impasses, desafios.** *Physis (Rio J.)*, v. 19, n. 1, p. 43-63, 2009.

_____. Um olhar sobre a transexualidade a partir da perspectiva da tensionalidade somatopsíquica. Tese de Doutorado, Brasília: Instituto de Psicologia/Universidade de Brasília, 2006.

MATTE, N.; DEVOR, A. H. **ONE Inc. and Reed Erickson: The Uneasy Collaboration of Gay and Trans Activism, 1964-2003.** In: STRYKER, S.; WHITTLE, S. (Ed.). *The transgender studies reader.* New York, NY: Taylor and Francis, 2006. p. 387 – 406.

MEYEROWITZ, J. **How sex changed: a history of transsexuality.** Cambridge, Massachusetts; London, England: Harvard University Press, 2002.

_____. A “Fierce and Demanding” Drive. In: STRYKER, S.; WHITTLE, S. (Ed.). *The transgender studies reader.* New York, NY: Taylor and Francis, 2006. p. 362-386.

MONEY, J. **Use of an Androgen-Depleting Hormone in the treatment of male sex offenders.** In: *Journal of Sex Research*, v. 6, n. 3, p. 165-172, 1970.

_____ Pedophilia: A specific instance of new phylism theory as applied to paraphilic lovemaps. In: Pedophilia. Springer New York, 1990. p. 445-463.

MOÇÃO sobre a reformulação da Portaria do Processo Transexualizador no SUS e a despatologização das identidades trans. Natal, 15 de agosto de 2013. Disponível em: <<http://www.sxpolitics.org/pt/wp-content/uploads/2013/09/mocao-ao-ministerio-da-saude-pela-publicacao-imediata-da-portaria-do-processo-transexualizador.pdf>>. Acesso em: 22 ago. 2014

MONSTREY, S. J. et al. **Surgical Interventions for Gender Dysphoria.** In: KREUKELS, B. Pc; STEENSMA, T. D.; DE VRIES, A.L.C. Gender Dysphoria and Disorders of Sex Development. New York: Springer, 2014. p. 299-318.

MURTA, D. **Sobre a apropriação médica da transexualidade e a construção do “Transtorno de Identidade de Gênero”:** Considerações sobre a psiquiatrização das vivências Trans. In: História agora – a revista do tempo presente. [201-]. Disponível em: <https://www.academia.edu/5889614/Sobre_a_apropriacao_medica_da_transexualidade_e_a_construcao_do_Transtorno_de_Identidade_de_Genero_Consideracoes_sobre_a_psiquiatrizacao_das_vivencias_Trans>. Acesso em: 05 abr 2014.

_____ Os desafios da despatologização da transexualidade: reflexões sobre a assistência a transexuais no Brasil. 2011. 107 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, Rio de Janeiro, 2011.

PRECIADO, B. **Testo yonqui.** Madri: Espasa Calpe, 2008.

QUINTA, A. et al. **Faloplastia com Retalho Livre Antebraquial Radial.** Acta Urológica, v. 26, n. 3, p. 25-29, 2009.

ROSENBERG, Charles E. **Contested boundaries:** psychiatry, disease, and diagnosis. Perspectives in Biology and Medicine, v. 49, n. 3, p. 407-424, 2006.

RUSSO, J. **Sexualidade e saúde:** a produção médico-psicológica de uma “vida sexual plena”. In: 26ª Reunião Brasileira de Antropologia, 2008, Porto Seguro, Bahia, Brasil. Disponível em: <http://www.abant.org.br/conteudo/ANAIS/CD_Virtual_26_RBA/mesas_redondas/trabalhos/MR%2014/Microsoft%20Word%20-%20JANE%20RUSSO%20MR%2014.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2014.

_____; VENÂNCIO, A.T.A. Classificando as pessoas e suas perturbações: a “revolução terminológica” do DSM III. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, vol. 9, núm. 3, set, 2006, p. 460-483, Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental Brasil. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=233017487007>>. Acesso em: 15 nov 2014.

_____ Do desvio ao transtorno: a medicalização da sexualidade na nosografia psiquiátrica contemporânea. In: Carrara (Org.). Sexualidade e saberes: convenções e fronteiras. Rio de Janeiro: Garamond, 2004. p. 95 – 109.

SHAMS, M. G.; MOTAMEDI, M. H. K. **Case Report:** Feminizing the Male Face. In: *Eplasty*, 2009; 9: e. 2. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2627308/>>. Acesso em: 27 abr. 2014.

SILVA, E. A. da (org.). **Transexualidade**: princípios de atenção integral à saúde. São Paulo: Santos, 2012.

SILVA, M. V. da. **Transexualismo e respeito à autonomia**: um estudo bioético dos aspectos jurídicos e de saúde da terapia para mudança de sexo. 2007. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007.

SILVA, E. A. da; SILVA, H. A. M.; DAMIÃO, R. **Cirurgia de transgenitalização de masculino para feminino**. In: SILVA, E. A. da (org.). *Transexualidade: princípios de atenção integral à saúde*. São Paulo: Santos, 2012. p. 117 – 137.

SELVAGGI, G. et al. **The 2011 WPATH standards of care and penile reconstruction in female-to-male transsexual individuals**. In: *Advances in urology*, v. 2012, 2012.

SPANISH NETWORK FOR DEPATHOLOGIZATION OF TRANS IDENTITIES. **Best Practices guide to trans health care in the national health system**. [S.l.: s.n., 201-].

STRYKER, S.; WHITTLE, S. (Ed.). **The transgender studies reader**. New York, NY: Taylor and Francis, 2006.

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

ZACHAR, P.; KENDLER, K. S. **The removal of Pluto from the class of planets and homosexuality from the class of psychiatric disorders: A comparison**. In: *Philos Ethics Humanit Med*, v. 7, n. 4, 2012.