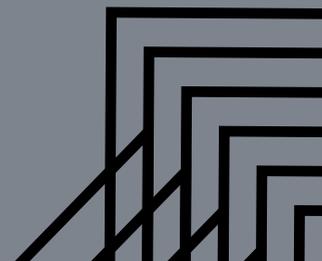


Prêmio
CTCH

Disforia de gênero:
Cartografias da psicopatologia sexual contemporânea
William de Araujo Rezende

EDITORA
PUC
RIO

**nu
ma**
EDITORA



DISFORIA DE GÊNERO:
Cartografias da psicopatologia sexual
contemporânea

**Reitor**

Prof. Pe. Anderson Antonio Pedroso, S.J.

Vice-Reitor Geral

Prof. Pe. André Luís de Araújo, S.J.

Vice-Reitor para Assuntos Acadêmicos

Prof. José Ricardo Bergmann

Vice-Reitor para Assuntos Administrativos

Prof. Ricardo Tanscheit

Vice-Reitor para Assuntos Comunitários

Prof. Augusto Luiz Duarte Lopes Sampaio

Vice-Reitor para Assuntos de Desenvolvimento e Inovação

Prof. Marcelo Gattass

Decanos

Prof. Júlio Cesar Valladão Diniz (CTCH)

Prof. Francisco de Guimaraens (CCS)

Prof. Sidnei Paciornik (CTC)

Prof. Hilton Augusto Koch (CCBS)

WILLIAM DE ARAUJO REZENDE

DISFORIA DE GÊNERO:
Cartografias da psicopatologia sexual
contemporânea





©Editora PUC-Rio
Rua Marquês de S. Vicente, 225, Casa da Editora PUC-Rio
Gávea | Rio de Janeiro | RJ | CEP 22451-900
Telefone: 3527-1760/1838
edpucrio@puc-rio.br
www.editora.puc-rio.br

Conselho Gestor da Editora PUC-Rio
Augusto Sampaio, Danilo Marcondes, Felipe Gomberg, Francisco de Guimaraens, Hilton Augusto Koch, José Ricardo Bergmann, Júlio Cesar Valladão Diniz, Marcelo Gattass, Sidnei Paciornik.



Editora Numa
www.numaeditora.com

Edição: Adriana Maciel
Coordenação Editorial: Julia Mendes
Produção Editorial: Marina Mendes
Projeto Gráfico do miolo: Design de Atelier/Fernanda Soares
Desenho de Capa: Fernanda Soares

Rezende, William de Araújo

Disforia de gênero: Cartografias da psicopatologia sexual contemporânea /
William de Araújo Rezende– Rio de Janeiro : Ed. PUC-Rio : Numa Editora, 2022.
1 recurso eletrônico (108 p.) : il.

Originalmente apresentado como tese da autora (doutorado
-Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Letras) Inclui
bibliografia
ISBN Numa Editora (e-book): 978-65-87249-86-5

Criado em 2017 pelo Decanato do Centro de Teologia e Ciências Humanas da PUC-Rio, o Prêmio CTCH de Teses tem como objetivo laurear e dar reconhecimento e visibilidade para as melhores teses de Doutorado defendidas entre 2019-2021 nos Programas de Pós-graduação em Design, Educação, Estudos da Linguagem, Filosofia, Literatura, Cultura e Contemporaneidade, Psicologia Clínica e Teologia, e para a melhor dissertação de Mestrado em Arquitetura.

Os critérios de premiação consideraram a originalidade dos trabalhos e sua relevância para o desenvolvimento científico, tecnológico, cultural, social e de inovação. Os Programas de Pós-graduação selecionaram internamente os trabalhos premiados, verificando a adequação das pesquisas ao patamar elevado de qualidade exigido.

A publicação deste livro é resultado da parceria entre o Decanato do CTCH, os Departamentos do Centro, a Editora PUC-Rio e a Numa Editora, com apoio da Vice-Reitoria Acadêmica.

Rio de Janeiro, novembro de 2022

Júlio Diniz
Decano do CTCH

Monah Winograd
Coordenadora Setorial de Pós-graduação e Pesquisa do CTCH



Decanato do
CTCH

Para aqueles cuja sexualidade foi motivo de opressão, coerção e submissão aos moldes identitários dominantes, na esperança de que, um dia, o respeito à alteridade prevaleça à identidade.

Agradecimentos

À minha orientadora, Prof^a. Monah Winograd, pela confiança e paciência investidas, pelo enriquecimento teórico que me proporcionou e sobretudo pela serenidade com que me ajudou a trilhar esse árduo caminho.

Ao Programa de Suporte à Pós-Graduação de Instituições de Ensino Particulares (PROSUP) da CAPES e à PUC-Rio, por todo suporte e auxílio concedidos, sem os quais este trabalho jamais existiria.

À minha família, sobretudo à minha esposa Nayane Caldeira Rezende e ao meu filho Benjamin Caldeira Rezende, sem os quais nada disso faria sentido. Aos meus avós, almas especiais que me trouxeram até aqui e cujo brilho ecoará na eternidade.

Ao meu irmão, Wagner Rezende, a quem devo mais do que minhas poucas palavras podem demonstrar a gratidão e o apreço que sinto.

A todos os professores e funcionários do programa de pós-graduação da PUC-Rio pelos ensinamentos e serviços prestados.

A todos aqueles que de alguma forma me ajudaram e que não foi possível agradecer aqui nominalmente.

Sumário

Introdução	14
Capítulo 1: Psicopatologia da vida sexual: Do crime-pecado ao DSM.	18
1.1. A gestão do sexo: pecado da alma, crime do corpo.	19
1.2. A psiquiatria: crime do corpo, patologia da mente.	24
1.3. O biopoder: patologias da mente, fracassos do desempenho.	30
1.4. A intensificação das performances	36
Capítulo 2: Disforia de gênero: uma genealogia da categoria psiquiátrica	39
2.1. Um panorama do campo da psicopatologia sexual na psiquiatria	40
2.2 De Westphal à Krafft-Ebing: as sexualidades abjetas e o caldo de perversões.	46
2.3. De Magnus Hirschfeld a Harry Benjamin: da alcova das perversões aos fenômenos trans.	54
2.4. A reificação do transtorno psiquiátrico no DSM	60
2.5. Disforia de gênero e o 'verdadeiro sexo'	63
Capítulo 3: O processo de redesignação de gênero é eficaz na redução das taxas de suicídio e tentativas de suicídio de transexuais para os níveis da população geral? Uma revisão sistemática e metanálise.	65
3.1. Introdução	65
3.2. Metodologia	66
3.2.1. Estratégia de busca	66
3.2.2. Elegibilidade	67
3.2.3. Estudos incluídos e excluídos	68
3.2.4. Avaliação de Qualidade	69
3.3. Resultados	69
3.3.1. Características dos estudos	70
3.3.2. Taxas de suicídio pós-intervenção	71
3.3.2.1. Resumo quantitativo comparado das taxas de suicídio	73
3.3.3. Taxas de tentativas de suicídio pós-intervenção	75
3.3.3.1. Resumo quantitativo comparado das taxas de tentativas de suicídio	76
3.4. Discussão	77
3.4.1. Limitações	78
Capítulo 4: Disforia de gênero: Psicopatologia sexual ou social?	79
4.1. Do transtorno de identidade de gênero à disforia de gênero: De dentro para fora do DSM.	79
4.2. A biopolítica das identidades como eliciadora da disforia	87
4.3. Um prognóstico para a disforia de gênero	91
Conclusão	95

Referências Bibliográficas	98
Anexos	105
Anexo 1 – Quadro dos atributos sexuais de Hirschfeld	105
Anexo 2 – Tabela: Sex Orientation Scale (S.O.S) de Harry Benjamin	106
Anexo 3 – MeSH Terms	107
Anexo 4 – Avaliação de Qualidade (NOS)	108

Lista de figuras

Figura 1 – Esquema das Neuroses Sexuais em Krafft-Ebing	41
Figura 2 – Fluxograma da revisão sistemática.	68
Figura 3 – Comparativo de taxas de suicídio entre transsexuais pós-intervenção e população holandesa geral no período de 1975-2011 para valores de SMR fixos (1975-1997 = 4,65 e 1998-2011 = 3,96). Valores por 100.000 habitantes.	72
Figura 4 - Metanálise da razão de taxa de incidência de suicídio entre amostra pós-intervenção e população geral.	75
Figura 5 – Evolução da publicação de novas artigos com temática Trans por ano. Base de dados: Medline.	82
Figura 6 – Produção acadêmica anual de diversos transtornos sexuais na base de dados Medline.	83

Lista de Tabelas e Quadros

Quadro 1 – Quadro de análise dos atributos sexuais de Hirschfeld.	55
Tabela 2 – Tabela comparativa dos critérios diagnósticos de transexualismo no DSM-III e em Harry Benjamin.	61
Tabela 3 - Resumo da avaliação de qualidade dos estudos analisados.	69
Tabela 4 – Características dos estudos analisados.	71
Tabela 5 – Taxas estimadas de suicídio por 100.000 pessoas comparadas com as médias da população geral no mesmo período ou período mais aproximado.	74
Tabela 6 - Taxas estimadas de tentativas de suicídio por 100.000 pessoas comparadas com as médias da população geral no mesmo período ou período mais aproximado.	76
Quadro 7 – Quadro comparativo dos critérios de Feighner et al (1972), o DSM-III (APA, 1980) e excertos do livro de Benjamin (1966).	84
Tabela 8 – Quadro comparativo dos valores de prevalência dos diferentes diagnósticos relativos ao campo da sexualidade no DSM-5 (APA, 2013). Dados retirados do próprio manual.	87

*O dispositivo de sexualidade deve ser pensado a partir
das técnicas de poder que são contemporâneas.*
Michel Foucault, História da sexualidade
–A vontade de saber.

Introdução

Este trabalho é fruto da conjunção de quatro escritos independentes, mas que guardam entre si o mesmo fio condutor, o mesmo *leitmotiv*: a psicopatologia da vida sexual, em geral, e o diagnóstico de disforia de gênero, em particular. As análises levam em conta esses objetos tal como a psiquiatria tradicional os delimitou na contemporaneidade, mais especificamente, em um de seus principais compêndios diagnósticos: o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM). Os propósitos são múltiplos, mas também podem ser sintetizados em um: perfazer a genealogia desse transtorno psiquiátrico. Traçar uma cartografia do diagnóstico: mapear as bases pragmáticas e epistemológicas que criaram e sustentam essa categoria no campo da psicopatologia sexual, bem como projetar algumas de suas trajetórias possíveis. Em suma, entender de onde ela veio, como se apresenta e para que caminhos aponta.

A motivação para enveredar por tão caliginoso percurso vem da inquietude que esse componente do dispositivo de sexualidade¹ suscita: a captura e a redução de experiências singulares da nossa sexualidade por essa trama emaranhada de significados sobredeterminantes, de etiquetas disfuncionais e desfigurantes de nossas existências; tudo isso revolve as entranhas em prol de um *outro* possível. Se pudermos destecer alguns fios dessa colcha de retalhos com a qual a *scientia sexualis*² recobre nossas singularidades, já não terá sido em vão.

Quanto ao método, ei-lo no próprio objetivo. A ideia de cartografar o diagnóstico de disforia de gênero do DSM decorreu de uma leitura polivalente e flexível desse dispositivo. Os capítulos foram ordenados numericamente nessa configuração somente por uma padronização estética mandatária, pois eles possuem uma complementaridade não linear, de forma que podem ser lidos em qualquer ordem e ainda assim a tese fundamental fará sentido. Aquele que foi denominado de o primeiro capítulo foi de fato publicado.³ Os demais estão sendo submetidos pela primeira vez ao escrutínio. De um modo geral, a tese que aqui se apresenta não partiu, como regularmente ocorre nos trabalhos científicos, de uma hipótese a qual foi testada por meio de uma metodologia e apresentada como um resultado comprovado verificável. Na verdade, ela se anunciou desde muito cedo como algumas migalhas de pistas deixadas pelo caminho e que só fez

1 Foucault, 1976/2005.

2 Idem.

3 Rezende, W., Winograd, M. (2017). 50 tons de poder: a psicopatologia da vida sexual. In: Rodrigo Sanches Peres; Francisco Hashimoto, Marcos Mariani Casadore; Matheus Viana Braz. (Org.). *Sujeito contemporâneo, saúde e trabalho: múltiplos olhares*. 1ed.São Carlos: EdUFSCar, v. 1, p. 111-134.

sentido e pode ser enunciada ao final do percurso. Assim, em cada trabalho, um traçado importante do mapa que propomos:

Naquele que denominamos de Capítulo 1, pretendemos demonstrar as relações entre alguns modelos de poder historicamente determinados e suas influências sobre a regulação da vida sexual humana. Retomamos as referências de poder descritas por Foucault⁴ e seus respectivos paradigmas transgressoriais do campo sexual para entender os mecanismos contemporâneos de gestão do sexo, sobretudo através da análise da nosografia delineada no DSM. Veremos como alguns diagnósticos paradigmáticos, como foram as perversões para o século XIX, vão sendo absorvidos e conciliados com a ordem social na medida em que o modelo de poder se refina para buscar novos *locos* de atuação. Em resumo, podemos dizer que este capítulo trata de demonstrar a tese foucaultiana do modelo genealógico, no qual as práticas de poder produzem as teorias e saberes, no campo específico da sexualidade do âmbito psiquiátrico.

Um segundo trabalho, aqui chamado de Capítulo 2, se encarrega de uma genealogia arqueológica da disforia de gênero no DSM. A ideia é percorrer o trajeto epistemológico desde suas origens na psiquiatria do século XIX: partimos da figura complexa do sentimento sexual contrário (*conträre sexuellempfindung*), que reunia de uma só vez categorias que mais tarde denominaríamos de homossexuais, travestis e transexuais em um único personagem: o invertido sexual; cujo grau de inversão determinaria se apenas o desejo sexual havia se arrevesado ou se toda a personalidade do indivíduo se havia transmutado. Vemos em seguida, como esses invertidos são distinguidos dos travestis de Hirschfeld⁵ e, mais tarde, como os tratamentos hormonais e cirúrgicos, que permitem a modelagem das características sexuais primárias e secundárias, delimitam uma nova categoria diagnóstica, qual seja a dos transexuais. Estes irão se diferenciar dos dois últimos não por sua orientação sexual ou desejo de simular o sexo oposto, mas por acreditarem terem nascidos num corpo sexual errado e que tal erro precisa ser corrigido adequando-se o corpo à mentalidade individual. Veremos como o bisturi recorta não apenas os corpos incongruentes com seus gêneros, mas o próprio diagnóstico dentro da nosografia psiquiátrica, para criar identidades coerentes com um ‘verdadeiro sexo’.⁶

No Capítulo 3, lançamos mão de uma metodologia similar à empregada

4 Sendo eles: Poder soberano (Foucault,1976/2005) , com seu respectivo paradigma transgressional da sodomia, poder disciplinar (Foucault 1975/2008), e biopoder (Foucault, 1976/2005), com o paradigma inicialmente da perversão e, posteriormente anexando os transtornos de identidade de gênero e as disfunções sexuais (transtornos do desempenho da sexualidade ‘normal’).

5 1910/1925.

6 Alusão ao texto de Foucault (1978/1982).

na construção do DSM-III, o qual inaugurou a categoria de transtorno de identidade de gênero que mais tarde daria lugar à disforia de gênero, e que se baseia numa revisão sistemática dos dados da literatura científica, para tentar responder à questão: O processo de redesignação de gênero é eficaz na redução das taxas de suicídio e tentativas de suicídio de transexuais para os níveis da população geral? Aqui, realizamos uma revisão sistemática e uma metanálise de artigos publicados em determinadas bases de periódicos a fim de sintetizar dados depurados de estudos de acompanhamento de longo prazo acerca da quantidade de suicídios e tentativas de suicídio entre transexuais transicionados. Ora, se partimos do pressuposto de que um dos alicerces do diagnóstico de disforia de gênero é sua relevância clínica, em função dos altos índices de suicídio e tentativas de suicídio verificados na população que sofre com o grau mais severo dessa condição, temos que interrogar se seu único tratamento disponível (que consiste do processo redesignador) é eficaz em neutralizar esse quadro, tornando o risco de suicídio da população transicionada (pós-intervenção) similar ao da população geral. Na hipótese de ser esse número compatível ao da população média, podemos assumir que de fato trata-se de um transtorno individualizado que concerne à realidade intrínseca da sexualidade particular. Como veremos, o resultado aponta para um componente que está em outra esfera e não diz respeito unicamente ao sofrimento íntimo do indivíduo incongruente. O pressuposto da correspondência sexo-gênero em sua dicotomia (masculino ou feminino) cria a condição disfórica para aqueles que divergem a essa lógica e, ao tentar corrigi-los, rearmonizando o binômio sexo-gênero, só consegue escamotear o gênero assinalado e não suprimi-lo completamente, propiciando uma anomia quanto ao papel e o lugar social do indivíduo transicionado.

No Capítulo 4, o objetivo é retomar o diagnóstico de transtorno de identidade de gênero, tal como inaugurado no DSM-III para revolvê-lo. De dentro para fora, pretendemos demonstrar a insustentabilidade do diagnóstico segundo os próprios critérios do manual e sua (in)coerência interna. Assim, articulamos a análise em dois pivôs essenciais: 1) o disparate entre a larga produção acadêmica em torno da temática transexual e sua baixíssima prevalência que a coloca como o único transtorno raro dentre os transtornos sexuais do DSM (considerando o grupo das parafilias, das disfunções sexuais e da disforia de gênero). 2) a relevância clínica, calcada no alto risco de suicídio, que é desmascarada quando vemos que ela revela mais sobre a gênese social da disforia e depõe contra um transtorno individual, do que o contrário. Assim, cremos demonstrar como o transtorno circunscrito no DSM transborda para o campo político e social. Finalizamos esse trabalho propondo um prognóstico para o status epistemológico do transtorno.

Cada capítulo ou trabalho, assim, apresenta ao mesmo tempo um propósito interno ao qual ele se destina e sobre o qual ele se debruça, mas também desenha uma parte de um mosaico maior que tem por objetivo realizar um diagnóstico da psicopatologia sexual no presente e, por isso, eles formam um conjunto não linear.

Então, se no primeiro capítulo procuramos demonstrar historicamente a correlação entre os modelos de poder e seus respectivos mecanismos de regulação da vida sexual, com as estratégias de poder-saber que lhe são imanentes, no capítulo 4 podemos ver como esse princípio genealógico opera especificamente na biopolítica das identidades. Esta, ao impor o princípio linear sexo-gênero à construção identitária dos indivíduos, acaba por gerar como efeito colateral a disforia daqueles que não se conformam com o gênero imposto por seu sexo. A fim de suprimir tal desvio, é posto em funcionamento toda a lógica médica-psiquiátrica para rearmonizar o binômio sexo-gênero no indivíduo, mesmo que para isso tenha que se construir um sexo compatível ao gênero oposto.

O segundo capítulo trata precisamente da gênese dessa lógica médica-psiquiátrica que intenta recapturar e devolver aqueles desviantes à harmonia pressuposta do binômio sexo-gênero. Nele investigamos como a formação do diagnóstico de transsexualismo decorre dos processos de intervenção somática (tratamento hormonal e cirúrgico) e como um passa a justificar e sustentar o outro numa tautologia quase inescapável. O terceiro capítulo intenta demonstrar precisamente os efeitos desse processo de recaptura à lógica binária das identidades, analisando os efeitos de longo prazo dessa reintrojeção da linearidade sexo-gênero em indivíduos que tiveram seus sexos modificados para corresponder ao gênero experienciado. Nele, pretendemos demonstrar como essa rearmonização por si não resolve o problema identitário, mas, ao contrário, pode agravá-lo, na medida em que o *locus* social dos indivíduos transicionados não é o mesmo daquele gênero ao qual enfim, ele foi submetido, mas ainda é um não-lugar daquele que possui ambos os gêneros ou gênero algum. Ao mesmo tempo, no âmbito individual a assunção do novo gênero por completo requer a negação, a exclusão de parte da identidade do indivíduo, a qual não se dá sem conflito. Na gênese do problema, vemos a biopolítica das identidades que formata as singularidades de acordo os padrões de identidades.

O final do último trabalho aponta para a conclusão da tese e pretendem produzir um prognóstico dessa categoria psiquiátrica, baseado na leitura das contingências contemporâneas e em precedentes históricos.

Capítulo 1: Psicopatologia da vida sexual: Do crime-pecado ao DSM

A vida sexual humana sempre foi alvo de regulações sociais, seja na forma legislativa (das leis que sancionam efetivamente determinados comportamentos), seja na forma normativa (expressa pela moral e demais dispositivos culturais que promovem ou coíbem determinados comportamentos sexuais). Se evocarmos um olhar histórico para analisar os diferentes dispositivos utilizados num âmbito ou outro, veremos diversas variações de estratégias. Com efeito, a forma de organização das sociedades engendra diferentes métodos de regulação das diversas dimensões da vida, incluindo a sexual. Tomando as sociedades ocidentais como exemplo, vemos que a arquitetura social de gestão do sexo até o século XVIII se apoiou basicamente na divisão clara entre atos lícitos e ilícitos e foi ditada por uma legislação civil extremamente ligada à Igreja, ao direito canônico e à pastoral cristã. Ao olharmos um século à frente nestas mesmas sociedades, vemos uma mudança radical em sua forma de organização: as transformações no âmbito tecnológico, econômico e político, eminentemente representadas pelas revoluções Industrial e Francesa, provocaram toda uma reorganização da tessitura social que teve efeitos diretos na gestão da vida sexual.

Com a perda do protagonismo da Igreja em diversas esferas da organização social, o direito civil pode se distanciar da criminalização de certas condutas sexuais, como a sodomia e o bestialismo, além de mitigar as penas supliciantes, que chegavam à morte atroz, em função de penas mais brandas, como a prisão. No outro polo, o normativo, assistimos à gradativa medicalização do pecado, ou seja, à apropriação, por parte do saber psiquiátrico, de um campo até então regido eminentemente pela Igreja. Sobre este campo das condutas sexuais desviantes, incidiu uma nova dicotomia, não mais assentada na lógica do pecado, mas na lógica do normal e do patológico.

O objetivo deste capítulo é fazer o esboço de uma genealogia da psicopatologia psiquiátrica da vida sexual. Ou seja, pretendemos analisar como a psiquiatria assumiu o domínio sobre a gestão da sexualidade a partir de um determinado modelo de organização social, bem como as diversas estratégias por ela utilizadas para tal em diferentes momentos históricos.¹ Como a vida sexual dos indivíduos foi internalizada num funcionamento mental enquadrado em categorias e entidades patológicas sobredeterminantes? De que forma essas categorias

1 Apesar da psiquiatria ter sido o primeiro saber da ciência ocidental moderna a se apropriar da vida sexual, ela não foi o único. Sabemos que outros saberes, como a psicanálise, a psicologia e a pedagogia também produziram e versaram sobre esse tema. Contudo, nosso interesse recai sobre a psiquiatria, não apenas por ser a precursora, mas principalmente por instituir um modelo normativo de gestão da vida sexual baseado na dicotomia normal/patológico.

foram se transformando ao longo do tempo e qual a relação que elas mantinham com o modelo de organização social, ou com o modelo de poder vigente? Para responder estas perguntas, retomaremos brevemente a arquitetura da gestão da sexualidade vigente no modelo de poder soberano do século XVIII (Foucault, 1976/2005), expressa pelo triedro – direito canônico, pastoral cristã e lei civil. Depois, avaliaremos, como a psiquiatria se inseriu na gestão da sexualidade, através da passagem do poder soberano para o poder disciplinar (Foucault, 2006), e como as perversões se tornaram o principal dispositivo na sua estratégia normativa do século XIX. Então, veremos como os transtornos sexuais descritos nos compêndios psiquiátricos a partir do século XX, sobretudo no *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM), refinaram o dispositivo das perversões, estendendo a normatização psiquiátrica para além das sexualidades periféricas, em sintonia com as estratégias do biopoder. Por fim, arriscamos uma breve leitura da atualidade, apontando as novas modalidades da normatização psiquiátrica da sexualidade hoje.

1.1. A gestão do sexo: pecado da alma, crime do corpo.

Até o final do século XVIII, pode-se dizer que três grandes códigos explícitos regiam as práticas sexuais: o direito canônico, a pastoral cristã e a lei civil (Foucault, 1976/2005), todos centrados eminentemente nas relações matrimoniais, nas peculiaridades inerentes ao seu exercício e nas sanções às condutas desviantes do sagrado sacramento. Por um lado, a pastoral cristã se ocupava da difusão e manutenção das leis matrimoniais: o *debitum conjugale*, ou dever conjugal, as carícias inúteis que não conduziam à procriação, a confissão de todo e qualquer comportamento de natureza sexual, como a molície (masturbação), e certamente a questão da fidelidade. Por outro lado, o direito canônico e a lei civil se ocupavam principalmente das proscricções e punições relativas às infrações. A vida sexual era dividida basicamente em atos lícitos e ilícitos que estavam em harmonia com a moral vigente. Nesse contexto, o pecado da carne era, a um só tempo, o paradigma da interdição moral e penal — uma espécie de transgressão híbrida passível de sanções tanto na esfera espiritual quanto na terrena — e, por isso, considerado como crime-pecado (Gusso, 2013).

Os crimes-pecados, essa espécie heterogênea que combinava uma falta espiritual condenada pela Igreja e proscrita pela lei, se dividiam principalmente entre as práticas e desejos sexuais contra a natureza, como a sodomia e a bestialidade, e as infrações contra o matrimônio, como a bigamia, o rapto e o incesto,

além do adultério. Uma vez que os comportamentos estavam submetidos a uma lógica de licitude e ilicitude e, estando as leis civis ancoradas nas leis espirituais, um único comportamento podia ser proscrito ao mesmo tempo pela Igreja e pelo soberano. O adultério, por exemplo, era pecado mortal que garantia lugar no inferno, como pode ser visto no livro de Mateus:

Ouvistes que foi dito aos antigos: 'Não cometerás adultério'. Eu, porém, vos digo: todo aquele que lançar um olhar de cobiça para uma mulher, já adulterou com ela em seu coração. Se teu olho direito é para ti causa de queda, arranca-o e lança-o longe de ti, pois te é preferível que se perca um dos teus membros do que seja todo o teu corpo lançado no inferno (Mt 5, 27-29).

Ao mesmo tempo, também era crime gravíssimo passível de punição com a morte:

Qualquer cristão que tiver ajuntamento carnal com alguma Moura, ou com qualquer outra infiel; ou cristã com mouro, ou judeu, ou com qualquer outro infiel, morra por isso, e esta mesma pena haverá o infiel (Pierangeli, 2001, p.107).

Pecado da alma, crime do corpo: inferno para um e morte para o outro. Os crimes-pecados eram a um só tempo um atentado contra Deus e o soberano, as leis divinas e as do reino, e por isso mereciam severas punições. Não por acaso, os crimes sexuais figuravam nas Ordenações do Reino² logo atrás dos crimes de heresia e lesa-majestade (Gusso 2013), e suas penas podiam ser tão severas quanto aquelas aplicadas ao paroxismo dos atos criminosos: o do regicida. O sodomita, por exemplo, que era o paradigma das aberrações contra a natureza e, portanto, um dos mais caçados pela Inquisição, nas Ordenações do Reino, estava sujeito à morte atroz:

Toda pessoa, de qualquer qualidade que seja, que peccado de sodomia per qualquer maneira commeter, seja queimado, e feito per fogo em pó, ara que nunca seu corpo e sepultura possa haver memória, e todos os seus bens sejam confiscados para a Coroa de nossos Reinos, postoque tenha descendentes; pelo mesmo caso seus filhos e netos ficarão inha-biles e infames, assi como os daquelles que cometerem crime de lesa-majestade (Pierangeli, 2001, p.106).

A natureza da pena e sua referência à punição para o crime máximo de lesa-majestade demonstram a medida do horror que esse crime-pecado suscitava. Decerto que a aplicação da pena máxima não era a regra, como Foucault (1975/2008) já nos advertiu, visto que os suplícios, as execuções públicas tinham um propósito específico, qual seja, o de reativar o poder do soberano através da

² Conjunto de leis portuguesas que foram transpostas para o Brasil e vigoraram aqui até o século XIX (Gusso, 2013).

política do medo (Foucault, 1975/2008). Dos processos de acusação de sodomia registrados pela Inquisição Portuguesa nos séculos XVII e XVIII, menos de 6% resultaram em pena de morte.³

Contudo, é preciso considerar que, se o valor estatístico parece insignificante, o valor qualitativo, que aproxima a natureza de ambos os crimes – o do regicida e o do sodomita – é no mínimo intrigante. Havia certa equivalência na natureza de ambos os crimes, na medida em que ambos atentavam contra a conservação do reinado. O crime do regicida, de forma mais evidente, já que afrontava diretamente a vida daquele sem o qual não haveria reinado. O crime do sodomita, por sua vez, continha um duplo atentado contra o reinado. Atentava, primeiramente, contra a prosperidade, na medida em que, se não fosse coibido, resultaria numa série de relações infrutíferas que reduziriam a quantidade de nascimentos e, conseqüentemente o número de servos do soberano. Em segundo lugar, atentava contra a reputação do reinado, tendo em vista que o pecado nefando (o pecado que não pode ser dito) era considerado uma vergonha, uma fraqueza de espírito e governança que levava fatidicamente ao mesmo destino do da cidade bíblica que lhe deu nome. Assim, podemos dizer que a sodomia era considerada o paradigma da transgressão ou do crime-pecado contra a natureza.

A partir dos séculos XVIII e XIX, vemos um curioso movimento de reformulação dessa arquitetura social de gestão sobre a sexualidade, impelido por uma série de transformações sociais, como as Revoluções Industrial e Francesa, a ampliação da burguesia e o fortalecimento do capitalismo, bem como um aumento da densidade demográfica nos centros urbanos. Enfim, uma série de transformações sociais, políticas, econômicas e tecnológicas que requereu um novo modelo de governo das pessoas, o qual Foucault (1975/2008) chamou de poder disciplinar e que sucedeu o modelo de poder soberano.

No âmbito jurídico, houve uma grande reforma que desvinculou as leis dos ditames religiosos e mitigou as penas (Foucault 1975/2008). Ela atuou diretamente nos delitos sexuais: a noção de crime desvencilhou-se do pecado, as penas abrandaram-se e as proscricões visavam menos à intimidade dos atos do que aos atentados contra o corpo enquanto propriedade (Gusso, 2013). O escopo das determinações jurídicas do século XIX deixou de ser o da punição cruel e supliciante dos atos pecaminosos - expressos pela sodomia, bestialidade e atentados contra o casamento - e passou a abranger os “crimes contra segurança da Honra”, expressos por atos contra a estrutura familiar e o direito de propriedade (como a poligamia, o adultério, o defloramento de menor, o estupro de mulher honesta, o

³ Dos 428 processos da Inquisição Portuguesa relacionados à sodomia, preservados no Arquivo Nacional da Torre do Tombo de Portugal, apenas 25 resultaram em pena de morte. Disponível em <http://antt.dglab.gov.pt/>.

parto suposto etc.). No Brasil, por exemplo, o Código Penal de 1830, que veio a substituir as Ordenações do Reino, não tipificava mais os antigos crimes-pecados contra a natureza - como a sodomia ou o bestialismo - como crimes. Apenas as infrações que atentavam contra o casamento e a família, mais especificamente, contra a propriedade corporal do outro ou o corpo social é que estavam previstas no código (Gusso, 2013). Assim, o estupro, o defloramento de menor, o adultério, a poligamia e o parto suposto passaram a figurar entre as condutas condenáveis, mas nenhum deles mais conduzia à fogueira, a nenhum deles mais se aplicava a pena capital, apesar desta persistir no Código para outras contravenções, como a insurgência, o homicídio e o latrocínio (Gusso 2013). As penas para os crimes sexuais, que até o século XVIII eram cruéis e supliciantes (como a morte atroz para os sodomitas), atenuaram-se para a prisão ou o desterro. No caso do estupro, por exemplo, a acusação era retirada e o réu absolvido se ele contraísse casamento com a vítima (Gusso, 2013). A regulação jurídica do século XIX, portanto, abdicou de punir os atos sexuais que não geravam prejuízo social concreto, que não interferiam diretamente na dinâmica econômica. O direito absteve-se da face pecaminosa do paradigma transgressional de até então: do crime-pecado, doravante, ocupava-se apenas do crime.

No âmbito normativo, o pecado da carne assumiu um papel secundário em detrimento ao incipiente saber psiquiátrico de fins do século XVIII e início do século XIX. Vemos nessa época, asseverar-se a normatização da conduta sexual, não tanto pelos dispositivos legais, que não levavam mais à fogueira, mas por uma gradativa anexação da irregularidade sexual à psiquiatria e ao estudo da alienação mental. As transgressões e os desvios da conduta sexual socialmente aceita não foram mais tratados em termos jurídicos e religiosos, não foram mais abordados em termos de condutas lícitas ou não, mas antes como desvios morais, decorrentes de distúrbios no funcionamento da vontade, das paixões e, para alguns, do próprio organismo. De qualquer forma, o que é importante destacar é que os desvios sexuais não foram mais referidos em termos de sua ilicitude, mas em termos de seu caráter patológico. Das primeiras monomanias instintivas, descritas por Esquirol (1838) às consagradas perversões de Krafft-Ebing (1886/2012), os comportamentos sexuais extravagantes, dirigidos a alvos insólitos, tornaram-se objeto de um saber médico que veio a se sobrepor à direção da alma dada pela Igreja. Aquilo que antes era considerado pecado da alma migrou para o campo da alienação, da patologia mental. Medicalização do pecado, patologização das condutas, doravante, as práticas sexuais estavam sujeitas não apenas às sanções legais, mas, sobretudo à correção aplicada pela classificação e intervenção terapêutica.

Todas essas mudanças ocorreram sob o pano de fundo de uma mutação na mecânica do poder que acompanhou as diversas transformações sociais. Mas foi, sobretudo, a recrudescência do capitalismo impulsionado pela Revolução Industrial que aumentou a concentração demográfica nos centros urbanos, exigindo um modelo de controle mais preciso, global e contínuo. Foi aí que surgiram os sistemas disciplinares, eminentemente para adequar esse acúmulo indiscriminado de pessoas aos sistemas de produção, distribuindo-os, ordenando-os, controlando sua cronologia, esquadrinhando seus espaços. Tudo isso realizado principalmente através das instituições fechadas (a escola, a caserna, a fábrica; aos que não se adequavam a estas – a prisão, o manicômio, o hospital).

Parece-me que o poder disciplinar pode se caracterizar em primeiro lugar pelo fato de implicar, não uma coleta com base no produto ou numa parte do tempo, ou em determinada categoria de serviço [como ocorre no poder soberano], mas por ser uma apropriação total, ou tender, em todo caso, a ser uma apropriação exaustiva do corpo, dos gestos, do tempo, do comportamento do indivíduo. É uma apropriação do corpo, e não do produto; é uma apropriação do tempo em sua totalidade e não do serviço (Foucault, 2006, p.58).

Enquanto na mecânica do poder soberano, o rei dispunha dos corpos de seus servos somente na medida em que podia lhes tirar a vida ou exigir que a sacrificassem em seu nome, no poder disciplinar, o corpo virou uma máquina a ser aprimorada para dela se extrair o máximo de produção. Máquina esta que precisava ser adestrada, docilizada e, certamente investida de uma série de técnicas e intervenções para manter seu funcionamento ótimo (Foucault 1975/2008). Não à toa, foi a partir da segunda metade do século XVIII que começaram os protestos contra os suplícios e a pena de morte. Dever-se-ia, pois, dispor dos corpos dos indivíduos, maximizar suas potencialidades e, para tanto, era preciso que estivessem vivos.

Foi nessa dinâmica de poder, onde os corpos foram sequestrados para um adestramento contínuo visando à maximização de sua utilidade, que se inseriu aquilo a que Foucault (1975/2008) chamou de dispositivo da sexualidade. A sexualidade, termo, não por acaso, cunhado no século XIX, emergiu como um dispositivo apoiado numa série de discursos que tinham no sexo um objeto a se administrar. O controle da sexualidade infantil, dos desvios e aberrações, da densidade demográfica e o programa de purificação das raças; todos estes se tornaram objetos desse dispositivo que engendrou e fomentou diversos saberes. Dentre eles, o saber psiquiátrico, o qual se ocupou eminentemente dos desvios e aberrações sexuais construiu: 1) sua ontologia, com diversas teorias sobre a mente, a disfunção dos órgãos, etc.; 2) sua taxonomia, ou seja, a forma de organizar e distribuir as diversas patologias segundo seus centros de afecções ou a nature-

za do desvio; 3) sua etiologia baseada na hereditariedade ou na degenerescência pelos fatores externos, como o abuso de álcool; 4) os métodos de prevenção baseados em teorias eugenistas e nos programas profiláticos e 5) seu tratamento incluindo uma variedade de métodos terapêuticos para suprimir os desvios. Enfim, o saber psiquiátrico engendrou toda uma psicopatologia da vida sexual, na medida em que se apropriou dos comportamentos sexuais desviantes e situou-os em relação à vida psíquica dos indivíduos.

1.2. A psiquiatria: crime do corpo, patologia da mente.

Foucault (2006) situou a emergência da prática psiquiátrica nessa passagem do poder soberano para o disciplinar. Para ele, essa prática que antecede qualquer formulação teórica e qualquer batismo científico era a prática da ortopedia mental, da contenção dos excessos, da docilização dos corpos em plena comunhão com o funcionamento da mecânica do poder disciplinar. Contrariando a história ordinária que a própria psiquiatria traçou para si, Foucault (2006) discordava de que a cena fundadora da psiquiatria fosse a de Pinel libertando os loucos de Bicêtre de suas correntes. Para ele, a cena que talvez servisse para melhor descrever a fundação da psiquiatria era a cena narrada pelo próprio Pinel (1800/2007) no *Traité médico-philosophique sur l'alienation mentale ou manie*, acerca do Rei Jorge III da Inglaterra:

Um monarca cai na mania e para tornar sua cura mais rápida e sólida não se põem restrições às medidas de prudência de seu responsável; a partir daí, todo o aparato da realeza dissipa-se, o alienado é distanciado de sua família e de tudo o que o entorna, sendo relegado a um palácio isolado, fechado sozinho em um quarto, o qual é forrado por colchões, para que lhe seja impossível ferir-se. Aquele que dirige seu tratamento lhe declara que ele não é mais soberano, e que deve portar-se a partir de então dócil e submisso. Dois de seus antigos pajens, de estatura de Hércules, são encarregados de velar por suas necessidades e de oferecer-lhe todos os bons ofícios que seu estado exige, mas estão encarregados igualmente de convencê-lo de que ele se encontra sob sua inteira dependência, cabendo-lhe a partir de então obedecer. Devem manter um tranquilo silêncio, mas em todas as ocasiões, fazem sentir o quanto lhe são superiores em força. Um dia, o alienado, em seu feroso delírio, acolhe muito duramente seu antigo médico quando de sua visita, emplas-trando-o de lixo e sujeira. Um dos pajens entra rapidamente no quarto sem nada dizer, pegando pela cintura o delirante, reduz ele próprio a um estado de sujeira asquerosa, jogando-o com força sobre uma pilha de colchões, despe-o, lava-o com uma esponja, troca suas roupas, e olhando-o com orgulho sai logo, retomando seu posto. Semelhantes lições repetidas a intervalos durante alguns meses e auxiliadas por outros meios do tratamento produziram a cura sólida e sem recaídas (Pinel, 1800/2007, pp.198-199).

Essa cena demonstra, não apenas o que seria o tratamento moral da proptosiquiatria, mas, antes de qualquer coisa, a destituição do poder soberano, sua subjugação a esse poder anônimo, repartido e minucioso que era o poder disciplinar. Esse sistema disciplinar erigiu uma série de instituições e dispositivos para gerir as atividades dos indivíduos, maximizando sua utilidade: a escola, a caserna, a fábrica, todas estavam numa sintonia ajustada ao princípio econômico de produção e acumulação de capital. Esse princípio normalizador produzia certas irregularidades, determinados desvios daqueles que, por algum motivo (temporário ou não), não se adequavam à dinâmica produtiva, seja porque estavam doentes, seja porque eram loucos, seja porque eram irredutíveis ao trabalho. Para estes, também o sistema disciplinar reservou algumas instituições, como o hospital, o manicômio e a prisão.

A tarefa inicial da psiquiatria de fins do século XVIII e início do século XIX era exatamente o reconhecimento da loucura, da alienação mental, sua identificação para reclusão, já que um de seus propósitos era o de garantir a harmonia social (Caponi, 2012). Aqueles irredutíveis à dinâmica do sistema produtivo por suas extravagâncias, por seus delírios, por seus furores; era a estes que a psiquiatria deveria se dirigir. Inicialmente, não importava muito a especificidade da loucura, seus sintomas ou sua etiologia, bastava aos alienistas encontrá-la: quer fosse nas manias (com ou sem delírio) ou na melancolia de Pinel (1800/2007), quer fosse nas monomanias de Esquirol (1838), o principal era reconhecer o alienado, reservando um papel secundário às suas classificações (Caponi, 2012). Não por acaso, as nosografias de Pinel e Esquirol eram bastante simplificadas e abrangentes. Para Pinel (1800/2007), as espécies de alienações dividiam-se, de forma bem sintética, em:

- 1) Melancolia ou delírio exclusivo sobre um objeto: trata-se daqueles dominados por uma ideia fixa, a qual parece dominar todas as demais faculdades. Por mais que à primeira vista pareçam sadios, determinada circunstância faz eclodir um delírio que oblitera seu raciocínio.
- 2) Mania sem delírio: quando somente as faculdades afetivas são lesadas, preservando-se todas as demais. Assim, apesar do entendimento, percepção e julgamento, memória, etc. serem preservados, subitamente são tomados por um ímpeto que os conduz ao descontrole de suas paixões, de suas vontades, ao furor maníaco.
- 3) Mania com delírio: É caracterizada por uma excitação nervosa expressa tanto no nível moral quanto no físico. Compromete uma ou várias funções do entendimento, provocando emoções alegres ou tristes, extravagantes ou furiosas.

4) Demência ou abolição do pensamento: Caracterizada por ideias isoladas, emoções disparatadas e comprometimento motor, além de lesões na memória, e na percepção, obliteração do julgamento e execução de atividades sem propósito.

5) Idiotismo ou obliteração das faculdades intelectuais: Obliteração da capacidade de entendimento e dos sentimentos, que podem ser doces e infantis ou vivos e coléricos.

Esquirol (1838) não se distanciou muito do mestre, discriminando a alienação mental em idiotia, demência, mania (similar à Mania com delírio de Pinel), lipomanias (similar à melancolia de Pinel) e monomanias, esta última sendo a grande novidade e contribuição à teoria de Pinel.⁴

Nesse momento inicial da psiquiatria, os comportamentos sexuais desviantes não receberam um destaque particular especial (assim como uma série de outras patologias que mais tarde foram ostensivamente detalhadas), sendo considerados pelos primeiros alienistas como uma variação da alienação mental ou eventualmente enquadrados em uma das grandes categorias, como a monomania de Esquirol (Lanteri-Laura, 1979/1994). A especificação era bastante rarefeita e compreendia figuras esparsas como a erotomania, a ninfomania e a satiríase, como variações dessa entidade nosológica maior que era a monomania (Lanteri-Laura, 1979/1994). De fato, a especificação importava menos que o enquadramento no grande jardim das diferentes espécies de alienações. Afinal, o modelo de tratamento moral de Pinel (1800/2007) era praticamente o mesmo para todas as variedades de alienados e, como já bem nos alertou Foucault, era o internamento o principal agente terapêutico – “o que cura no hospital é o hospital (...) A máquina de cura na psiquiatria daquela época, é o hospital” (2006, p.127). Se a nosografia não concedia especificidade aos desvios sexuais, o substrato epistemológico fundante das alienações mentais lhes garantia refúgio.

Para os primeiros psiquiatras, assim como as demais alienações mentais, os desvios sexuais podiam ser entendidos como perturbações das paixões, das afecções morais e caracterizavam mais uma doença, entendida como o desequilíbrio de certas funções naturais, do que um crime ou um pecado. Outra corrente, mais fisicalista, cujo representante contemporâneo de Pinel foi Cabanis (1802), defendia um substrato orgânico para as alienações mentais e buscava situar no interior dos órgãos, sendo o cérebro o principal deles, a causa das disfunções que

⁴ As monomanias, conceito controverso pelo uso que foi dado no âmbito judiciário, referem-se às perturbações parciais de certas faculdades, como o intelecto, a afetividade, o instinto, com preservação das demais faculdades. Para mais sobre esse tema: Carrara, S (1998). *Crime e loucura: o aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século*. Rio de Janeiro: EdUERJ.

provocariam as diversas manifestações da loucura (Cabanis, 1802). Ele situava, por exemplo, a etiologia da ninfomania numa afecção dos ovários e do útero:

(...) esta enfermidade espanta pela simplicidade de sua causa, que se deve, usualmente, à inflamação dos ovários e do útero. Trata-se de uma enfermidade degradante (de um ponto de vista moral) por seus efeitos, capazes de transformar a jovem mais tímida em uma mulher desesperada e o pudor em uma audácia furiosa, até chegar a aproximar-se da fronteira da prostituição (Cabanis, p.416).

Seja através de um discurso espiritualista, que ancorou nas paixões, afecções morais, ou na psique o substrato epistemológico para a loucura, seja através de um discurso fiscalista que balizou no funcionamento dos órgãos a condição de aparecimento dessas enfermidades, a psiquiatria se apropriou de todo esse campo de irregularidades e desvios morais que não se ajustavam à dinâmica produtiva e que o poder disciplinar precisava subjugar. Toda a discussão epistemológica, os enunciados científicos que compuseram esse novo campo do saber, foi engendrada para subsidiar esse poder psiquiátrico que, por sua vez, estava a serviço do poder disciplinar (Foucault, 2006). A sexualidade, os desvios sexuais não escaparam a esse mecanismo.

Se alguns autores começaram a se ocupar mais especificamente dos desvios dos comportamentos sexuais enquanto campo nosográfico próprio,⁵ foi a partir das compilações e contribuições de Krafft-Ebing (1886/2012) que eles ganharam notoriedade no século XIX e geraram uma importante herança para os séculos seguintes. Além de uma nosografia própria e bem elaborada dos desvios sexuais, Krafft-Ebing (1886/2012) resgatou, por assim dizer, uma antiga articulação entre crime e sexualidade. Sua obra, que não escondia suas aspirações forenses, recolocava a sexualidade no âmbito judiciário, na medida em que relacionava as perversões sexuais com os impulsos criminosos. O crime não era mais os atos sexuais em si, como outrora na noção de crime-pecado, mas, com efeito, era a sexualidade perturbada que suscitava os atos criminosos.

À psiquiatria não pode ser negada o crédito de ter reconhecido e comprovado a relevância psicopatológica de numerosos atos sexuais paradoxais e monstruosos. A Lei e a Jurisprudência têm dado até agora pouca atenção para os fatos resultantes das investigações na psicopatologia. A Lei está, neste ponto, em oposição à Medicina, e corre constantemente o risco de condenar indivíduos que, a luz da ciência, não são responsáveis por seus atos (Krafft-Ebing, 1886/2012, p.379).

5 Kaan, H. (1844). *Psychopathia sexualis*. Leipzig: Voss. Casper, J.L. (1852). Über Nothzucht und Päderastie und deren Ermittlung Seitens des Gerichtsarztes. In: *Vierteljahrsschrift für gerichtliche und öffentliche Medicin*. Bd. 1. Tardieu, A. (1858). *Étude médico-légale sur les attentats aux mœurs*. Paris: Baillière. Westphal, C. (1870) Die conträre Sexualempfindung, Symptom eines neuropathischen (psychopathischen) Zustand, *Archiv für Psychiatrie*, II, pp.73-108.

Essa nova articulação com o crime, sendo este não mais sincrônico a um determinado comportamento sexual, mas decorrente de uma perturbação de uma dimensão da vida íntima, nos dá testemunho de uma nova entidade que tomou forma no século XIX: a sexualidade. Entendida enquanto uma dimensão própria da vida psíquica, pressuposta em todos os indivíduos, e capaz de direcionar seus atos, a sexualidade foi, ao mesmo tempo, formada na interseção de uma série de saberes e práticas e tornada objeto destes (Foucault, 1976/2005). Não por acaso, o próprio termo começou a figurar nos dicionários ocidentais somente no século XIX. Nos dicionários de língua portuguesa, por exemplo, ele apareceu a partir de 1874 (Cunha, 2010). Segundo sua etimologia, a palavra é formada pelo termo *sexus*, que significa a “conformação particular que distingue macho e fêmea, nos animais e vegetais” (Cunha, 2010, p.593) associado ao sufixo latino *itãtem*, utilizado para formar substantivos abstratos derivados de adjetivos. Ou seja, a própria etimologia do termo pressupõe a reificação de certas qualidades numa entidade delimitada. Ora, essa dimensão intrapsíquica, essa entidade que habita os indivíduos e que pode dirigir suas ações, precisava, no contexto de um poder disciplinar, ser esquadrinhada, investida e sujeitada, quer fosse para coibir certas condutas, como pretendia Krafft-Ebing (1886/2012) em relação aos crimes, quer fosse para produzir outras.

Apesar de um elaborado modelo nosográfico, fundado sob a égide de uma fisiologia, foi a categoria das parestesias, renomadamente conhecida por perversões, que ganhou destaque na teoria de Krafft-Ebing (1886/2012). Ele classificava as anomalias das funções sexuais em:

I. Neuroses Sexuais

Sensoriais → a) Anestesia; b) Hiperestesia e c) Nevralgia.

Secretórias → a) Aspermia (esterilidade); b) Polispermia.

Motoras → a) Espasmos; b) Espermatorrêia (paralisia).

II. Neuroses Espinhais

Afecções do centro de ereção → a) Irritação (priapismo); b) Paralisia; c) Inibição e d) Debilidade irritável.

Afecções do centro de ejaculação → a) Ejaculação anormalmente fácil; b) ejaculação anormalmente difícil.

III. Neuroses Cerebrais

Paradoxia (excitação sexual que ocorre independentemente do período dos processos fisiológicos).

Anestesia (ausência de instinto sexual).

Hiperestesia (desejo acentuado, satíriase).

Parestesia (perversão do instinto sexual, excitação por estímulos inadequados) → a) Sadismo; b) Masoquismo; c) Fetichismo; d) Sexualidade antipática (homossexualismo).

Todas as afecções descritas por Krafft-Ebing (1886/2012) tinham sua gênese e sua ancoragem no corpo, numa determinada função orgânica, numa fisiologia específica. Quer fossem as Neuroses Sexuais, que descreviam as disfunções sensório-motoras relacionadas ao ato sexual, quer fossem as Neuroses Espinhais, que se ocupavam das respostas do sistema nervoso autônomo relacionadas ao sexo, quer fossem as Neuroses Cerebrais, que descreviam as disfunções da direção e intensidade do instinto sexual, todas elas possuíam uma equivalência orgânica, uma localização fisiológica da afecção. Contudo, a despeito dessa nosografia, foram as perversões que mereceram maior atenção, pois, com frequência, eram elas que conduziam aos crimes monstruosos — como no caso de Jack, o Estripador, descrito pelo autor — ou aos mais repulsivos, como no célebre caso de necrofilia do Sargento Bertrand (Krafft-Ebing, 1886/2012). Assim, os pequenos desvios, as pequenas perversões que poderiam conduzir a atos monstruosos, passaram a ser perscrutados, assinalados e conjurados. Krafft-Ebing, tal como a maioria de seus contemporâneos, foi assaz influenciado pela teoria da degeneração de Morel⁶ e considerava que certas influências, determinados hábitos, assim como a herança hereditária, propiciavam as perversões. Dessa forma, certas práticas como o onanismo, o alcoolismo, bem como a anatomia do indivíduo (o tamanho de seu crânio, de seus órgãos genitais, etc.) e a herança hereditária (histórico de doenças na família) passaram a ser alvo de inquérito psiquiátrico e de ação política. Não precisamos lembrar que foi no século XIX que recrudesceram as teorias e programas eugenistas que no século seguinte se espalharam por quase todo o globo.

As perversões foram para os séculos XIX e parte do século XX, o que a sodomia representou para o poder soberano até o século XVIII: seu operador normativo da vida sexual, o paradigma de normatização da vida sexual. Foi apoiando-se sobre as perversões e os riscos que elas suscitavam que a psiquiatria disseminou todo um programa profilático normatizador das condutas e eugenista das raças. O poder disciplinar fez funcionar, através desse dispositivo das perversões, a normatização que seu sistema socioeconômico exigia.

⁶ Morel, B.A (1857). *Traité des Dégénérescences Physiques, Intellectuelles et Morales de l'Èpece Humaine et des Causes qui Produisent ces Variétés Maladives*. Paris: Baillière.

1.3. O biopoder: patologias da mente, fracassos do desempenho.

Foucault (1976/2005) introduziu o conceito de biopoder, ou poder sobre a vida, como uma estratégia ou um refinamento do poder disciplinar. Como já dissemos, o poder soberano tinha por efeito causar a morte, na medida em que o soberano a provocava diretamente, seja através do suplício, como forma de punição, seja através da exigência do sacrifício nas guerras. Na dinâmica do poder disciplinar, a vida torna-se mais preciosa, na medida em que ela é o pressuposto para o seu funcionamento. Mas, foi no biopoder que efetivamente a lógica de causar a morte ou deixar viver foi subvertida pela lógica de causar a vida ou deixar morrer. O propósito do biopoder era apoderar-se da vida para maximizá-la. A gestão sobre o corpo e a saúde das populações — com as preocupações sanitárias, como os programas de vacinação —, a dinâmica reprodutiva e sua qualidade — as taxas de natalidade e mortandade, os programas de melhoria das raças —, foi tudo isso o que a partir da segunda metade do século se tornou objeto de preocupação e intervenção política. Decerto que, se suas estratégias começaram a ser implantadas em meados do século XVIII, foi somente nos séculos seguintes que elas atingiram um grau de maturação mais elevado.

Nos séculos XIX e XX, a sexualidade manteve, como campo privilegiado de atuação do biopoder (1976/2005) através da psiquiatria, com maior ou menor regularidade, maior ou menor consenso, o paradigma nosográfico de Krafft-Ebing (1886/2012), sobretudo aquele que se referia às perversões (Lanteri-Laura 1979/1994). Evidentemente que não podemos negar as contribuições, em geral, da psicanálise e, em particular de Freud, para o estudo da sexualidade e das perversões no século XX, mas analisá-las aqui estenderia demasiadamente esse trabalho para além de suas pretensões iniciais.⁷ O que propomos, por outro lado é analisar como essa herança de Krafft-Ebing (1886/2012) foi inicialmente assimilada nos instrumentos internacionais de classificação psiquiátrica, mais especificamente, em seu mais célebre representante, o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* – o DSM.

Em sua primeira versão, de 1952, o DSM previa a categoria de Desvios Sexuais (000-x63) em seu escopo (APA, 1952), como um subtipo dos Transtornos de personalidade sociopática (000-x60), no qual figuravam conjuntamente as reações antissociais (000-x61) e dissociais (000-x62), além das adições (000-x64), como o alcoolismo e a drogadição. Esses transtornos de personalidade so-

⁷ Para aprofundamentos na contribuição da psicanálise para o campo de estudo das perversões, ver Lanteri-Laura (1979/1994).

ciopática, por sua vez, eram classificados dentro da categoria maior de Transtornos da Personalidade, descritos como “transtornos de origem psicogênica ou sem causa tangível definida claramente ou mudança estrutural” (APA, 1952, p.7). O diagnóstico de desvio sexual era reservado para os casos em que o desvio não era um sintoma extensivo de outras síndromes (como a esquizofrenia), mas um desvio característico de “personalidade psicopática com sexualidade patológica”. Não haviam categorias de patologias consideradas como desvio bem especificadas, mas o manual cita a homossexualidade, o transvestismo, a pedofilia, o fetichismo e o sadismo sexual (incluindo o estupro, mutilações e as agressões sexuais), além de dispor de termos complementares de equivalência com listas internacionais, como a erotomania, a misoginia (aversão às mulheres), a ninfomania, pânico homossexual agudo, imaturidade sexual, os crimes sexuais (*sex offenses*) e a perversão sexual.

A segunda versão do DSM, de 1968, cuja estrutura nosográfica era muito similar à primeira, manteve a mesma nomenclatura e categoria de Desvios Sexuais (302) dentro da categoria de Transtornos de Personalidade, suprimindo, contudo, a subdivisão da versão anterior de Transtornos de personalidade sociopática. Mas a natureza dos desviados sexualmente continuava similar a dos alcoólatras, drogaditos e antissociais. A definição, contudo, dos desvios, não poderia ter sido descrita de forma mais clara:

Esta é a categoria para indivíduos cujos interesses sexuais estão primariamente direcionadas para outros objetos que não pessoas do sexo oposto, ou voltados para atos sexuais não usualmente associados com o coito, ou direcionados para o coito realizado sob circunstâncias bizarras, como na necrofilia, pedofilia, sadismo sexual e fetichismo. Por mais que muitos achem essas práticas detestáveis, esses indivíduos permanecem incapazes de substituí-las pelo comportamento sexual normal. Esse diagnóstico não é apropriado para indivíduos que praticam atos sexuais desviantes porque os objetos sexuais normais não estão disponíveis a eles (APA, 1968, p.44).

Dentre os desvios descritos, figuravam: Homossexualidade (302.0); Fetichismo (302.1); Pedofilia (302.2); Transvestismo (302.3); Exibicionismo (302.4); Voyeurismo (302.5); Sadismo (302.6); Masoquismo (302.7); Outro desvio (302.8) e Desvio não especificado (302.9). Aqui cabe um adendo relevante: em 1973, após diversas manifestações de movimentos gays dos EUA e da pressão da opinião popular, o diagnóstico de Homossexualidade foi revisto e retirado do repertório de transtornos sexuais. Ela foi considerada, em si mesma, uma forma de comportamento sexual e foi substituída pelo Transtorno de Orientação Sexual (302.0). Este classificava indivíduos que se interessavam por pessoas do mesmo sexo e, ao mesmo tempo, estavam perturbados, em conflito ou desejavam mudar essa orientação sexual (APA, 1973). Ou seja, somente os homossexuais que esti-

vessem em conflito com sua própria homossexualidade ou a desejassem mudar é que passaram a ser classificados com um tipo de distúrbio mental.

Ora, o que vemos nessas duas primeiras versões do DSM é uma declarada preocupação com os desvios qualitativos da sexualidade, ou seja, aqueles que, como bem descreveu a segunda versão, se referiam ao objeto sexual ou a prática sexual desviante do padrão normativo. Vemos aí o paradigma de perversão do século XIX, que pressupunha uma perversão do objeto ao qual era dirigido o interesse sexual (como na necrofilia, no fetichismo, no homossexualismo, etc.) ou a forma de realização transviada do ato sexual (como no caso do sadismo ou do masoquismo). Além disso, eram flagrantes outras influências de Krafft-Ebing (1886/2012) nessas versões. Primeiro pela herança nosográfica, já que a maioria dos termos classificados no DSM, como sadismo, masoquismo, fetichismo, exibicionismo, voyeurismo e homossexualismo constavam da obra de Krafft-Ebing (1886/2012). Em segundo lugar, a preocupação forense dos distúrbios mentais que redundavam nos crimes sexuais. Na primeira edição, ao menos, os crimes figuravam como um dos termos complementares ao diagnóstico. Contudo, havia certa ruptura, uma descontinuidade em relação à teoria das perversões de Krafft-Ebing (1886/2012), na medida em que a etiologia dos desvios sexuais não possuía ancoragem fisiológica, não sendo tratada como uma disfunção ou um desarranjo cerebral localizado. O núcleo patológico não residia num órgão ou numa fisiologia específica, mas num arranjo da personalidade, num funcionamento psíquico do indivíduo expresso por comportamentos mal-adaptativos (DSM II) ou sociopáticos (DSM I).

A partir da terceira edição do DSM, de 1980, vemos algumas mudanças estruturais mais significativas de todo o manual que irrefutavelmente afetaram a nosografia dos desvios sexuais, agora batizados de distúrbios psicosssexuais (APA, 1980). Com um foco voltado mais para a pesquisa do que para a clínica, uma fundamentação teórica mais cosmopolita do que psicanalítica e, tendo como pano de fundo o largo progresso da psicofarmacologia e da indústria farmacêutica (Russo, 2006), o DSM III representou uma transformação radical das patologias mentais, em geral, e das sexuais, em particular. Apesar de não romper com a tradição etiológica predominantemente psíquica em detrimento dos fatores orgânicos, o DSM III apresentou toda uma reformulação nosográfica dos transtornos psicosssexuais. Se até o DSM II, os desvios sexuais contemplavam apenas os comportamentos periféricos, os impulsos sexuais dirigidos a objetos insólitos ou realizados de formas excêntricas, o DSM III contemplava agora quatro categorias diagnósticas:

1) Transtornos de identidade de gênero: Nova categoria criada para classificar a incongruência entre o sexo anatômico e sua respectiva identidade de gênero. Composta por transexualismo (302.5x), transtorno de identidade de gênero na infância (302.60) e transtorno de identidade de gênero atípico (302.85).

2) Parafilias: Grupo basicamente composto pelos antigos desvios sexuais das primeiras duas edições, abarcava o fetichismo (302.81), o transvestismo (302.30), a zoofilia (302.10), a pedofilia (302.20), o exibicionismo (302.40), o voyeurismo (302.82), o masoquismo sexual (302.83) e o sadismo sexual (302.84).

3) Disfunções psicosexuais: Nova categoria cuja “característica essencial é a inibição do interesse sexual ou mudanças psicofisiológicas que caracterizam o ciclo completo de resposta sexual” (APA, 1980, p.275). Considerando como ciclo completo de resposta sexual: 1) Interesse sexual, 2) Excitação, 3) Orgasmo e 4) Resolução. As disfunções desse ciclo listadas são: Desejo sexual inibido (302.71), excitação sexual inibida (302.72), orgasmo feminino inibido (302.73), orgasmo masculino inibido (302.74), ejaculação precoce (302.75), dispareunia funcional (302.76), vaginismo funcional (306.51) e disfunção sexual atípica (302.70).

4) Outras disfunções psicosexuais: Grupo bastardo que deveria acomodar o Transtorno de Orientação Sexual (302.0) (APA, 1973) que substituiu a esconjurada Homossexualidade. Como o nome do diagnóstico de Transtorno de Orientação Sexual parecia muito abrangente e poderia dar margem para alguns equívocos (Russo, 2006), este foi substituído por Homossexualidade egodistônica (302.00), que se destinava aos homossexuais que desejavam mudar sua orientação sexual. Além da homossexualidade egodistônica, nesse grupo constava o distúrbio psicosexual não especificado em outro lugar (302.89).

De saída, vemos a terceira edição do DSM inaugurar aqueles que seriam os novos paradigmas da normatização da sexualidade: o paradigma das identidades de gênero e o do desempenho sexual, representado pela categoria das disfunções psicosexuais que empresta, inclusive, sua legenda para todo o grupo de disfunções da sexualidade. Se até a segunda edição, o paradigma das perversões imperava na forma dos desvios sexuais, a nova edição o pospôs, implantando dois novos paradigmas concorrentes e ampliando o repertório quantitativo de patologias: as 10 constantes na versão anterior, agora saltaram para 21. Mais além, a categoria de disfunções sexuais alargou o campo de atuação psiquiátrico para um amplo e fértil terreno pouco explorado até então: o dos indivíduos normativos, aqueles que não apresentavam os comportamentos periféricos, os desvios quanto ao objeto ou a prática sexual (Russo, 2006). Essa nova categoria passou a abarcar

os indivíduos heterossexuais que não apresentavam qualquer extravagância em suas sexualidades, mas apenas não apresentavam um desempenho sexual compatível com o ciclo completo de resposta sexual.

Aqui, podemos ver claramente a tese de Foucault (1976/2005) acerca do biopoder como estratégia de normatização contínua que não se esgota na captura das marginalidades, dos irreduzíveis à dinâmica do sistema, mas regula a todos, normatiza aqueles mesmos que já estão submetidos e docilizados. O poder sobre a vida foi se tornando cada vez mais complexo, ramificado, capilarizado. Ele arquitetou toda uma tecnologia para normatização da vida sexual humana, da qual a psiquiatria em particular se destaca por sua contribuição com a captura dos desvios e a imposição de um modelo de performance. Ele não se conteve somente em apoderar-se dos comportamentos marginais, das excentricidades, mas precisava também sequestrar os pênis flácidos e as vaginas secas. Precisava entrar sub-repticiamente no quarto, nas camas dos casais médios, nas entranhas das donas de casa, na subjetividade de todos nós.

A quarta edição (APA, 1994) não trouxe grandes novidades em relação à sua predecessora. Chamada agora de Transtornos sexuais e de identidade de gênero, a divisão dos transtornos manteve o núcleo nosográfico anterior, com pequenas modificações em suas subdivisões. As disfunções sexuais tiveram suas subdivisões complexificadas e suas categorias passaram a abranger: 1) Transtorno do desejo sexual hipoativo (302.71), 2) Transtorno de aversão sexual (302.79), 3) Transtorno de excitação sexual feminina (302.72), 4) Transtorno erétil masculino (302.72), 5) Transtorno orgásmico feminino (302.73), 6) Transtorno orgásmico masculino (302.74), 7) Ejaculação precoce (302.75), 8) Dispareunia (302.76), 9) Vaginismo (306.51) e 10) Disfunção sexual não especificada (302.70). Com relação às parafilias, foi retirada a categoria de zoofilia (302.10) e incluída a categoria de frotteurismo (302.89), sendo as demais mantidas. Os transtornos de identidade de gênero foram agrupados num critério único com especificações de ocorrência (na infância, adolescência ou vida adulta).

A quinta edição do DSM (APA, 2013) fragmentou o capítulo de Transtornos sexuais e de identidade de gênero em três capítulos distintos: Disfunções sexuais, Disforia de gênero e Transtornos parafilicos. As disfunções sexuais receberam mais uma categoria diagnóstica, o Retardo da Ejaculação (*Delayed Ejaculation*) (302.74), mantiveram o Transtorno erétil (302.72), o Transtorno orgásmico feminino (302.73), o Transtorno de excitação sexual feminina (302.72), o Transtorno do desejo sexual hipoativo (302.71), a Ejaculação precoce (302.75) e a Disfunção sexual não especificada (302.70). Os diagnósticos de Vaginismo (306.51) e Dispareunia (302.76) foram reunidos no Transtorno de dor gênito-

-pélvica/penetração (302.76). A Disforia de Gênero resgatou parte das divisões perpetradas na 3ª edição, com a Disforia de gênero em crianças (302.6) e em adolescentes e adultos (302.85). Com relação aos Transtornos parafilicos, não houve mudanças significativas, além da inclusão do termo transtorno às patologias. Assim, Pedofilia (302.2) virou Transtorno pedofilico (302.2).

Em resumo, o que podemos depreender dessas variações nosológicas as quais o DSM foi submetido ao longo de suas cinco versões? Inicialmente, ao longo de suas duas primeiras edições, vemos a herança do paradigma das perversões de Krafft-Ebing (1886/2012) imperando como a única categoria dos chamados desvios sexuais. O transtorno era circunscrito pela variação do objeto ou pela excêntrica da prática sexual. Sua etiologia repousava, ao contrário do que pretendia Krafft-Ebing (1886/2012), na volatilidade da personalidade e do psiquismo, longe das causas orgânicas. As variações nosográficas comportavam no máximo dez espécies de patologias sexuais consideradas como transtornos mentais.

A partir da terceira edição ocorreu uma reformulação estrutural, que incluiu, ao lado das antigas perversões, agora chamadas de parafilias, os transtornos de identidade de gênero e as disfunções sexuais, cujo inventário compreendia aqueles transtornos do desempenho ou da performance sexual. Daí em diante, houve um incremento quantitativo no repertório de patologias: as dez espécies de patologias presentes na segunda edição se multiplicaram para vinte e quatro categorias na quinta edição (crescimento de 240%). Também houve pequenas variações qualitativas expressas por metonímias das classes nosológicas – desvios viraram transtornos e disfunções em um eufemismo da qualidade patológica – e utilizaram-se menos termos que evocassem entidades patológicas em prol daqueles que sugeriam situações conflituosas (o travesti, por exemplo, passou a ser acometido por transtorno transvético).

Enfim, tratava-se de um refinamento da estratégia: se as primeiras edições visavam sobretudo aos perversos, as edições posteriores se ocuparam mais dos homens e mulheres médios e de suas deficiências de performance sexual. A régua psiquiátrica sobrepujou os muros dos manicômios e passou a medir não apenas os perversos, mas principalmente os normatizados. Mesmo que estes não tenham desejos ou práticas extravagantes, sobretudo por não as terem, é preciso que atinjam certo desempenho sexual, que sejam consumidores de uma performance ideal e que entendam isso como parte de sua própria saúde mental.

1.4. A intensificação das performances

Restringindo-nos a uma análise dos modelos normativos de gestão da sexualidade por um período histórico de aproximadamente três séculos, vimos como diferentes modelos de organização social e formas de exercício de poder diversas produziram distintos mecanismos para regular a vida sexual dos indivíduos. De forma bastante esquemática, podemos dizer que, nas sociedades soberanas, os dispositivos de gestão da vida sexual visavam à manutenção do casamento e do modelo familiar. Esse propósito era realizado basicamente de duas formas: a primeira, positiva, era exercida em associação com a Igreja, através da pastoral cristã, e instaurava uma moral que regulava o comportamento dos indivíduos; a segunda, negativa, visava coibir, através da punição exemplar ou, de qualquer forma, da possibilidade de punição exemplar aqueles atos em desacordo com a moral estabelecida dessa comunhão da Igreja e do soberano. O mecanismo de interdição era ao mesmo tempo moral e jurídico, já que os atos contra a moral eram também considerados criminosos.

Dessa conjunção, emergiu o paradigma do crime-pecado como a dupla falta contra as leis divinas e contra o soberano. A partir do final dos séculos XVIII e XIX, as mudanças sociais em curso propiciaram a emergência de um novo modelo de poder, o qual Foucault (1975/2008) chamou de poder disciplinar. Operando pela apropriação dos corpos enquanto máquinas para deles extrair a máxima utilidade, o poder disciplinar operou uma docilização, uma sujeição dos indivíduos, através da institucionalização perpétua. Das escolas às fábricas, aqueles que eventualmente não se adaptavam à dinâmica socioeconômica eram destinados ora ao hospital, ora às prisões, ora aos manicômios. A psiquiatria despontou como o dispositivo encarregado desses últimos. Inicialmente discernindo os alienados dos não alienados, vimos que as primeiras taxonomias psiquiátricas não contemplavam complexas descrições e diferenciações de categorias diagnósticas e, se versavam sobre as alienações mentais de natureza sexual (como a erotomania, a ninfomania e satiríase), era somente para enquadrá-las entre categorias maiores como a monomania de Esquirol. O importante nessa época era conter os furiosos e abrigar os desajustados.

O aprimoramento do modelo disciplinar complexificou os mecanismos de captura e controle das alienações mentais em geral, e em específico as de natureza sexual. As nosografias recrudesceram e se tornaram mais elaboradas. A *Psychopathia Sexualis* de Krafft-Ebing (1886/2012) sintetizou uma série de produções num refinado modelo nosográfico, do qual as perversões se tornaram o

paradigma. Os desejos por objetos estranhos ou realizados de forma bizarra viraram o foco de uma psiquiatria que via nas pequenas perversidades o potencial para os crimes mais hediondos.

Com o refinamento do modelo disciplinar em biopoder, cuja preocupação majoritária era o controle da vida em todas as suas dimensões, vimos o século XX herdar, ao menos inicialmente, o modelo normativo das perversões do século XIX, expresso nas primeiras duas edições do maior compêndio nosográfico da época, o DSM. No último quarto do século, contudo, vimos como esse modelo começou a ser aprimorado a cada nova edição do DSM, através da inclusão de mais dois paradigmas, o de identidade de gênero e o da performance sexual (expresso pelas disfunções sexuais). A psiquiatria se apropriou, portanto, não apenas das anomalias sexuais, mas também de suas pequenas deficiências, suas minúsculas imperfeições.

Chegamos aqui até o ponto em que os paradigmas da perversão, da performance e da identidade de gênero constituíram, no âmbito psiquiátrico, o campo da psicopatologia da vida sexual dos indivíduos. Em torno deles, ainda giram os diagnósticos, os modelos normativos de obtenção do prazer, os desvios quantitativos dos ideais do desejo (*e.g.* transtorno do desejo hipoativo), os desvios qualitativos das formas pré-concebidas de fruição do prazer (*e.g.* transtorno do masoquismo sexual). Contudo, uma breve leitura do cotidiano associada a essa compreensão histórica, nos aponta algumas pistas importantes sobre as possíveis modulações desse campo psicopatológico num futuro próximo.

É possível observar que, a partir da publicação da terceira edição do DSM no último quarto do século XX, o paradigma das perversões apresentou certa estagnação. O interesse psiquiátrico, no campo dos transtornos relacionados com a sexualidade, se voltou mais para os transtornos de performance sexual, para os quais, curiosamente as indústrias farmacêuticas desenvolveram uma série de soluções psicofarmacológicas, das quais a de maior destaque foi certamente o Viagra®. Recrudescência do paradigma de performance, estagnação e mitigação do paradigma das perversões. Decerto que os crimes de natureza sexual não encantam mais os psiquiatras de nosso século como fizeram com os do século XIX. Ao contrário, no entanto, a literatura que parece seduzir nosso início de século XXI é aquela repleta de pequenas perversões, atos de dominação sexual e moderados sadomasoquismos. Não por acaso, séries do gênero batem recordes de venda e reinventam um subtipo literário antes marginal.⁸ Além disso, os grupos BDSM (Bondage, Dominação/submissão e Sadomasoquismo) proliferam em

⁸ Ver matéria do *The New York Times* sobre o assunto em <http://www.nytimes.com/2012/03/10/business/media/an-erotic-novel-50-shades-of-grey-goes-viral-with-women.html>

todo o mundo como lugares onde os indivíduos podem experimentar e exercer desejos sexuais extravagantes de forma consentida e segura.

Ora, na medida em que essas práticas BDSM, esse modelo de literatura erótica, enfim essa dimensão dantes tida como do paradigma das perversões, pode ser incorporada sem prejuízo social à dinâmica econômica capitalista, é esperada uma mitigação do controle e da vigilância psiquiátrica neste campo. Por outro lado, o controle das performances, da intensidade do desejo e a perpétua estimulação sexual, tendem a se intensificar, na medida em que são criadas soluções psicofarmacológicas para atender a essa demanda de superdesempenho sexual. Assim, nos parece estarmos testemunhando mais uma mudança no paradigma e no modelo de gestão da sexualidade dos indivíduos baseado, doravante, numa mitigação das perversões e na intensificação do controle das performances. A tarefa, por conseguinte, parece ser a de encontrar novos meios de combater esse modelo de poder que se anuncia.

Capítulo 2: Disforia de gênero: uma genealogia da categoria psiquiátrica

O que faz com que um determinado comportamento sexual seja considerado um transtorno mental? Que nuances e especificidades capturam certa dimensão da vida sexual humana no âmbito nosológico psiquiátrico e quais permitem com que outras escapem? A partir do século XIX outorgamos à ciência o direito e o poder de determinar os limites entre uma sexualidade normal e outra patológica. Se olharmos para um determinado período histórico, é possível, a partir da análise da literatura médica-psiquiátrica da época, determinar com alguma clareza, mas não sem algum espanto, os contornos e fronteiras entre as sexualidades normal e patológica. Ao nos distanciarmos um pouco e estendermos o foco para um período um pouco mais longo, de um século para outro, por exemplo, esses contornos se tornam mais difusos, e o que antes parecia inequivocamente pertencer a um campo, migra para o outro, ou se aloja num interstício nebuloso que parece vincular-se a ambos. A pergunta inicial, portanto, recebe múltiplas respostas e, se muitas parecem confusas, não é pela falta de convicção da psiquiatria, mas talvez por seu substrato epistemológico. O que erige um transtorno sexual psiquiátrico? Seria o interesse por objetos inanimados como fonte de excitação (*American Psychiatric Association* [APA], 1980)? Ou o desejo por pessoas que não sejam do sexo oposto (APA, 1952; 1968)? Seria a falta de controle sobre a própria ejaculação (APA 1980; 1994; 2013)? Ou a incongruência entre o sexo anatômico e uma identidade de gênero (APA 1980; 1994; 2013)? Ou ainda, seria o sofrimento subjetivo em cada uma destas circunstâncias? Cada século perscrutou, diagnosticou e tratou diferentes transtornos sexuais. Somos levados a pensar que essas diferenças se devem à evolução das patologias, às novas descobertas da psiquiatria, em suma, a um misto de progresso científico e mudanças culturais. Mas quando associamos essas patologias aos momentos históricos em que se destacaram, não podemos deixar de observar sua correlação com uma estratégia, um mecanismo de poder, do qual fazem parte. Como já nos ensinou Foucault (1976/2005), se as perversões inundaram o século XIX e foram a mais proeminente classe nosológica da psiquiatria no âmbito sexual, é porque cumpriram importante papel na dinâmica do biopoder que se instaurava. Com efeito, as perversões se adstringiram à hereditariedade e à degenerescência para formar um triedro que sustentou o racismo de Estado e seus programas eugenistas (Foucault, 1976/2005).

No bojo da psiquiatria contemporânea, vemos outras duas classes nosoló-

gicas emergirem ao lado das antigas perversões: as disfunções sexuais e a disforia de gênero. Assim, as patologias da performance sexual (como o transtorno erétil e o transtorno orgásmico feminino) e de identidade de gênero se unem ao grupo dos desvios de preferência sexual (sadismo, masoquismo...), recém-batizado de transtornos parafilicos (DSM-5), para formar a constelação nosográfica moderna da sexualidade. Qual seria o papel dessas novas classes nosológicas nessa configuração? Cabe-nos indagar como elas operam nesse dispositivo de sexualidade (Foucault, 1976/2005). Neste capítulo, pretendemos focar a análise na evolução da atual categoria diagnóstica de disforia de gênero do DSM-5 ao longo da literatura psiquiátrica, a fim de questionar sua ontologia enquanto transtorno mental. Para tanto, iremos apresentar um panorama da psicopatologia sexual no âmbito psiquiátrico desde o século XIX, a fim de entendermos a disposição das principais classes nosológicas e como o fenômeno mais próximo do que designaríamos mais tarde de disforia de gênero se situava nessa configuração. Depois, analisaremos mais detidamente as modulações sofridas por essa proto-disforia de gênero na nosologia psiquiátrica – quais lugares ocupou na taxonomia psiquiátrica, sua etiologia, tratamentos e prognósticos desde o século XIX até hoje. Por fim, propomos uma compreensão desse diagnóstico a partir das bases epistemológicas que o sustentam, ou seja, a dinâmica de poder que estrutura as práticas discursivas que o reificam.

2.1. Um panorama do campo da psicopatologia sexual na psiquiatria

Desde o século XIX, a medicina se apropriou de parte da recém-inaugurada dimensão sexual do ser humano no âmbito científico e instituiu a psiquiatria como o saber guardião das anormalidades e patologias que doravante passaram a habitar essa dimensão (Foucault, 1976/2005). Assim, o século XIX testemunhou como diversos transtornos sexuais foram meticulosamente classificados e, dentre eles, certamente as perversões (ou parestesias) receberam maior destaque e foram perscrutadas à exaustão: do sadismo ao masoquismo, do fetichismo à homossexualidade, da necrofilia ao bestialismo. O menor desvio do instinto sexual natural (Krafft-Ebing, 1886/2012) era suspeito de uma patologia mais grave que poderia desencadear até um crime hediondo. A suposição de um instinto sexual, ou *nisus sexualis*, nas palavras de Heinrich Kaan,¹ segundo Foucault (1999/2002), era o princípio epistemológico que iria sustentar toda a psicopatologia sexual do século XIX:

1 Kaan, H (1844). *Psychopathia Sexualis*. Leipzig: Voss.

É a afirmação de um instinto sexual – *nisus sexualis*, diz o texto – que é a manifestação, não podemos dizer psíquica, digamos simplesmente dinâmica, a manifestação dinâmica dos órgãos sexuais. Do mesmo modo que existe um sentimento, uma impressão, uma dinâmica da fome, que corresponde aos aparelhos de nutrição, vai haver um instinto sexual, que corresponde ao funcionamento dos órgãos sexuais. É uma naturalização acentuada da sexualidade humana e, ao mesmo tempo, seu princípio de naturalização. Para esse instinto (...) a copulação (isto é, o ato sexual relacional heterossexual) é ao mesmo tempo natural e normal. (Foucault, 1999/2002, pp.353-354).

O desvio do curso natural desse instinto, que é a copulação, era o que configurava o campo das anomalias, da *psychopathia sexualis*, a qual dá nome à obra de Kaan. Krafft-Ebing (1886/2012) batizou seu livro com o mesmo título, mas seu trabalho recebeu maior notoriedade do que o de seu predecessor. Ele sistematizou uma taxonomia das psicopatias sexuais da época, distribuindo-as conforme nosografia abaixo:

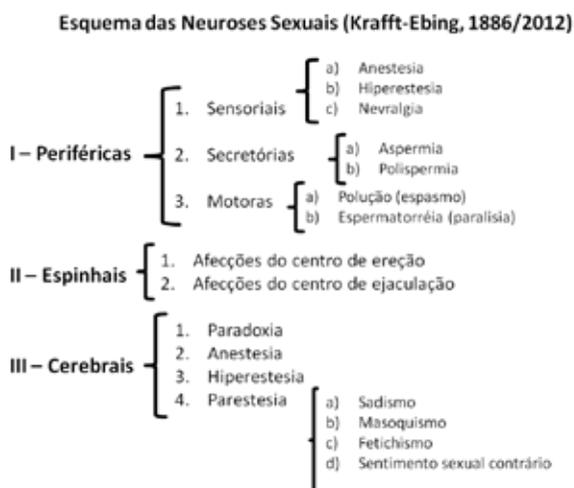


Fig.1 – Esquema das Neuroses Sexuais (Krafft-Ebing, 1886/2012).

Dentre estes grupos, certamente o das parestesias, mais popularmente conhecido como perversões, alcançou maior destaque. Elas eram definidas, em linhas gerais, como qualquer expressão sexual que não tivesse na reprodução seu objetivo último (Krafft-Ebing, 1886/2012), o que englobava uma série quase infindável de comportamentos, desde os mais exaustivamente esquadrinhados, como o sadismo, o masoquismo e a homossexualidade, até as aberrações menos convencionais, como a daqueles que violavam estátuas (*Statuenschänder*) ou a daqueles que tinham orgasmo ao barbear prostitutas ou cortar a franja de suas aman-

tes (Krafft-Ebing, 1886/2012). As perversões alcançaram notoriedade sobretudo pela conjunção entre os campos psiquiátrico e jurídico, quando ao primeiro foi outorgada a tarefa de explicar as causas, as motivações, enfim, o perfil psicológico dos autores dos crimes assombrosos da época. Nestes exames psiquiátricos que procuravam “mostrar como o indivíduo já se parecia com seu crime antes de o ter cometido” (Foucault, 1999/2002), não sem frequência, sobrelevava-se alguma perversão na etiologia do crime. Assim, casos célebres como o de Vacher,² o estripador, que assassinou, mutilou e copulou com os cadáveres de diversas de suas vítimas entre 1894 e 1897 e o do Sargento Bertrand,³ que desenterrava cadáveres para ter relações sexuais com eles e depois mutilá-los, foram utilizados para demonstrar a matriz sexual de diversos atos hediondos. Uma matriz sexual que, seja pela hereditariedade, seja pela perversão do instinto sexual, se fez presente em praticamente todos os casos de crimes abomináveis do século XIX. No recôndito do escrutínio de cada crime hediondo, um desvio sexual e/ou uma herança hereditária. E em cada desvio sexual, um crime em potencial. Assim, vemos desenharem-se o campo da psicopatologia sexual do século XIX, centrado sobretudo nas perversões como o paroxismo patológico de um instinto sexual.

A prevalência do paradigma da perversão do século XIX refletiu em sua consolidação como categoria exclusiva dos desvios sexuais nas duas primeiras versões do principal compêndio de patologias psiquiátricas, o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM). Essas versões de 1952 (DSM-I) e de 1968 (DSM-II) levaram como classe nosológica exclusiva dos desvios sexuais, a categoria das perversões. A despeito de certo menosprezo com o qual os próprios psiquiatras tratam essas versões, por considerarem-nas de essência psicanalítica e pouco científica,⁴ a importância desta categoria não pode ser negada, visto que ela permaneceu, não mais como classe exclusiva e, com pouca variação designativa, em todas as edições posteriores. É a partir da 3ª edição do DSM em 1980, contudo, que vimos surgirem mais duas classes nosológicas,⁵ além das famigera-

2 Lacassagner, A. (1899). *Vacher l'éventreur et les crimes sadiques*. Bibliothèque de criminologie XIX, Lyon, A. Storck, IV-314 p. A despeito de ter considerado Vacher responsável por seus crimes, Lacassagne aponta a perversão do instinto sexual, mais precisamente, o sadismo como o motor de seus atos.

3 Lunier, L. (1849). Examen médico-légal d'un cas de monomanie. Affaire du Sergent Bertrand. *Annales médico-psychologiques* 1. pp. 351-379. Apesar de o relatório concluir tratar-se de uma monomania instintiva, em referência à nosografia da época, há três componentes chaves do caso clínico que Lunier destaca: um estado de tristeza insólita que irá verter em lipomania, o delírio parcial que o levava a desenterrar e mutilar os cadáveres e um terceiro componente que ele chama de “*perversion de l'appétit vénérien*”, que o levava a coabitação com os mortos. Mais tarde, em releitura do caso, Krafft-Ebing (1886/2012) atribuirá à perversão do instinto do sexual a necrofilia empreendida por Bertrand.

4 Sobre essa discussão ver Lieberman (2016).

5 Uma quarta categoria aparece no DSM-III como solução diplomática (Lieberman, 2016) para o conflito da retirada da homossexualidade do Manual em 1973 (numa revisão do DSM-II): a categoria de Outros transtornos psicosexuais, que incluía a homossexualidade ego-distônica. Por se tratar de uma categoria

das perversões (doravante chamadas de parafilias):

As disfunções psicosexuais (*Psychosexual dysfunctions*), categoria que abarcava os transtornos do ciclo de resposta sexual, como o desejo sexual inibido (302.71), o orgasmo feminino inibido (302.73) e a ejaculação precoce (302.75), dentre outros. Esta é a categoria que poderíamos chamar de transtornos do desempenho sexual.

Os transtornos de identidade de gênero (*Gender identity disorders*), categoria que tratava dos transtornos relativos à incongruência entre o sexo anatômico e a identidade de gênero, entendida aqui como “consciência de que ‘eu sou homem’ ou ‘eu sou mulher’” (APA, 1980, p.261). Ela abarcava as categorias de transexualismo, transtorno de identidade de gênero na infância e transtorno de identidade de gênero atípico.

Eis, em linhas gerais, a constelação das classes nosológicas da sexualidade no âmbito psiquiátrico a partir do terceiro quarto do século XX: parafilias (perversões), disfunções psicosexuais (transtornos do desempenho sexual) e transtornos de identidade de gênero. Se tendemos a concluir que o século XX inaugurou essas duas últimas categorias é menos em função de sua ausência do século XIX do que pela recrudescência que elas experimentaram no século pós-vitoriano. De fato, aquilo que hoje tomamos por disfunções psicosexuais, os psiquiatras do século XIX já versavam acerca de. Krafft-Ebing (1886/2012) já havia descrito como neurose cerebral a anestesia sexual (ausência de instinto sexual), que no DSM-III seria enquadrada como inibição do desejo sexual (302.71); ou ainda a inibição do centro de ereção por influência cerebral, que no DSM-III seria descrita por inibição da excitação sexual ou impotência (302.72). Hammond⁶ também dedicou amplo trabalho à impotência sexual (masculina e feminina), antecipando inclusive o diagnóstico de vaginismo (306.51) do DSM-III. Por outro lado, aquilo que conhecemos no século XX como os transtornos de identidade de gênero figurava dentre a nosologia do século XIX, com nomes como sentimento sexual contrário – “*conträre sexuellempfindung*” – como denominou Westphal (1869-1870) pela primeira vez no âmbito psiquiátrico. Outras designações povoaram ainda a psiquiatria, como eviração (com seu equivalente feminino - defeminação) ou efeminação, que ocupavam um certo nível na escala do instinto sexual antipático, do qual faziam parte a homossexualidade e o hermafroditismo psíquico (que hoje chamaríamos de bissexualidade) (Krafft-Ebing, 1886/2012). Como podemos ver, a eles não era reservada uma categoria singular, sendo ainda

escusa, fruto de um arranjo epistemológico malfeito que não experimentou perenidade nas demais versões, não a destacamos aqui.

6 Hammond, W.A (1887). *Sexual Impotence in the Male and Female*. Detroit: George S. Davis.

pertencentes à grande classe das parestesias ou perversões.

O fato de os transtornos de identidade de gênero estarem associados ao campo da perversão, enquanto subclasse do instinto sexual antipático, e das disfunções psicosssexuais não terem sido o principal foco da psiquiatria vitoriana demonstra a configuração da mecânica de poder da época. A perversão recebeu maior destaque porque juntamente com a hereditariedade e a degenerescência formava a base de uma tecnologia social cujo expoente eram os programas eugenistas:

A medicina das perversões e os programas de eugenia foram, na tecnologia do sexo, as duas grandes inovações da segunda metade do século XIX. Inovações que se articulavam facilmente, pois a teoria de “degenerescência” permitia-lhes referirem-se mutuamente num processo sem fim; ela explicava de que maneira uma hereditariedade carregada de doenças diversas – orgânicas, funcionais ou psíquicas, pouco importa – produzia, no final das contas, um perverso sexual (faça-se uma busca na genealogia de um exibicionista ou de um homossexual e se encontrará um ancestral hemiplégico, um genitor tísico ou um tio com demência senil): mas explicava, também, de que modo uma perversão sexual induzia um esgotamento da descendência – raquitismo dos filhos, esterilidades das gerações futuras. O conjunto perversão-hereditariedade-degenerescência constituiu o núcleo sólido das novas tecnologias do sexo. (...) Toda uma prática social, cuja forma ao mesmo tempo exagerada e coerente foi o racismo de Estado, deu a essa tecnologia do sexo um poder temível e longínquos efeitos. (Foucault, 1976/2005, p. 112).

Se, como diz Foucault (1974/2006), os dispositivos de poder produzem as práticas discursivas, essa reconfiguração que a psiquiatria experimentou no campo da psicopatologia sexual a partir do DSM-III também deve ser entendida como uma mudança na mecânica de poder. O resgate e a reformulação dos transtornos de desempenho (disfunções psicosssexuais) apontam para um alargamento do campo de atuação psiquiátrica que não se restringirá mais tão somente aos perversos, àqueles de comportamentos e preferências sexuais insólitos, mas se estenderá às pessoas médias, de sexualidade “normal”, cujos desempenhos passam a ser analisados segundo a métrica do ciclo de resposta sexual. Russo (2013) analisou bem o contexto de entrada das disfunções psicosssexuais no DSM-III, na década de 80: herdeira da segunda onda sexológica que se desenvolveu sobretudo no EUA do pós-guerra, essa introdução se dá numa virada epistemológica da sexologia, na qual os sexólogos passaram a se ocupar mais do orgasmo do que das perversões sexuais. A sexualidade, a essa época, foi desassociada de sua finalidade reprodutiva, o instinto sexual pressuposto nos indivíduos não tinha mais na

procriação seu propósito, mas no orgasmo o seu desígnio. A base epistemológica do *nisus sexualis* de Kaan foi deslocada de uma filogenia, cujo fim recaía sobre a reprodução da espécie, para uma ontogenia, cujo objetivo fixava-se no orgasmo como resolução de um funcionamento fisiológico natural.⁷ O baluarte epistemológico da categoria das disfunções psicosexuais erigida na 3ª edição do DSM assentou-se nas teorias Masters e Johnson,⁸ mais especificamente no conceito de ciclo de resposta sexual. Esse conceito, inicialmente descrito pelos autores pelas fases de 1) Excitação, 2) Platô, 3) Orgasmo e 4) Resolução foi ligeiramente adaptado no DSM-III (APA, 1980) para 1) Apetência: Fase das fantasias e de desejo de ter relações sexuais. 2) Excitação: Consiste da sensação subjetiva de prazer sexual acompanhada de mudanças fisiológicas. 3) Orgasmo: Pico do prazer sexual com relaxamento da tensão sexual e ejaculação, no caso dos homens. 4) Resolução: Sensação de relaxamento geral e de bem-estar.

A partir dessa descrição, que irá estruturar todas as disfunções sexuais do manual (desejo sexual inibido, dispareunia, ejaculação precoce, etc.), podemos observar a mudança do substrato epistemológico da sexologia de um instinto sexual reprodutivo para um instinto sexual orgásmico, estruturado em um ciclo de resposta sexual normal. Associada a essa orgasmologia, temos o fortalecimento da indústria farmacêutica nos EUA como fatores preponderantes para a consolidação das disfunções psicosexuais no manual. A emenda da legislação americana em 1962 passou a submeter o licenciamento de novas drogas pela *Food and Drug Administration* (FDA) a um padrão de testagem de ensaios clínicos, a fim de comprovar a eficácia dos medicamentos que poderiam ser comercializados naquele país. Esse modelo de testagem exigia o desenvolvimento de diagnósticos padronizados, fazendo da proposta do DSM-III a solução ideal no campo dos transtornos mentais, já que o DSM-III se orientava por princípios classificatórios similares, baseados em estudos transversais prolongados. Tautologia inextricável, onde a indústria farmacêutica seria a principal entusiasta e financiadora do DSM,⁹ enquanto este seria seu principal agente de mercado, delimitando uma carteira cada vez maior de clientes. É essa mecânica de poder que propiciou o resgate das disfunções sexuais: o estabelecimento de uma orgasmologia como fundamento da sexologia e a possibilidade de atuar sobre um contingente cada vez maior de

7 Para mais sobre este tema, ver Béjin, A. (1985). "Crepúsculo dos psicanalistas, manhã dos sexólogos". In: Ariés, P.; Béjin, A. (Orgs.). *Sexualidades ocidentais - contribuições para a história e para a sociologia da sexualidade*. 3. ed. São Paulo: Brasiliense, pp. 210-235.

8 Masters, W.H; Johnson, V.E. (1966). *Human sexual response*. Oxford, England: Little, Brown.

9 Sobre esta relação, recomendamos a leitura dos trabalhos de Allen Frances, coordenador responsável pela equipe que elaborou o DSM IV e que, posteriormente tornou-se um dos maiores críticos do manual. Frances, A. (2016). *Voltando ao normal*. Rio de Janeiro: Versal Editores.

corpos, seja pelas psicoterapias ou mais tarde, de forma mais eficaz, pela via da medicina sexual,¹⁰ da qual as disfunções sexuais seriam o fundamento.

Assim, podemos começar a vislumbrar um panorama geral da psicopatologia sexual do final século XX: ela herdou do século XIX o paradigma patológico das perversões e anexou a este as disfunções psicosssexuais e os transtornos de identidade de gênero. As perversões cumpriram importante papel até a primeira metade do século XX, mas esmaeceram em relevância no campo psiquiátrico e é possível que seu fim esteja próximo.¹¹ As disfunções sexuais fundaram a medicina sexual e sua articulação com a indústria farmacêutica tende a manutenção e quiçá a recrudescência desta categoria no âmbito da psicopatologia sexual, na medida em que novas drogas forem sendo desenvolvidas (como é o caso do Addyi®, popularmente conhecido como “Viagra feminino”). Resta-nos interrogar sobre a categoria dos transtornos de identidade de gênero. Como ela foi erigida em meio à nosografia psiquiátrica? Que função esta ocupa no âmbito da psicopatologia da sexualidade? É o que pretendemos analisar a partir do próximo tópico.

2.2 De Westphal à Krafft-Ebing: as sexualidades abjetas e o caldo de perversões.

Foucault (1976/2005) propôs como data inaugural da homossexualidade na psiquiatria o ano de 1870, quando da publicação do famoso artigo de Westphal (1833-1890), *Die conträre Sexualempfindung, Symptom eines neuropathischen (psychopathischen) Zustandes* (1869-1870).¹² A despeito de o artigo em questão focar menos na atração sexual dos pacientes por pessoas do mesmo sexo do que numa inversão entre masculino e feminino, a introdução do termo *conträre Sexualempfindung* (sentimento sexual contrário) foi um marco conceitual que influenciou toda uma geração de psiquiatras¹³ que estudou (inicialmente, de forma indiscriminada) os fenômenos que mais tarde chamaríamos de transvestismo,

10 Russo (2013) aponta a medicina sexual como a terceira onda sexológica, iniciada a partir da publicação do DSM III na década de 1980, na qual se observa uma recrudescência das pesquisas científicas no campo da disfunção erétil masculina, a qual veio a culminar no lançamento do Viagra® em 1998.

11 Em outro trabalho desenvolvemos essa hipótese, ver Rezende, W. ; Winograd, M. (2017). 50 tons de poder: a psicopatologia da vida sexual. In: Rodrigo Sanches Peres; Francisco Hashimoto, Marcos Mariani Casadore; Matheus Viana Braz. (Org.). *Sujeito contemporâneo, saúde e trabalho: múltiplos olhares*. 1ed. São Carlos: EdUFSCar, v. 1, p. 111-134. A 11ª versão da Classificação Internacional de Doenças (CID 11) lançada em junho de 2018 já aponta nesta direção, visto que retirou do grupo de transtornos parafilicos as tradicionais categorias de fetichismo, transvestismo fetichista e masoquismo.

12 Sentimento sexual contrário, sintoma de uma condição neuropática (psicopática).

13 Dentre os mais notórios, podemos citar Krafft-Ebing (1886/2012), Moll, A. (1893). *Die konträre Sexualempfindung*. Berlin: Fischer e Ellis, H. (1927). *Studies in the Psychology of Sex, Vol.2, Sexual inversion*. 3ª Ed. Oxford: Butterworth-Heinemann (Originalmente publicado em 1900).

homossexualidade e transtorno de identidade de gênero.

Westphal (1869/1870) em seu artigo apresentou dois casos do chamado sentimento sexual contrário, o primeiro da senhorita N, 35 anos, que deu entrada na ala psiquiátrica do hospital universitário de Charité, em Berlim, em 1864, com um encaminhamento médico que alegava que a paciente sofria, desde os 8 anos de idade, de uma fúria para amar mulheres. Ela havia tido uma paixão não correspondida por uma das alunas do internato que sua irmã mais velha havia fundado. A desilusão desse amor desencadeou episódios alternados de extrema exaltação e depressão, os quais ensejaram sua internação. Westphal defendeu tratar-se de um caso de sentimento sexual contrário inato, já que a sensação de representar uma existência masculina com interesse sexual voltado para meninas havia se manifestado desde muito cedo, sem qualquer sinal de delírio. A despeito da homossexualidade patente do caso, o foco do autor é o ‘estranho fenômeno do sentimento sexual contrário’, que se apresenta na forma de uma inversão sexual, de uma mulher que sempre se sentia como homem, que desde cedo brincava e se vestia como menino “(...) no geral, me sinto como um homem e gostaria de ser um; eu sempre odiei trabalhos femininos, eu gostaria de ter um trabalho masculino, por exemplo, eu sempre me interessei por engenharia mecânica”. (Westphal, 1869-1870, p. 80).

A assunção da hipótese inatista associada à ausência de delírios, contudo, não condiciona o fenômeno isoladamente. Westphal destacou certa comorbidade com a insanidade cíclica (*folie circulaire*),¹⁴ e certo grau de fraqueza mental da paciente, que delineia todo um quadro clínico psiquiátrico, no qual o fenômeno do sentimento sexual contrário irá se inserir:

Provavelmente estamos lidando com uma menina que, desde a juventude, tem sofrido de um certo grau de fraqueza mental e, por conseguinte, o estranho fenômeno do sentimento sexual contrário que se fez presente nela desde os oito anos de idade, se encaixa com uma série de perversidades inatas do sentimento, da imaginação e da ação, que observamos serem comuns em outros casos de fraqueza mental inata – especialmente naqueles tidos preferencialmente por insanidade moral. Mais tarde, a anteriormente citada forma periódica do distúrbio mental se desenvolveu sobre essa base, no estágio maníaco do qual emergiam excitações sexuais cuja meta correspondia àquela da perversidade inata do sentimento sexual. Como causa do estado patológico da paciente, podemos apontar justificadamente para a hereditariedade: o pai tirou a própria vida em um surto de distúrbio mental melancólico. Se os traços patológicos também estão presentes nos irmãos da paciente, o que poderia ter apoiado essa suposição, não pôde ser determinado. (Westphal, 1869-1870, pp. 96-97).

14 Condição que se aproxima daquilo que atualmente conhecemos por transtorno bipolar. Termo cunhado por Falret, J.P. (1851). De la folie circulaire ou forme de maladie caractérisée par l'alternative régulière de la manie e de la mélancholie. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, 19, pp.382-400.

O segundo caso reportado reforça a hipótese de um quadro patológico amplo no qual o sentimento sexual contrário se insere. Trata-se de Ha..., que foi preso vestido de mulher após uma série de pequenos furtos e foi encaminhado a Charité por conta de ataques epiléticos com sangramento pulmonar. Westphal sustenta não se tratar de um ladrão que usava o disfarce feminino para cometer seus delitos e fraudes, mas sim de um doente mental com tendências perversas, cuja inversão do sentimento sexual se deu apenas num determinado nível, visto que Ha... não apresentava interesse sexual por homens e jamais havia se envolvido sexualmente com eles:

O segundo caso por nós reportado se refere a uma pessoa que, desde a sua juventude, afirma ter sentido um impulso especial de vestir roupas femininas e tem uma tendência para agir como mulher, se relacionando no meio feminino nestes trajés. Ele alegou não ter tendência sexual alguma para com os homens, e afirma nunca ter se deixado usar por eles. (Westphal, 1869-1870, pp. 97-98).

Mais a frente, o diagnóstico:

Eu considero Ha... como sendo uma pessoa débil mental, cuja imbecilidade manifesta-se preferencialmente na forma de uma insanidade moral, e que sofreu desde muito jovem de uma reversão do sentimento sexual análogo a outras perversidades patológicas, uma manifestação que talvez surja periodicamente com maior intensidade em conexão com outras tendências perversas (como roubar). Os ataques convulsivos teriam que ser vistos como parte integrante das manifestações da doença, desde que eles não fossem simulados. (Westphal, 1869-1870, p. 106).

Neste segundo caso fica mais evidente que o fenômeno que Westphal tenta descrever não se restringe a uma inversão do desejo sexual, à homossexualidade especificamente, visto que Ha... não narrava qualquer envolvimento sexual com pessoas do mesmo sexo e, segundo seu relato até teria se envolvido com mulheres. De fato, esse aspecto é melhor ainda esclarecido na escolha do termo:

Eu escolhi o termo “sentimento sexual contrário” por sugestão de um respeitado colega que se destacou no campo da filologia e do estudo da antiguidade, depois de não termos conseguido chegar a um nome menor e mais preciso. Ele pretende expressar o fato de que o desejo sexual como tal nem sempre estará necessariamente envolvido, mas sobretudo o sentimento de todo o seu ser interior estar alienado de seu próprio sexo, mais ou menos como um estágio subdesenvolvido do fenômeno patológico. (Westphal, 1869-1870, p.107).

O autor conclui com uma observação e a proposta para aprofundamento de duas questões em futuras investigações: 1) Investigar se o fenômeno do sentimento sexual contrário seria uma condição psicopática (por envolver prevalentemente aspectos psicológicos) ou neuropática, por ter suas raízes num desequilíbrio do sistema nervoso central. Westphal aposta mais na última hipótese, como

o próprio título sugere. 2) Se o fenômeno pode ser verificado totalmente isolado de outras manifestações patológicas, como uma entidade distinta de um quadro patológico maior (que envolva outras comorbidades, como a *folie circulaire* do primeiro caso ou a imbecilidade do segundo). Quanto à observação, ele destaca que não tem qualquer intenção de patologizar todos aqueles que infringiam o §143 do código penal prussiano, que criminalizava a fornicação antinatural (*wiedernatürliche Unzucht*), da qual fazia parte a relação homossexual,¹⁵ mas reforça que muitos dos perversos que deveriam estar sob os cuidados médicos acabam na cadeia em função desta lei.

Podemos observar no texto de Westphal que o conceito psiquiátrico introdutório de sentimento sexual contrário era bastante amplo e genérico: não se tratava apenas de uma simples inversão do desejo sexual – cuja base epistemológica do *nisus sexualis* de Kaan pressupunha um objeto heterossexual natural – mas de uma inversão, de um desacordo de todo o ser interior, de toda identidade do indivíduo em relação à natureza de seu sexo. É como se essa patologia, que ele supunha neuropática, agisse sobre a forma de o indivíduo se reconhecer como homem ou mulher, sobre seus caracteres sexuais secundários (tom de voz e traços físicos), sobre suas preferências (masculinas ou femininas), e, finalmente (mas não necessariamente), sobre seu desejo sexual. Assim, de uma só tacada, ele agrupava vários fenômenos numa única categoria, distintos apenas em nuances de grau (as quais ele não especificou com precisão): aquilo que mais tarde chamaríamos de transvestismo (como parece ser o segundo caso narrado pelo autor), o transtorno de identidade de gênero e o homossexualismo, todos eles seriam uma variação de uma mesma patologia agora batizada de sentimento sexual contrário. Westphal não inaugurou apenas a homossexualidade no âmbito psiquiátrico, como sugeriu Foucault (1976/2005), mas toda uma série de patologias que seriam isoladas e esquadrinhadas posteriormente.

Krafft-Ebing (1840-1902) talvez seja o autor que melhor popularizou o tema das perversões - dentre elas o sentimento sexual contrário, não somente no âmbito acadêmico, onde era citação imprescindível nos estudos sobre sexualidade, mas entre o público leigo onde teve imensa repercussão, apesar de escrever diversas passagens de sua obra em latim com propósito declarado de desestimular a leitura da obra por não letrados. Apesar das aspirações clínico-forenses assumidas no próprio título da obra,¹⁶ ela serviu como uma espécie de livro de autoajuda do século XIX, onde os leitores se identificavam com os diagnósticos e

15 Código penal prussiano de 1851, disponível em <http://www.koeblergerhard.de/Fontes/StrafgesetzbuchPreussen1851.pdf>. Acesso em 15/11/2018.

16 Cujo título original em alemão – *Psychopathia Sexualis, eine Klinisch-forensische Studie* foi ampliado a partir da 4ª edição em 1889 para *Psychopathia Sexualis, mit besonderer Berücksichtigung der conträren*

escreviam cartas ao autor relatando seus próprios casos, como ele mesmo descreve no prefácio da 12ª edição.

Krafft-Ebing (1886/2012) sistematizou, no estudo do sentimento sexual contrário, os graus e variações aos quais Westphal apontou sem, contudo, os aprofundar. Ampliando inicialmente a concepção inatista de Westphal, ele dividiu o sentimento sexual contrário entre congênito e adquirido, sendo este último ainda relacionado à degenerescência e alguma pré-disposição ou a fatores externos:

*Uma vez que, na maioria desses casos, o indivíduo sujeito à perversão do sentimento sexual apresenta uma predisposição neuropática em diversas direções, e esta última está relacionada com condições degenerativas hereditárias, essa anomalia do sentimento psicosexual pode ser chamada clinicamente de um sinal funcional de degeneração. Essa sexualidade perversa aparece espontaneamente, sem uma causa externa, com o desenvolvimento da vida sexual, como uma manifestação individual de uma forma anormal da *vita sexualis*, e se apresenta como um fenômeno congênito; ou ela se desenvolve sobre uma sexualidade que era normal no início, como resultado muito preciso de influências perniciosas e, portanto, aparece como anomalia adquirida. (Krafft-Ebing, 1886/2012, p.187).*

Dentro da categoria de sentimento sexual contrário adquirido, Krafft-Ebing (1886/2012) distinguiu quatro níveis patológicos:

- 1) Simples reversão do sentimento sexual: Quando há interesse sexual em pessoas do mesmo sexo, sem qualquer alteração, contudo da personalidade e identidade sexual.
- 2) *Eviratio e defeminatio*: Perda das características masculinas (eviração) ou femininas (defeminação). Nesse estágio mais avançado de transformação da personalidade, o indivíduo passa a assumir o papel oposto ao seu sexo, porém ainda se reconhece no seu sexo.
- 3) Estágio de transição para a metamorfose sexual paranoica: Neste estágio de desenvolvimento patológico, as sensações corporais são totalmente transformadas, de forma que o sujeito se percebe como pertencendo ao sexo oposto, como se fosse uma alma feminina num corpo masculino e vice-versa.
- 4) Metamorfose sexual paranoica: Estágio final no delírio de transformação sexual, onde o indivíduo acredita estar assumindo a forma do sexo oposto, apresentando alucinações e delírios particulares ao processo (ouvir vozes afirmando que o indivíduo pertence ao outro sexo, acreditar ser um personagem do sexo oposto de alta classe, sentir-se grávido, etc.).

A categoria do sentimento sexual contrário congênito também se diferencia em quatro estágios, bastante similares aos anteriores, distinguindo-se em

Sexualempfindung. Eine Klinisch-forensische Studie – Psicopatía sexual, com especial consideração ao sentimento sexual contrário. Um estudo clínico-forense.

alguns pontos, sobretudo no início da manifestação dos sintomas, que remete à mais tenra idade:

1) Hermafroditismo psicosssexual: o indivíduo demonstra traços heterossexuais, mas a disposição homossexual é predominante.

2) Homossexualidade congênita ou uranistas:¹⁷ o indivíduo nunca demonstrou qualquer interesse pelo sexo oposto, mas sua identidade e personalidade permanecem em acordo com seu sexo original.

3) Efeminação e viragindade: Neste grupo, a personalidade psíquica dos indivíduos está em desacordo com seu sexo original desde a mais tenra infância. Meninas apresentam gosto por brincadeiras e modos de vestir masculinos e vice-versa. Na vida adulta, seus impulsos sexuais estão voltados para o mesmo sexo, uma vez que eles se consideram pertencentes ao sexo oposto (e.g. homens que se percebem mulheres e se apaixonam por homens). Não estão presentes sintomas de delírios ou alucinações.

4) Androginia e ginandria: Indivíduos que apresentam não apenas a personalidade do sexo oposto, mas desenvolvem traços físicos em desacordo com seu próprio sexo (voz, pelos, estrutura esquelética, etc.), mesmo que os genitais tenham o desenvolvimento correto.

Eis aí, de forma bem concisa e esquemática, a configuração que Krafft-Ebing propunha para a teoria do sentimento sexual contrário. Trata-se de uma parestesia, perversão do instinto sexual natural que visa à procriação, uma patologia da mesma espécie que o sadismo, o masoquismo ou fetichismo, resultante da degeneração e da hereditariedade, frequentemente induzida ou recrudescida pelo onanismo que, se não tivesse a prevenção e o tratamento adequados, teria trágicos e duradouros efeitos sobre as vidas desses indivíduos e seus eventuais descendentes. Entre gays, lésbicas, travestis, disfóricos de gênero e etc., vemos um verdadeiro caldo de perversões que se distinguia basicamente pelo grau de degenerescência e por ser inato ou adquirido.

Todas essas manifestações, contudo, eram de certa forma, variações mal-acabadas do paroxismo do sentimento sexual contrário – a inversão patológica do masculino em feminino e vice-versa. Aqueles que desejavam pessoas do mesmo sexo, ou tinham interesses ou a sensação de pertencer ao universo do sexo oposto, ou mesmo aqueles que apenas gostavam de indumentar-se com trajes que não condiziam com os esperados para o seu sexo, todos estes eram perversos degenerados cuja patologia ainda não tinha evoluído até o seu ápice. Isso é

¹⁷ Em referência a Karl Heinrich Ulrichs, escritor e ativista alemão pela descriminalização da homossexualidade, a qual chamava de uranismo. Escreveu extensa obra sobre o tema, da qual podemos destacar a coletânea – Ulrichs, K. H. (1865). *Forschungen über das Räthsel der mann-männlichen Liebe. I-V* – Investigações sobre o enigma do amor entre homens.

importante de destacarmos: a base biologizante da sexualidade, o *nisus sexualis* que ancorava toda essa teoria do sentimento sexual contrário associava inextricavelmente identidade e impulso sexual. Ora, admitia-se a divisão das espécies em macho e fêmea, ambos dotados de um *nisus sexualis*, que correspondia ao impulso gerado por seus órgãos sexuais para buscar aqueles do sexo oposto: um impulso masculino que ansiava pelo feminino e vice-versa. Na medida em que este impulso era pervertido, e que o impulso masculino se invertia em feminino, toda a personalidade acompanharia (mais cedo ou mais tarde) essa inversão. A total inversão, desde a reversão do desejo sexual natural, passando pela personalidade até a alteração de algumas características sexuais e fisiológicas, era o resultado do progresso, do curso natural dessa patologia. O invertido perfeito era uma espécie de junção entre homossexualidade com incongruência de gênero e traços travestis, uma mulher com pênis ou um homem com vagina.

Krafft-Ebing forneceu outra contribuição à clínica do sentimento sexual contrário: se Westphal ocupou-se sobretudo pela descrição, nomeação do diagnóstico e definição de sua etiologia, Krafft-Ebing, além de estabelecer uma nosografia para o sentimento sexual contrário, propôs as diretrizes diagnósticas, os métodos profiláticos e terapêuticos para esta patologia. Como diretriz diagnóstica, Krafft-Ebing (1886/2012) propôs a anamnese, a fim de determinar primeiramente se se tratava de sentimento sexual contrário congênito ou adquirido, visto que o prognóstico, neste último caso era mais favorável. Para ambos os casos, contudo, a profilaxia era o melhor caminho:

A profilaxia dessas condições se torna o mais importante – para os casos congênitos, proibição da reprodução desses desafortunados; para os casos adquiridos, proteção contra as influências perniciosas cuja experiência nos ensina poder levar fatalmente à inversão do sentimento sexual. (Krafft-Ebing, 1886/2012, p.320).

Com relação ao tratamento, em linhas gerais, ele propôs:

- 1) Prevenção do onanismo e outras influências negativas à vida sexual normal.
- 2) Tratamento da neurastenia sexual decorrente das condições insalubres da vida sexual.
- 3) Tratamento mental, com repressão aos impulsos homossexuais e fortalecimento dos sentimentos heterossexuais. Neste ponto, o método mais utilizado por Krafft-Ebing era a hipnose, que incluía a sugestão para a busca por intercursos sexuais com pessoas do sexo oposto. Além disso, também havia a prescrição para relacionar-se com mulheres e para o casamento.

Como o próprio Krafft-Ebing reconheceu, este tratamento estava limitado em sua eficácia aos dois primeiros níveis do sentimento sexual contrário; podemos dizer aos homossexuais que não apresentavam discordância com sua identidade sexual, mas apenas desejavam pessoas do mesmo sexo. Aquilo que mais tarde passaríamos a denominar por transtorno de identidade de gênero poderia, pela análise dos relatos e anamneses, ser enquadrado, não sem algumas ressalvas, no terceiro e quarto níveis da nosografia de Krafft-Ebing, como podemos ver no exemplo do terceiro estágio de sentimento sexual contrário adquirido:

Caso 99 – (...) “tinha dois ou três amigos com quem me dava bem, mas gostava de brincar com as irmãs deles, que sempre me tratavam como uma menina, o que de início não me incomodava. Eu já devia estar no caminho de me tornar igual a uma menina.” (...) “Mas mesmo na noite de núpcias, senti que era apenas uma mulher na forma de homem, sob a minha pele jazia uma mulher.” (...) “Desde a completa efeminação, as principais mudanças que observei em mim são: 1) O sentimento constante de ser uma mulher dos pés à cabeça. 2) O sentimento constante de ter genitais femininos. 3) A periodicidade das regras mensais. 4) A ocorrência regular do desejo feminino, embora não dirigido a nenhum homem em particular. 5) O sentimento feminino passivo no coito. 6) Depois disso, o sentimento de fecundação. 7) O sentimento feminino ao pensar no coito. 8) Ao ver mulheres, o sentimento de pertencer à sua espécie, e o interesse feminino por elas. 9) Ao ver homens, o interesse feminino por eles. (...)” (Krafft-Ebing, 1886/2012, pp.203-214).

Ou no terceiro estágio da condição congênita:

Caso 119 – (...) “Assim que pude, até certo ponto, pensar de forma independente e entender a diferença entre os sexos, era meu segredo e desejo fixo me tornar uma menina. De fato, eu acreditava ser uma. Mas quando, durante o banho, eu via os mesmos genitais em outros meninos, a impossibilidade do meu pensamento se tornava evidente. Eu atenuei meu desejo e passei a esperar que fosse ao menos um hermafrodita.” (...) “e ansiava por estar no lugar de mulher que, tal como os jornais anunciavam com frequência, fora criada como homem por acidente e depois devolvida ao seu sexo. O reconhecimento posterior da minha masculinidade pôs fim nesse sonho e não me trouxe nenhum prazer especial. Eu tentei destruir minhas glândulas sexuais apertando-as gradualmente, mas a dor me impediu”. (Krafft-Ebing, 1886/2012, pp. 282-283).

E ainda, no último nível da condição congênita:

Caso 129 – (...) Sua falta de inclinação por atividades masculinas e sua preferência por divertimentos femininos foram notados desde cedo. (...) Junto com essas manifestações de uma mente originalmente anormal e defeituosa, havia inclinações evidentes de sentimentos sexuais perversos, também assinalados na condição somática do paciente. Sexualmente, o paciente se sentia uma mulher em relação aos homens e tinha inclinações por pessoas do próprio sexo, com indiferença, se não rejeição, pelas mulheres. (...) Sua aparência externa e também postura, forma, gestos, maneiras e modo de vestir eram notáveis e lembravam claramente a forma e as características femininas. (...) O exame físico revelou um corpo de incontestável forma feminina. Os genitais externos eram bem, desenvolvidos, embora o testículo esquerdo tivesse permanecido no canal; o crescimento de pe-

los no mons veneris era escasso e este último era incomumente rico em gordura e proeminente. A voz era aguda e sem timbre masculino. (Krafft-Ebing, 1886/2012, pp.305-307).

Para estes que chegaram a tal ponto de degeneração, de inversão do *nisus sexualis*, de toda a identidade sexual, restava apenas a profilaxia para garantir que sua herança não se perpetrasse. Aos que, seja pela congenialidade, seja pelas influências externas negativas, atingiram os menores níveis dessa perversão, cabia à psiquiatria a tarefa de tentar restabelecer seu impulso sexual natural (voltado para pessoas do sexo oposto), bem como a sincronia entre a personalidade (masculina ou feminina) com seu sexo original.

2.3. De Magnus Hirschfeld a Harry Benjamin: da alcova das perversões aos fenômenos trans.

Magnus Hirschfeld (1868-1935) trouxe significativas contribuições à sexologia da época, não apenas no plano taxonômico, introduzindo importantes diferenciações nos fenômenos antes agrupados no conceito geral de sentimento sexual contrário, mas também no político e epistemológico, com o combate à criminalização e à patologização da homossexualidade. Ele não somente cunhou o termo transsexualismo psíquico (*seelischen Transsexualismus*) (1923), como introduziu e diferenciou inicialmente o travestismo (*Transvestitismus*) (1910/1925) como um fenômeno distinto e independente do sentimento sexual contrário ao qual Krafft-Ebing e outros o atribuíam:

Uma vez que impulsos semelhantes para a efeminação e masculinização, tais quais os observados aqui, foram descritos apenas no âmbito do sentimento sexual contrário, nós, a princípio, estávamos inclinados a supor que tínhamos a homossexualidade, mesmo que inconsciente, diante de nós. Contudo, avaliações mais precisas revelaram que este não era o caso, porque o principal marcador da homossexualidade, como a etiologia da palavra – homos, ou mesmo – indica, é a orientação do impulso sexual para pessoas do mesmo sexo. Vimos, na maioria dos nossos casos que não havia qualquer traço disso que, por outro lado, havia uma antipatia ainda maior do que normalmente aparece em outros heterossexuais. (Hirschfeld, 1910/1925, pp.187-188).

Além de descolar o travestismo da homossexualidade, Hirschfeld o afastou ainda do grande campo das perversões ao qual o fenômeno era associado, distinguindo-o do fetichismo e do masoquismo, bem como da metamorfose sexual paranoica descrita por Krafft-Ebing (1886/2012). De fato, Hirschfeld (1910/1925) elaborou a tese dos estágios intermediários (*Zwischenstufen*) para explicar não apenas o travestismo, mas todas as variações sexuais dos ideários masculino e feminino possíveis, seja no âmbito biológico, seja no psíquico. Par-

tindo da teoria da bissexualidade natural biológica, Hirschfeld (1910/1925) defendeu que os cromossomos carregavam ambas as substâncias masculina e feminina em toda a sua cadeia estrutural e, tal qual o aparelho genital poderia desenvolver-se como masculino, feminino ou misturado (à época ainda chamado de hermafroditismo), as características sexuais secundárias também o poderiam e, de certa forma, à revelia da estrutura genital. Isso também seria válido para o impulso sexual e para as características psíquicas. Assim, uma mulher, no sentido ordinário, poderia se formar sem seios (andromastia) ou um homem poderia desenvolver-se com os seios tipicamente femininos (ginecomastia), bem como uma mulher poderia desenvolver desejo pelo próprio sexo, pelo oposto ou por ambos, ou um homem poderia desenvolver características psíquicas totalmente femininas: sendo todas essas variações naturais. Assim, Hirschfeld (1910/1925) estabeleceu quatro grupos principais, subdivididos em mais quatro cada um, para identificar as possíveis variações dos estágios intermediários:¹⁸

<p>Grupo de Características A (Atributos sexuais primários)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Célula germinativa A1 2. Trompas ou canal deferente A2 3. Protuberância sexual A3 4. Canal sexual A4 	<p>Grupo de Características B (Atributos sexuais secundários)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cabelo B1 2. Laringe B2 3. Mama B3 4. Pelvis B4
<p>Grupo de Características C (Atributos sexuais terciários)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Orientação C1 2. Modo de aproximação C2 3. Disposição (forma de sentir-se) C3 4. Modo de agir C4 	<p>Grupo de Características D (Atributos sexuais quaternários)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Vida emocional D1 2. Forma de pensar D2 3. Ocupação D3 4. Vestuário D4

Quadro 1 – Quadro de análise dos atributos sexuais de Hirschfeld.

Considerando que cada atributo, dentro de cada grupo poderia ter três diferentes possibilidades (masculino, feminino ou misto), Hirschfeld concluiu, pela análise combinatória dos grupos, que havia 43.046.721 variações possíveis dos estágios intermediários. Assim, a probabilidade estatística de um sujeito ser total e exclusivamente masculino ou feminino seria de apenas 1 em 43.046.721, ou seja de 0,0002%, o que o levou concluir que não era a variação em si que é patológica, visto que a pluralidade biológica não fixava uma norma estatística:

¹⁸ Versão original do quadro no Anexo I.

Se as pessoas enxergam precipitadamente os estágios intermediários como patológicos – em minha opinião, um ponto de vista insustentável para um biólogo darwinista – ou consideram patológicas apenas as características mais acentuadas de masculinidade em uma mulher e feminilidade em um homem, tomando os graus mais fracos como fisiológicos – caso em que seria difícil traçar uma linha entre os tipos de mesclagem imperceptíveis – ou interpretam todos esses estágios intermediários como variedades sexuais e fazem do conceito de patológico dependente de outras instâncias como, por exemplo, daquelas relativas ao prejuízo da maturidade e da liberdade sexuais – tudo isso são apenas escolhas secundárias diante do fato de termos de admitir os estágios intermediários como um importante e disseminado fenômeno natural (Hirschfeld, 1910/1925, pp.292-293).

Vemos aí alguns cortes epistemológicos importantes promovidos por Hirschfeld. Primeiramente, no arranjo taxonômico dos fenômenos, distinguindo o travestismo da homossexualidade ou do sentimento sexual contrário, o que de fato fissurou a unidade e a homogeneidade do diagnóstico, escandindo-o em diversas outras categorias independentes. Ao elaborar a teoria dos estágios intermediários e dividir a dimensão sexual do indivíduo em quatro grupos distintos independentes (dois biológicos e dois psíquicos), Hirschfeld impôs uma divisão e categorização claras de diferentes fenômenos, permitindo inclusive fixar etiológicamente a homossexualidade no grupo de orientação sexual. Indivíduos que tivessem desejo sexual por pessoas do mesmo sexo poderiam ser considerados homossexuais, mas isso não mais levaria a supor que estes mesmos indivíduos desejariam travestir-se com as roupas do sexo oposto ou comportar-se como pessoas do sexo oposto ou mesmo desejar transformar-se no sexo oposto.

Em segundo lugar, vemos uma proposição interessante quanto à etiologia dos fenômenos. Por não tomá-los de saída como patologias, Hirschfeld (1910/1925) não colocava na origem deles as famigeradas degenerescência e hereditariedade, mas considerava, como vimos na teoria dos estágios intermediários, tratar-se de variações biológicas naturais. Em terceiro lugar, e em função deste último, vemos um deslocamento do pressuposto epistemológico do *nisus sexualis* para um certo naturalismo darwiniano, onde o princípio não era mais a finalidade procriativa, mas a variedade natural da espécie.

Por último, temos um considerável desvio terapêutico, já que Hirschfeld (1910/1925) não apostava muito que o impulso travestista pudesse ser suprimido pelas vias clínicas e, malogradas estas tentativas, a questão seria em que medida o impulso poderia ser permitido. Assim, em alguns casos, o ‘tratamento’ consistiria simplesmente em dar curso ao impulso de travestir-se em determinadas circunstâncias que proovessem a descarga necessária e, em outros, não apenas a permissão parcial para momentos determinados, mas sim a total anuência para o paciente viver como pertencendo ao sexo oposto, assumindo toda uma nova identidade social, como é o caso relatado pelo próprio Hirschfeld (1910/1925),

da Srta. Katharina T., a primeira pessoa de Berlim a conseguir o direito de viver como do outro sexo. Ela fez uma solicitação formal à sede da polícia imperial, à qual anexou a petição médica favorável de Hirschfeld, que resumia:

(...) No caso da Srta. T., sua psique está em flagrante contraste com seu corpo. (...) Sua tendência sexual estava e ainda está direcionada exclusivamente às mulheres, em relação às quais ela se sente como um homem. (...) Além disso, outra experiência médica se faz presente. Pessoas sexualmente anormais que são forçadas a um estilo de vida contrário à sua natureza, frequentemente caem em estados mentais depressivos, que, por vezes, levam ao suicídio. (...) A concessão da autorização é uma questão existencial para ela. Forçá-la a viver como mulher pode ter efeitos adversos sobre sua saúde psíquica. Em roupas masculinas ela não causa nenhuma ofensa pública, enquanto em roupas femininas ela provocou diversos tumultos. (...) Do ponto de vista médico, temos que atestar que a petição da Srta. T. é justificada. (Hirschfeld, 1910/1925, pp. 196-198).

Em manifesto antagonismo com o modelo terapêutico de Krafft-Ebing (1886/2012), que intentava ‘restabelecer’ a consonância entre uma certa natureza sexual e a identidade e o desejo do indivíduo, o modelo de Hirschfeld pretendia naturalizar as ‘anormalidades sexuais’ – se não fosse o desejo do indivíduo adequar sua sexualidade à configuração estabelecida, que as instituições fossem ajustadas ao indivíduo. Vemos aí o prelúdio do modelo que seria estabelecido ao tratamento dos transexuais a partir da segunda metade do século XX.

Hirschfeld viu pouco das reverberações que seu trabalho teria. O fechamento de seu *Institut für Sexualwissenschaft* pelos nazistas em 1933 e sua morte em 1935 não lhe permitiram partilhar dos principais acontecimentos que deram maior visibilidade às lutas sociais dos homossexuais, travestis e transexuais, principalmente após a segunda guerra. Apesar de suas contribuições, o princípio do *nisus sexualis* se manteve ainda por boa parte do século XX, como vimos, tendo sido completamente abandonado somente com a orgasmologia da segunda onda sexológica (Russo, 2013). Associado a ele, se manteve também o primado das perversões, que incorporou o travestismo sob seu arcabouço, como podemos ver perpetuado nos compêndios psiquiátricos¹⁹ e na tradição psicanalítica,²⁰ culminando na primeira versão do DSM e conservado (com pequenas modificações)

19 Kraepelin, E. (1915). *Klinische Psychiatrie: Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte*, 8ª Ed. Leipzig, Barth. Apesar de não definir o travestismo como categoria particular das aberrações sexuais (*Geschlechtliche Verirrungen*), Kraepelin menciona a diferenciação promovida pelo trabalho de Hirschfeld entre homossexualidade e travestismo. Ellis, H. (1928). Eonism and other supplementary studies. In *Studies in the psychology of sex*. Vol.7. Philadelphia: F.A. Davis Company. O autor utiliza o termo eonismo, em referência a história de Chevalier d'Eon, diplomata francês que passou a maior parte de sua vida disfarçado de mulher, abarcando o conceito de travestismo de Hirschfeld (1910/1925) e também aquilo que chamaríamos de transgêneros, ou pessoas que se identificavam e queriam pertencer ao sexo oposto.

20 Stekel, W. (1921). *Onanie und Homosexualität. (Die homosexuelle Neurose)*. 2ªed. Berlin/Wien: Urban & Schwarzenberg. O autor foi precursor na utilização do termo parafilia em detrimento às perversões, mas situava o travestismo como homossexualidade latente.

em todas as versões subsequentes.

Se os fenômenos trans começaram a deixar a alcova das perversões a partir de Hirschfeld, é com Harry Benjamin (1885-1986) que eles se consolidaram à luz da ciência moderna. De fato, um certo caminho entre eles foi pavimentado pela evolução de alguns campos da medicina. Castel (2001) apontou como o desenvolvimento da endocrinologia entre as duas grandes guerras serviu de substrato para a elaboração das teses sociológicas sobre 'identidade sexual'. Contribuições como as de Adolf Butenandt²¹ que isolou importantes hormônios sexuais como a estrona, a progesterona e a androsterona e as de Louis Berman,²² que desenvolveu a tese da base hormonal para a personalidade e para o dimorfismo sexual, serviram de base para uma propedêutica que explicaria e modificaria o indivíduo, seus comportamentos e volições a partir de uma economia química (Castel, 2001). Além da endocrinologia, temos ao mesmo tempo o aperfeiçoamento da técnica cirúrgica de vaginoplastia, primeiramente realizada com fins de redesignação genital em seres humanos em 1922, segundo Felix Abraham²³ (1901-1937), com o intuito de prevenir que os pacientes, à época considerados como travestis, se automutilassem. A faloplastia, como técnica de reconstrução do pênis, já era bem orquestrada pelos cirurgiões que precisavam reconstruir os membros dilacerados dos soldados durante a guerra, mas como processo de redesignação genital foi realizada pela primeira vez em Michael Dillon (nascida Laura Dillon) pelo famoso cirurgião plástico Harold Gillies (1882-1960) nos anos 1940.²⁴

Apesar dessas experiências, é a partir do caso de Christine Jorgensen que haverá toda uma virada na questão transexual (Castel, 2001) e, poderíamos dizer, na própria delimitação da categoria do transsexualismo. George William Jorgensen Jr. procurou o Dr. Christian Hamburger e sua equipe em 1950 na Dinamarca para a transformação desejada por toda a sua vida. Ele foi diagnosticado como travesti genuíno (Hamburger, Stürup e Dahl-Iversen, 1953), ou eonista, termo que Hamburger sugeriu reservar para aqueles travestis que não apenas possuem um desejo irrefreável de vestir-se como mulher, mas que se sentem como uma

21 Ver Trunk, A. (2006). Biochemistry in Wartime: The Life and Lessons of Adolf Butenandt, 1936–1946. *Minerva*, 44(3), 285–306.

22 Berman, L. (1921). *The Glands Regulating Personality*. New York: MacMillan.

23 O famoso primeiro caso de cirurgia de redesignação sexual de Lili Elbe (nascida Einar Wegener) retratado no filme *The Danish girl* (A garota dinamarquesa) foi iniciada em 1922 com a castração e somente em 1931 houve a amputação peniana e a vaginoplastia, realizadas pelo Dr. Ludwig Levy-Lenz. Abraham, F. (1997). *Genital Reassignment on Two Male Transvestites*. *IJT* 2,1, <http://www.symposion.com/ijt/ijt0302.htm> (Acesso em 20/01/2019). Originalmente publicado como Abraham, F. (1931), *Genitalumwandlungen an zwei männlichen Transvestiten*. *Zeitschrift für Sexualwissenschaft und Sexualpolitik*, 18: 223-226.

24 Para mais sobre o caso, ver Kennedy, P. (2007) *The First Man-Made Man: The Story of Two Sex Changes, One Love Affair, and a Twentieth-Century Medical Revolution*. New York: Bloomsbury.

mulher presa no corpo de um homem, a tal ponto de repudiar por completo suas características masculinas e, em específico seus órgãos genitais, desejando livrar-se deles e, não por raras vezes, chegando a tentá-lo através da automutilação. Convencido de que as psicoterapias de então não surtiavam efeito sobre os travestis genuínos e que seu sofrimento era tamanho que poderia levar ao suicídio, Hamburger e sua equipe optaram pelo tratamento hormonal e cirúrgico. Inicialmente, propuseram a administração de testosterona, a fim de masculinizar o paciente, ou adequar sua mentalidade ao corpo, o que foi vigorosamente rejeitado pelo mesmo. Sendo assim, eles partiram para castração química através da aplicação de estrogênios. Após 10 meses de terapia hormonal e acompanhamento (inclusive do quadro psiquiátrico, o qual os autores revelaram substancial melhora com a administração dos hormônios), eles decidiram pela castração cirúrgica e posterior remoção do pênis e saco escrotal, bem como a realização de uma vaginoplastia. Christine conseguiu reconhecimento legal para mudança de seu nome, retornou aos Estados Unidos, seu país de origem, onde seu caso teve imensa repercussão midiática e científica (Castel, 2001).

O caso Jorgensen pode ser considerado como um marco epistemológico do esquadramento do transsexualismo. Primeiramente, porque é a partir dele que o fenômeno será amplamente identificado separadamente de outras síndromes e tratado como transsexualismo. Até então, no âmbito científico geral, o fenômeno era tratado indiscriminadamente como transvestismo, eonismo (como o próprio Hamburger e seus colaboradores sugeriram) ou mesmo homossexualismo, apesar do termo já ter sido proposto por Cauldwell²⁵ em 1949, como *psychopathia transexualis*, como forma de designar aqueles indivíduos que anseiam por pertencer ao sexo oposto. É a partir das repercussões midiáticas e seu reflexo no mundo acadêmico que o fenômeno foi isolado e passou a ser tratado especificamente como transsexualismo.

Segundo, porque as diretrizes terapêuticas propostas por Hamburger *et al.* (1953) no caso Jorgensen se tornariam a base do modelo de tratamento para transexuais que utilizamos até hoje.²⁶ Considerando que não havia cura para o transvestismo genuíno e que a medicina tinha por princípio mitigar os efeitos nocivos das patologias que não pudesse redimir, Hamburger *et al.* (1953) propuseram o escalonamento das seguintes medidas: 1) Permissão para utilização de indumentária feminina, 2) Reconhecimento legal do paciente como mulher, 3) Administração de substâncias estrogênicas com o intuito de inibir a função hor-

25 Cauldwell, D. (1949). *Psychopathia Transexualis*. *Sexology*, 16, pp. 274-280.

26 Vale destacar que as diretrizes propostas pelos autores se baseiam na experiência com transsexuais masculinos (*male to female* – *MTF*), mas seu conceito geral pode ser espelhado para os casos de transsexuais femininas (*female to male* – *FtM*).

monal testicular e desenvolver as características femininas, 4) Castração cirúrgica (remoção dos testículos), 5) Desmasculinização (retirada do pênis e bolsa escrotal) e 6) Criação de vagina artificial (vaginoplastia). Quando comparamos essas recomendações com aquelas presentes nas “Normas de atenção à saúde das pessoas trans e com variabilidade de gênero” (*The World Professional Association for Transgender Health* [WPATH], 2011), vemos que elas não distam muito, pois a WPATH (2011) sugere:

- Alterações na expressão e no papel de gênero (o que pode envolver viver tempo integral ou parcial em outro papel de gênero, de acordo com a identidade de gênero da pessoa);
- Terapia hormonal para feminilizar ou masculinizar o corpo;
- Cirurgias para mudar as características sexuais primárias e/ou secundárias (por exemplo, seios/peito, genitais externos e/ou internos, características faciais, forma do corpo);
- Psicoterapia (individual, de casal, familiar ou grupal) para fins tais como explorar a identidade, o papel e a expressão de gênero; abordar o impacto negativo da disforia de gênero e o estigma na saúde mental; aliviar a transfobia internalizada; aumentar o apoio social entre pares; melhorar a imagem corporal; ou promover resiliência. (WPATH, 2011, p.10).

Harry Benjamin foi o ponto de junção desses dois vetores: o diagnóstico diferencial dessa categoria e seu tratamento. Ele foi um dos pioneiros e provavelmente mais marcantes teóricos do tema a realizar a distinção entre transvestismo e transsexualismo²⁷ já em 1953, e a difundir o termo no âmbito científico. Em sua principal obra, *The transsexual phenomenon* (1966), sistematizou não apenas o diagnóstico do transsexualismo, como também o modo de tratamento proposto por Hamburger *et al* (1953). Sua obra foi a amarração final para a consolidação de uma certa concepção científica sobre a transsexualidade.

2.4. A reificação do transtorno psiquiátrico no DSM

O burburinho decorrente do caso Jorgensen demandava uma resposta médica-psiquiátrica para o fenômeno: a produção científica em progressivo crescimento no campo e as análises de Benjamin (1966) culminaram na oficialização do diagnóstico no DSM-III em 1980. A categoria 302.5x – Transsexualismo nasceu como um transtorno da família dos transtornos de identidade de gênero,

27 Benjamin, H. (1953). Transvestism and Transsexualism. *International Journal of Sexology*, Vol. VII, No. 1.

que abarcava ainda o transtorno de identidade de gênero da infância (302.60) e o transtorno de identidade de gênero atípico (302.85). Os critérios estabelecidos para o recém-criado diagnóstico da nova bíblia psiquiátrica²⁸ foram praticamente replicados da obra de Benjamin (1966), como podemos ver no quadro comparativo abaixo:

	Critério DSM III (1980)	Descrição Benjamin (1966)
A	Senso de desconforto e inapropriação quanto ao próprio sexo anatómico.	"Para eles, seus órgãos sexuais, tanto os primários (testículos), como os secundários (pênis e outros) são deformidades repugnantes que precisam ser modificadas pelo bisturi do cirurgião". (Benjamin, 1966, p. 11).
B	Desejo de livrar-se dos próprios genitais e viver como membro do sexo oposto.	
C	O distúrbio tiver sido contínuo (não limitado a períodos de stress) por pelo menos dois anos.	Critério de regularidade do DSM.
D	Ausência de características de intersexo ou anormalidade genética.	"Eu não vi nenhuma anormalidade hermafroditica. (...) os transexuais masculinos e femininos são geneticamente normais" (Benjamin, 1966, p.33)
E	Não possuir outro transtorno mental, como a esquizofrenia.	"Como regra geral, contudo, transexuais não são psicóticos" (Benjamin, 1966, p.33).

Tabela 2 – Tabela comparativa dos critérios diagnósticos de transexualismo no DSM-III e em Harry Benjamin.

Não seria difícil associar essa influência da obra de Benjamin no diagnóstico do DSM à presença de alunos e autores com afinidade teórica na equipe técnica de elaboração do DSM, como Richard Green²⁹ e John Money.³⁰ De qualquer forma, toda a figura clínica cria uma tautologia inevitável, na qual o diagnóstico se explica pelo tratamento e este se justifica pelo primeiro. O transexual é aquele que anseia por livrar-se dos próprios genitais e o tratamento consiste efetivamente de realizá-lo. É a ação de converter o indivíduo ao simulacro do sexo oposto que erige a figura clínica do transexual. Mas o que levou esse dispositivo médico a realizar tal faceta? Certamente a misericórdia que Hamburger *et al* (1953) têm por estes coitados que possuem uma doença incurável para a qual a redesignação sexual representa um cuidado paliativo faz parte da resposta e é aceitável, mas

28 A 3ª edição do DSM é considerada a mais revolucionária pelos psiquiatras por abordar os transtornos psiquiátricos com base em pesquisas e dados científicos objetivos publicados em detrimento das descrições de cunho psicanalítico que atravessava as versões anteriores. Para mais sobre o tema, ver Lieberman (2016).

29 Richard Green (1936-Atual) trabalhou com Benjamin por alguns anos, escreveu um apêndice para seu principal livro e foi diretor fundador do instituto que levava o nome do mestre - *Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association*, fundado em 1980. Não escondia sua devoção a Benjamin, John Money e Robert Stoller – Green, R. (2009). *The Three Kings: Harry Benjamin, John Money, Robert Stoller. Archives of Sexual Behavior*, 38(4), 610–613. doi:10.1007/s10508-008-9392-3.

30 John Money (1921-2006) desenvolveu o conceito de gênero em 1955 que seria utilizado por todos os estudiosos do transexualismo, inclusive Harry Benjamin, e demarcaria a família dos transtornos de identidade de gênero que seria utilizada nas versões do DSM – Money, J., Hampson, J.G., Hampson, J.L. (1955) *An examination of some basic sexual concepts: the evidence of human hermaphroditism. Bull. Johns Hopkins Hospital*, 97, pp. 301–319. Junto de Green, escreveu um livro sobre a conversão do sexo como tratamento - Green, R. & Money, J. (1969). *Transsexualism and sex reassignment*. Baltimore: Johns Hopkins Press.

não representa o quadro todo. Por trás dos cuidados paliativos, temos o pressuposto epistêmico da harmonia que deve haver entre sexo e gênero que sustenta as identidades binárias. Benjamin o enuncia claramente: “Como é evidente, portanto, que a mente do transexual não pode ser ajustada ao corpo, é lógico e justificável tentar o oposto, ou seja, ajustar o corpo à mente” (1966 pp.53-54). O biopoder (Foucault 1976/2005) opera concretamente para fazer viver esses indivíduos desajustados, rearmonizando seus corpos com seus gêneros, sem ter que abrir mão, contudo, do pressuposto das identidades binárias. Parece mais fácil lidar com indivíduos convertidos ao outro sexo, porque finalmente estarão reduzidos, capturados na lógica binária das identidades, do que com aqueles ambíguos, que detém *n* sexos/gêneros. Refazendo a genealogia do diagnóstico psiquiátrico, vemos que é a prática médica de realizar o desejo de transformação dos pacientes, ancorada no pressuposto de convergência sexo/gênero, que enseja toda a criação da figura clínica do transexual.

A 4ª versão do DSM (APA, 1994) trouxe pequenas modificações ao quadro, sendo a mais importante a junção do transtorno de identidade de gênero da infância (302.60) e o transsexualismo (302.5x) com a supressão do último e a consolidação numa categoria única agora denominada transtorno de identidade de gênero, com os especificadores que separam a ocorrência do transtorno na infância (302.6) e na adolescência ou vida adulta (302.85). Os critérios passaram a não mais se referir aos genitais ou ao sexo anatômico e sim ao gênero atribuído. A 5ª versão (APA, 2013) modifica a nomenclatura de transtorno de identidade de gênero para disforia de gênero, com o intuito de “focar na disforia como problema clínico ao invés da identidade em si” (APA, 2013, p.451). Além disso, retirou a categoria do campo dos transtornos sexuais, dando-lhe autonomia enquanto classe nosológica.

Essas duas últimas versões ampliaram o foco antes praticamente restrito ao transexual, enquanto sujeito que busca/realiza a mudança de seu sexo, para um grupo maior de pessoas que possuem algum desconforto e desarmonia com relação ao gênero assinalado, sem necessariamente desejar transformar-se no outro sexo. O transexual passou a ser o paroxismo da disforia de gênero que agrupa níveis mais brandos de “incongruentes” (que não chegam a requerer cirurgia e tratamento hormonal ou requerem apenas um ou outro). Porém, o curso da patologia, de alto grau de persistência (de até 30% em homens de nascença e 50% em mulheres de nascença, APA, 2013), aliado à falta de outro recurso terapêutico que não os procedimentos de transição e o alto risco de suicídio dentre os não transicionados (APA, 2013), tornam praticamente inevitável o estágio transexual. Assim, o diagnóstico mantém sua função ratificadora da medicina de conversão

que visa ainda a rearmonizar a incongruência sexo/gênero. Não por acaso, todos os protocolos médicos de tratamento endocrinológico ou cirúrgico para a disforia de gênero exigem a comprovação diagnóstica do distúrbio³¹ – de certa forma, a tautologia permanece.

2.5. Disforia de gênero e o ‘verdadeiro sexo’

Vimos como a psiquiatria do século XIX abordou aquilo que conheceríamos por disforia de gênero, inicialmente, como um fenômeno de inversão sexual – o sentimento sexual contrário de Westphal (1869/1870) (*conträre sexuellempfindung*) – uma inversão da natureza do indivíduo. O pressuposto do *nisus sexualis*, definia não apenas um instinto, segundo o qual os órgãos sexuais funcionariam, mas a natureza que constituiria o homem e a mulher, seus atributos, em suma, suas identidades. Assim, essa inversão não se esgotava no redirecionamento do desejo para o próprio sexo, mas podia arresar as características ‘naturais’ do sexo do indivíduo, toda a sua personalidade transmutada para o oposto. Como o esteio epistemológico era o instinto (*nisus*), seu desvio era a perversão; e foi através dela que Krafft-Ebing (1886/2012) sistematizou o sentimento sexual contrário, esquadrinhando as diferentes gradações desse fenômeno – que incluía tanto homossexuais, como travestis e transexuais. A degenerescência e a hereditariedade se uniam para formar ao mesmo tempo a explicação etiológica e fornecer as diretrizes terapêuticas e profiláticas: a perversão da inversão sexual era o resultado da combinação das duas primeiras e, para prevenir que pudesse se agravar e perpetuar, era necessário corrigi-la (através da harmonização do indivíduo com seu *nisus sexualis*) e/ou impedir que pudesse se prolongar na espécie (interdição da procriação).

Hirschfeld (1910/1925) introduziu importantes cortes epistemológicos, reconfigurando a taxonomia dos fenômenos e separando a homossexualidade do transvestismo (ainda que não colocasse uma distinção entre este e o transsexualismo), bem como propondo um novo fundamento etiológico destes fenômenos, calcado na tese dos estágios intermediários (*Zwischenstufen*). Além disso, estabeleceu uma nova diretriz terapêutica, que pode ser considerada o prelúdio do modelo de tratamento dos transexuais da segunda metade do século XX, não mais

31 No Brasil, a premissa é colocada pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), através da resolução 1955/2010 – disponível em http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/cfm/2010/1955_2010.htm (acesso em 15/02/2019). Outros países utilizam regulamentações próprias, mas muitos se apoiam nas normas da Associação Mundial Profissional para a Saúde dos Transgêneros, que prevê como critério para qualquer intervenção somática o diagnóstico de uma “disforia de gênero persistente e bem documentada” (WPATH, 2011, p. 104).

assentada na correção do impulso e da identidade sexual segundo o *nisus sexualis* binário originalmente atribuído ao indivíduo, mas na consecução do seu desejo, visto que este era menos danoso do que sua repressão.

Harry Benjamin (1966) foi quem refinou o diagnóstico de transsexualismo, distinguindo-o do transvestismo de Hirschfeld, na interseção entre a prática médica de conversão sexual (através de tratamento hormonal e cirúrgico) e a incipiente teoria do transsexualismo que começava a ter seus contornos esboçados. A figura clínica do transexual emergia como um indivíduo que não se satisfazia simplesmente travestindo-se do outro sexo, simulando o outro sexo, mas que teria uma incongruência inata entre seu corpo e sua mente, de tal forma que somente a adequação do corpo à mente reduziria sua angústia e cumpriria seus anseios. A medicina tomou inicialmente as cirurgias de conversão como uma medida paliativa de redução da gravidade dos quadros de transsexualismo que frequentemente evoluíam para a automutilação e o suicídio e, assim, o diagnóstico de transsexualismo como um transtorno de identidade de gênero foi reificado enquanto transtorno psicosssexual no DSM-III (APA, 1980). É a prática médica de reconciliação entre corpo e mente, de readequação do sexo ao gênero experienciado, em suma, de recondução do indivíduo à harmonia da lógica binária, que suscitou e ensejou a criação do diagnóstico de transsexualismo enquanto transtorno mental. O diagnóstico só se justifica pela terapêutica e esta, por sua vez, só se efetiva através do primeiro. A lógica das identidades binárias que alicerça a sociedade se perpetua.

“Precisamos verdadeiramente de um verdadeiro sexo?”, nos interroga Foucault (1978/1982). A ciência de nosso tempo nos vem fazendo acreditar que sim, patologizando os desvios, sobredeterminando os desempenhos sexuais e capturando as identidades dissonantes. Vários autores³² já perceberam isso e tentam desarmar a armadilha epistemológica que sequestra as sexualidades. De fato, várias organizações trans também se associaram a esse movimento e lutam pela despatologização do fenômeno,³³ a exemplo do que ocorreu com a homossexualidade na década de 1970.³⁴ Contudo, a assunção da premissa da multiplicidade das identidades em detrimento das identidades binárias possui implicações muito mais complexas e intrincadas, de forma que é provável que ainda levemos algum tempo sob a égide do ‘verdadeiro sexo’.

32 Para citar apenas alguns contemporâneos: Judith Butler, Paul B. Preciado e Berenice Bento.

33 Para citar apenas dois: *Stop Trans Pathologization* (STP) em <https://stp2012.info/old/pt/manifesto> (acesso em 15/02/2019) e Associação Brasileira de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Intersexos (ABGLT) em <https://sxpolitics.org/ptbr/abgl-t-pela-despatologizacao-das-identidades-trans-e-o-pl-6582011/7614> (acesso em 15/02/2019).

34 Após uma série de manifestações de ativistas pelos direitos gays nos congressos da APA no início dos anos 70 em prol da retirada do diagnóstico do DSM, inclusive com um manifesto de um psiquiatra mascarado confessando sua homossexualidade em 1972, a Associação publicou em 1973 a exclusão do diagnóstico do Manual. Para mais, ver Lieberman (2016).

Capítulo 3: O processo de redesignação de gênero é eficaz na redução das taxas de suicídio e tentativas de suicídio de transexuais para os níveis da população geral? Uma revisão sistemática e metanálise.

3.1. Introdução

Incongruência de gênero (CID-11) ou disforia de gênero (DSM-5) são diagnósticos que se referem a uma marcante e persistente incongruência entre o gênero experienciado/expresso pelo indivíduo e aquele assinalado em seu nascimento, majoritariamente em consonância com seu sexo. A despeito de vários indivíduos com disforia de gênero não desejarem ou não serem elegíveis para um processo redesignação de gênero, alguns só experimentam redução dos sintomas após passarem por ele. Harry Benjamin (1966) estabeleceu a escala S.O.S (*Sexual Orientation Scale*) de 6 níveis divididos em 3 grupos (vide anexo 2) para distinguir travestis de transexuais e verdadeiros transexuais. Estes últimos, que compunham o grupo 3, são aqueles que buscam efetivamente procedimentos somáticos para mudança de sexo, que normalmente consistem de tratamento hormonal e cirurgia plástica (neocolpovulvoplastia e neofaloplastia) (*World Professional Association for Transgender Health* [WPATH], 2011). Desde Benjamin (1966) convencionou-se que o tratamento mais adequado para estes estágios avançados de incongruência de gênero ou disforia de gênero seria o processo de redesignação de gênero. A maioria dos hospitais e clínicas que realiza esse processo utiliza protocolos baseados nas recomendações do *Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender and Nonconforming People* (WPATH, 2011), ou em variações destas, mas de alguma forma incluem necessariamente a confirmação do diagnóstico psiquiátrico com base na CID ou no DSM. Esses protocolos são necessários para prevenir arrendimentos (Lawrence, 2003), já que o processo cirúrgico é irreversível.

Poucos estudos possuem números precisos sobre as taxas de suicídio ou tentativa de suicídio entre a população transgênera (que inclui também os transexuais), mas todos eles concordam que ela é substancialmente maior do que na população média. Um estudo com veteranos americanos apontou que a incidência de suicídio dentre aqueles diagnosticados como transgêneros era de 82:100.000 pessoas-anos, enquanto a taxa de suicídio média entre veteranos era de 37,7:100.000 pessoas-anos (Blosnich, Brown, Wojcio, Jones e Bossarte, 2014). Para aquele mesmo país, a taxa média de suicídio da população é de 14,3:100.000

(*World Health Organization* [WHO], 2017). Na Índia, a taxa de suicídio entre este grupo é de 31% (Virupaksha, Muralidhar e Ramakrishna, 2016), enquanto a da população geral daquele país de 2000-2015 foi de 0,0157% (15,7:100.000) (WHO, 2017).

Entre as tentativas de suicídio, os números também são alarmantes: num estudo da *National Gay and Lesbian Task Force* e da *National Center for Transgender Equality* nos Estados Unidos, com 6450 participantes, 41% relatou já ter atentado contra a própria vida, enquanto a prevalência na população geral é de 1,6% (Grant et al., 2011). Clements-Nolle, Marx e Katz (2006) encontraram um índice de 32% de tentativa de suicídio pelo menos uma vez na vida numa amostra de 515 transgêneros. Estudos com populações menores acabam enviesados e trazendo resultados díspares, como os 52,4% de transgêneros com alguma tentativa de suicídio durante a vida, como apontaram Mustanski e Liu (2012) ou os 18% de atentados apontados por Grossman e D'Augelli (2007). Todos os citados estudos levados a cabo nos Estados Unidos.

Considerando que o processo de redesignação de gênero é o tratamento recomendado para os casos mais graves de disforia de gênero, nos quais, notadamente existe risco de automutilação, tentativa ou efetivação do suicídio, torna-se relevante investigar se após a intervenção, as taxas de suicídio e de tentativas de suicídio caem para níveis mais próximos aos da população geral. Esta revisão sistemática pretende avaliar em estudos longitudinais se as taxas de suicídio e de tentativas de suicídio de transexuais caíram para níveis próximos aos da população geral após o processo transexualizador.

3.2. Metodologia

3.2.1. Estratégia de busca

Essa revisão sistemática seguiu as diretrizes do documento PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*).¹ Pesquisamos as bases de dados Medline/Pubmed e *Web of Science* por estudos longitudinais que acompanharam por pelo menos 1 ano transexuais que realizaram ou estavam em processo de redesignação de gênero (tratamento hormonal e cirurgia) ou revisões de estudos que considerassem essa premissa. Em cada base de dados, utiliza-

1 Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS Med* 2009;6:e1000097. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>.

mos os descritores padrão (MeSH Terms - *Medical Subject Headings*): *Transgender persons*; *Sex Reassignment Procedures* e *Suicide, Attempted*, conforme anexo 3.

3.2.2. Elegibilidade

Não consideramos para a análise os estudos de caso ou relatórios individuais pela baixa representatividade estatística e consequente risco de viés. Nenhum filtro temporal, cultural ou linguístico foi considerado. O follow-up dos pacientes deveria ser de no mínimo 1 ano e as amostras deveriam ter no mínimo 20 indivíduos. Estipulamos como critério de elegibilidade que os estudos apresentassem protocolos estruturados para seleção dos candidatos ao processo de redesignação de gênero minimamente alinhados com os padrões internacionais (WPATH, 2011), a saber:

- Critérios para a terapia hormonal feminilização/masculinização:

1. Disforia de gênero persistente e bem documentada;
2. Capacidade para tomar uma decisão com pleno conhecimento e para consentir com o tratamento;
3. Maioridade em um determinado país (se menor de idade, seguir as diretrizes para crianças e adolescentes);
4. Se importantes problemas de saúde física ou mental estão presentes, devem estar bem controlados.

- Critérios para a cirurgia de redesignação de sexo:

Além dos quatro anteriores descritos para a terapia hormonal,

5. 12 meses contínuos de terapia hormonal adequada aos objetivos de gênero da pessoa usuária do serviço (a menos que tenha uma contraindicação médica ou não possa ou não queira tomar hormônios).
6. 12 meses vivendo continuamente em um papel de gênero de acordo com a identidade de gênero da pessoa.

3.2.3. Estudos incluídos e excluídos

De acordo com esses critérios, encontramos 276 publicações no Medline/Pubmed e no *Web of Science*, 3 retiradas das referências bibliográficas de artigos destas bases que contudo não retornaram na busca (*grey literature*). Abaixo, o fluxograma da seleção empreendida.

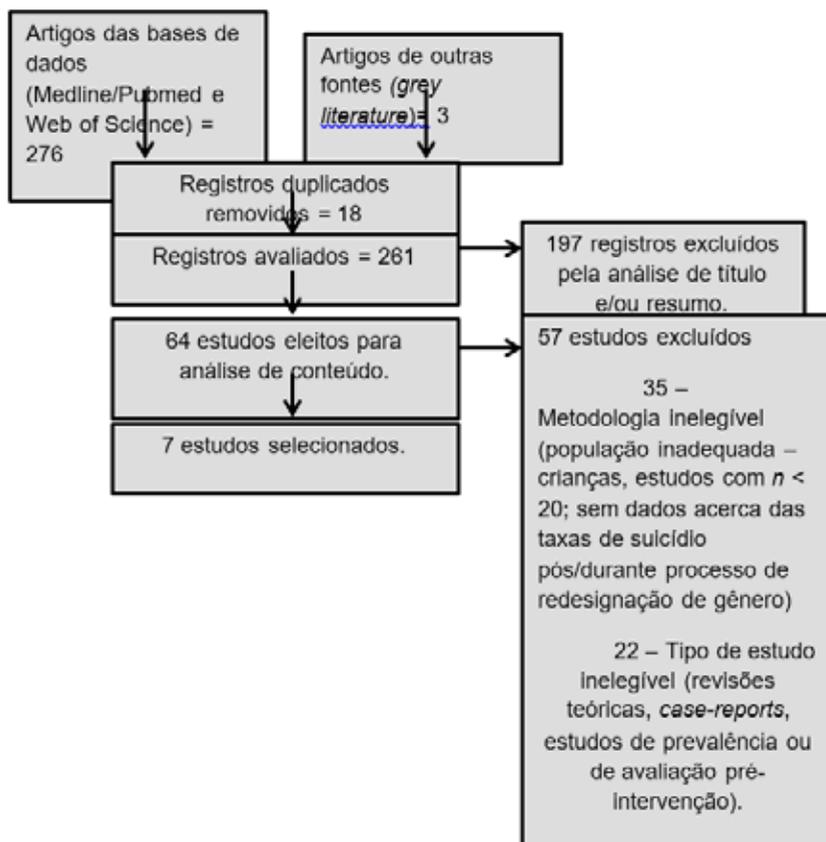


Fig.2 – Fluxograma da revisão sistemática.

3.2.4. Avaliação de Qualidade

A avaliação de qualidade dos estudos foi realizada através da *Newcastle-Ottawa Scale (NOS) for assessing the quality of nonrandomised studies in meta-analyses* (Wells, Shea, O'Connell, Peterson, Welch, Losos e Tugwell, 2019). Essa ferramenta avalia a qualidade e vieses de publicações através da pontuação em três vertentes de análise: seleção da amostra e grupo controle, comparação com grupos controle e resultados. Cada estudo pode obter um máximo de nove estrelas, indicando alta qualidade. Um dos estudos (14%) teve pontuação máxima (nove estrelas), outros dois (28%) tiveram oito estrelas, outro (14%) teve seis estrelas e os três demais obtiveram cinco estrelas (43%). Abaixo, resumo geral da avaliação de qualidade. No anexo 4, detalhamento da avaliação.

Study	Selection	Comparability	Outcome	Total
Asscherman et al	****	*	***	8
Dhejne et al	****	**	***	9
Karpel et al	***		**	5
Simonsen et al	***		***	6
Sorensen	**		***	5
De Cuyper et al	***		**	5
Van Kesteren et al	****	*	***	8

Tabela 3 – Resumo da avaliação de qualidade dos estudos analisados.

3.3. Resultados

Utilizando a estratégia e os critérios acima chegamos a sete pesquisas, das quais seis pudemos extrair dados acerca dos suicídios em transexuais pós-intervenção e três pudemos extrair dados acerca das tentativas de suicídio.

Há poucos estudos de qualidade que avaliam índices de suicídio e tentativas de suicídio entre transexuais por longos períodos de tempo. A maioria dos estudos de avaliação dos resultados dos processos de redesignação de gênero foca:

- Nos impactos pós-operatórios (Rossi, Hintz, Krege, Rubben e Vom Dorp, 2012) com o intuito de aprimorar a técnica a fim de reduzir complicações e melhorar a estética e funcionalidade dos novos órgãos sexuais;
- Nos efeitos da utilização prolongada dos hormônios e seus possíveis

impactos (Levy, Crown e Reid, 2003).

- Nos aspectos psicossociais pós-intervenção (qualidade de vida, comorbidades psiquiátricas, empregabilidade, satisfação com a intervenção e com a nova vida sexual, interação familiar e social, etc.) (Murad, Elamin, Garcia, Mullan, Murad, Erwin e Montori, 2010; Ruppin, e Pfäfflin, 2015).

Como muitos dos estudos de seguimento de pacientes transexuais são conduzidos pelos hospitais ou centros médicos que realizaram as intervenções, não é incomum a perda de contato com vários deles, sobretudo em pesquisas de maior período de seguimento. Por isso, para se obter dados confiáveis com relação às taxas de suicídio, por exemplo, é preciso cruzar os dados dos pacientes com as bases de dados nacionais de registro civil, em busca dos atestados de óbito com a *causa mortis*, o que nem sempre é realizado em função do objetivo da pesquisa. Assim, estudos específicos sobre mortalidade da população de transexuais acabam retornando resultados mais significativos e confiáveis sobre as taxas de suicídio.

Outra dificuldade é com relação às taxas utilizadas acerca dos suicídios e suas comparações: dos sete estudos incluídos nessa revisão, apenas um utilizou grupo controle (Dhejne, Lichtenstein, Boman, Johansson, Lamgström, Landén, 2011), outros dois (Asscheman, Giltay, Megens, De Ronde, Van Trotsenburg e Gooren, 2011; Van Kesteren, Asscheman, Megens e Gooren, 1997) utilizaram o *Standardized Mortality Ratio* (SMR), que é razão entre as mortes observadas e as mortes esperadas para a população geral pareada por sexo e idade. Os demais (Sorensen, 1981; Simonsen, Hald, Kristensen e Giraldi, 2016; Karpel, Gardel, Revol, Brémont-Weil, Ayoubi e Cordier, 2012) apresentaram apenas números absolutos sobre a amostra. Para estes casos, para chegarmos a medidas comparáveis, estimamos o percentual obtido em uma média de suicídios / 100.000 pessoas por ano e os comparamos com a taxa média da população do país em que a pesquisa foi realizada no mesmo ano, ou no ano mais próximo ao de publicação.

3.3.1. Características dos estudos

Todos os estudos foram realizados na Europa, e compreenderam um total de $n = 2.057$ transexuais no período de 1956 – 2011 (55 anos). Destes, 1.373 (~67%) são Homem-para-Mulher (*Male to Female, MtF*) e 684 (~33%) são Mulher-para-Homem (*Female to Male, FtM*). A média de seguimento dos pacientes foi de 11 anos. A tabela 4 resume as principais características dos estudos analisados:

Author	Year	Study start	Study finish	Period (years)	Country	Type of study	n			Age		Follow-up	
							Total	Mf	FtM	Mean	Range	Mean2	Range3
Asscheman et al	2011	1975	2011	36	Netherlands	Cohort	1331	966	365	46	16-76	18,5	1 - >30
Dhejne et al	2011	1973	2003	30	Sweden	Cohort	324	191	133	35	20-69	11,4	n.i
Karpel et al	2012	1991	2009	18	France	Cohort	207	96	111	40	24-65	n.i	n.i
Simonsen et al	2016	1978	2010	32	Denmark	Cohort	104	56	48	35	n.i	13,29	n.i
Sorensen	1981	1956	1981	25	Denmark	Cohort	29	29	0	45	25-65	6	1 - 21
De Cuypere et al	2006	1986	2001	15	Belgium	Cohort	62	35	27	37	n.i	5,8	1 - 15
Van Kesteren et al ¹	1997	1975	1997	22	Netherlands	Cohort	1109	816	293	15->80	n.i	n.i	
Totals and means				26			2057	1373	684	39,67	15 - >80	11,00	1 - >30

Tabela 4 – Características dos estudos analisados.

1 – Os estudos de Van Kesteren *et al* (1997) e Asscheman *et al* (2011) são seguimentos de pacientes transexuais do mesmo hospital holandês acompanhados de 1975-1997 e de 1975-2011, respectivamente. Isso quer dizer que os pacientes de Van Kesteren *et al* (1997) estão compreendidos no estudo de Asscheman *et al* (2011) e não serão considerados quando apresentarem duplicidade, somente para cálculos de seguimento por período (1975-1997 e de 1998-2011).

n.i – Não informado.

Destes sete, somente a pesquisa de De Cuypere, Elaut, Heylens, Van Maele, Selvaggi, T'Sjoen, Rubens, Hoebeke e Monstrey (2006) não foi considerada para análise quantitativa de suicídios, pois além de não pretender avaliá-la, apresenta forte viés de seleção para o nosso propósito. Dos 107 transexuais operados entre 1986 e 2001, 30 (28%) não foram possíveis contatar. Karpel *et al* (2012) também apresentou um viés de seleção, pois 36 dos 266 pacientes operados (13,5%) também não foram contatados. Apesar disso, o estudo se propôs a analisar a taxa de mortalidade da amostra de 207 pacientes, que retornou 3 mortes (1,5%), sendo 1 (0,48%) por suicídio, e por isso foi incluído na análise.

Com relação às tentativas de suicídios, somente três estudos apresentaram dados: De Cuypere *et al* (2006), Sorensen (1981) e Dhejne *et al* (2011), sendo que somente este último utilizou grupo controle.

3.3.2. Taxas de suicídio pós-intervenção

Todos os estudos somaram uma amostra de 1995 indivíduos, com uma média de intervalo de tempo de 28,2 anos. Ao todo, foram relatados 34 suicídios (1,7%).

Asscheman *et al* (2011) e Van Kesteren *et al* (1997) reportam dados

de uma mesma clínica, responsável por cerca de 95% dos processos oficiais de redesignação de gênero na Holanda. Van Kesteren *et al* (1997) identificaram 13 suicídios (1,17%) numa amostra de 1109 transexuais operados entre 1975-1997 (22 anos). Todos eles eram *MtF*. Como não houve grupo controle, eles utilizaram o *Standardized Mortality Ratio (SMR)*, que é a razão entre o número observado de mortes em uma determinada população e o número de mortes esperadas, baseado nas taxas específicas de idade e sexo da população geral. Nesse grupo *MtF*, eles encontraram um SMR igual a 9,29 (4,24-15,88) com 95% de Intervalo de Confiança (IC). Isso significa que a taxa de suicídio nessa população foi 9,29 vezes maior do que as taxas da população geral. Entre a população *FtM* (n = 293), não houve registro de suicídios. A média do *SMR* entre *MtF* e *FtM* foi de 4,65 (dp 6,57).

Asscheman *et al* (2011) ampliaram as análises de Van Kesteren *et al* (1997) atualizando os números de 1331 transexuais, dos quais 18 (1,35%) cometeram suicídio. O *SMR* se manteve mais alto entre o grupo *MtF* (5,7) comparado ao *FtM* (2,2), com uma média de 3,96 (dp 2,46). Considerando os valores de *SMR* de ambos os estudos fixos ao longo do tempo (4,65 de 1975-1997 e 3,96 de 1998-2011), podemos projetar os valores de suicídio entre transexuais pós-intervenção em comparação com as taxas de suicídio da população geral da Holanda no mesmo período:²

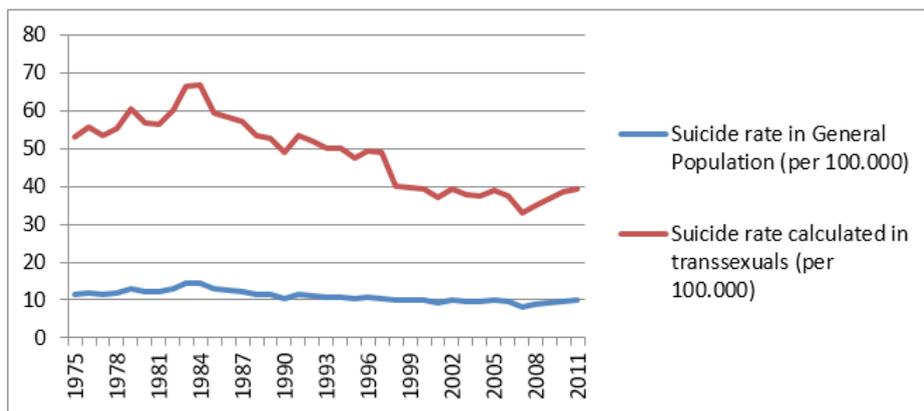


Fig. 3 – Comparativo de taxas de suicídio entre transexuais pós-intervenção e população holandesa geral no período de 1975-2011 para valores de *SMR* fixos (1975-1997 = 4,65 e 1998-2011 = 3,96). Valores por 100.000 habitantes.

² Taxas de suicídio da população geral holandesa retiradas do *Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS)*. Disponível em <https://www.cbs.nl/en-gb/news/2017/26/1-894-suicides-in-2016>, acesso em 05/03/2019.

Dhejne *et al* (2011) realizaram um estudo de seguimento de todos 324 transexuais operados oficialmente na Suécia no período de 1973-2003 (30 anos) em comparação com um grupo controle randomizado de 3.240 pessoas cisgêneras da população geral. Eles encontraram uma mortalidade por suicídio entre transexuais de 10 (3,09%) contra 5 (0,31%), com uma taxa de risco (*Hazard Ratio [HR]*) de 19,1 (95% de IC).

Karpel *et al* (2012) encontraram numa amostra de 207 transexuais (96 *MtF* e 111 *FtM*) num estudo de seguimento de 1991-2009 (18 anos), apenas 1 suicídio (*MtF*), mas, como já citamos, há um viés de seleção, já que 36 pacientes (13,5%) não foram encontrados durante o seguimento.

Simonsen *et al* (2016) avaliaram a morbidade somática e a causa da morte numa amostra que compreendeu 98% dos transexuais operados oficialmente na Dinamarca entre 1978 e 2010 (32 anos) – n = 104 (56 *MtF* e 48 *FtM*). Destes, 2 (1,92%) cometeram suicídio pós-intervenção. Nenhum grupo controle ou taxa comparativa de mortalidade foram utilizados.

Sorensen (1981) acompanhou os primeiros 29 transexuais (*MtF*) da Dinamarca, após o caso Jorgensen,³ entre 1956-1981 (25 anos). Destes, 3 (10,34%) cometeram suicídio pós-intervenção.

3.3.2.1. Resumo quantitativo comparado das taxas de suicídio

Como não houve padronização com relação ao grupo controle – alguns estudos utilizaram o *SMR*, enquanto outros não utilizaram medida de comparação e apenas um utilizou grupo controle, estimamos as taxas de suicídio por 100.000 habitantes (razão entre o total de suicídios, a amostra e a quantidade de anos de estudo multiplicados por 100.000) para efeito comparativo com as taxas médias da população geral.

Conforme tabela 5, vemos que em todos os estudos as taxas estimadas de suicídio na amostra pós-intervenção (*per* 100.000 pessoas-anos) são maiores dos que as da população geral, variando entre 1,8 e 13,14 vezes.

3 Christine Jorgensen, nascida George William Jorgensen Jr, foi um dos mais importantes casos de redesignação sexual que teve enorme repercussão na década de 50 - Castel, P.H. (2001). Algumas reflexões para estabelecer a cronologia do “fenômeno transexual” (1910-1995). *Revista Brasileira de História*, 21 (41), pp.77-111.

Author	Period (Years)	n	Suicide			Cases for person years	Rate per 100.000 persons-years	Rate in G.P (per 100.000) ¹	Odds ratio (95% CI)	Interval
			Cases	Control Group	%					
Asscheman et al	36	1331	18	SMR	1,35%	0,00038	37,57	10,97	3,43	1,75 - 6,71
Dhejne et al	30	324	10	5,1:100.000	3,09%	0,00103	102,88	12	8,58	4,72 - 15,60
Karpel et al	18	207	1	none	0,48%	0,00027	26,84	14,95	1,80	0,95 - 3,38
Simonsen et al	32	104	2	none	1,92%	0,00060	60,10	9,2	6,53	3,27 - 13,08
Sorensen	25	29	3	none	10,34%	0,00414	413,79	31,6	13,14	9,15-18,88
Van Kesteren et al	22	1109	13	SMR	1,17%	0,00053	53,28	11,83	4,50	2,40 - 8,46

Tabela 5 – Taxas estimadas de suicídio por 100.000 pessoas comparadas com as médias da população geral no mesmo período ou período mais aproximado.

1 – Taxa anual na População Geral (*General Population*):

Asscheman et al (2011) e Van Kesteren et al (1997) - <https://www.cbs.nl/en-gb/news/2017/26/1-894-suicides-in-2016>. Utilizamos a média no intervalo de anos correspondente (1975-1997 = 11,83 e 1975-2011 = 10,98).

Dhejne et al (2011) - <http://apps.who.int/gho/data/view.main.MHSUICIDEASDRv>

Karpel et al (2012) - <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ons3.pdf>

Simonsen et al (2016) - <http://apps.who.int/gho/data/view.main.MHSUICIDEASDRv>

Sorensen (1981) - https://www.who.int/mental_health/media/denm.pdf

Utilizando os valores de casos de suicídio pós-intervenção sobre o denominador superestimado de pessoas-anos (n x intervalo do estudo) e a taxa de suicídio geral da população, procedemos a metanálise dos dados dos estudos (fig.4), através do programa *Comprehensive Meta-Analysis Version 3* (Borenstein, Hedges, Higgins e Rothstein, 2013). Encontramos uma taxa de incidência geral (*Rate ratio – RR*) de 5,63 (3,66 – 8,67, IC 95%), com $I^2 = 8,754\%$ e $Q\ value = 5,48$.

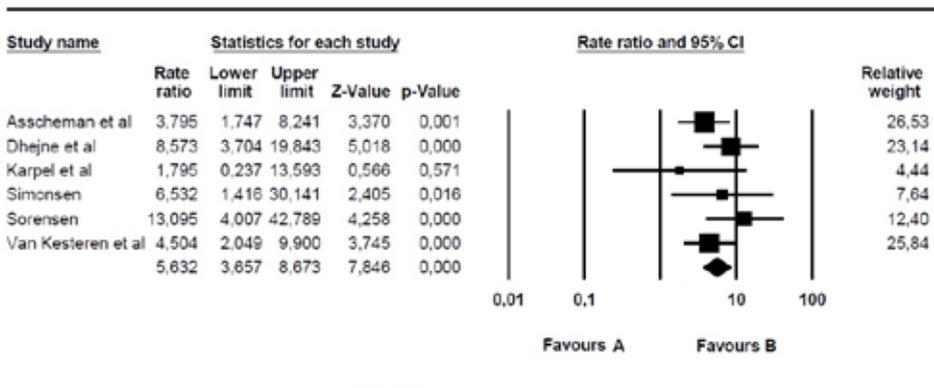


Fig.4 – Metanálise da razão de taxa de incidência de suicídio entre amostra pós-intervenção e população geral.

3.3.3. Taxas de tentativas de suicídio pós-intervenção

Somente três estudos avaliaram as tentativas de suicídio pós-intervenção. No total, as amostra somaram 411 indivíduos, dos quais 35 (8,52%) atentaram contra a própria vida após a intervenção.

De Cuyper *et al* (2006) entrevistaram 58 transexuais dos 107 (54,2%) operados no Hospital Universitário de Ghent, na Bélgica entre 1986-2001 (15 anos). Eles detectaram melhora em diversos aspectos clínicos e sociais, inclusive na taxa de tentativa de suicídio, que caiu de 29,3% para 5,1%. Porém, este valor ainda é bem maior do que a taxa da população geral (0,15%), segundo os autores.

Dhejne *et al* (2011), num estudo de coorte retrospectivo na Suécia de 1973-2003 (30 anos) avaliaram a mortalidade, a morbidade psiquiátrica, acidentes e envolvimento em crimes em um grupo dos 324 transexuais operados oficialmente no país nesse período, comparando os dados com um grupo controle de 3.240 indivíduos cisgêneros. Eles encontraram 29 tentativas de suicídios (8,95%) dentre a amostra pós-intervenção comparado com 44 (1,36%) do grupo controle, com OR = 7,14 (4,40-11,58 / IC 95%).

Sorensen (1981) identificou outras 3 (10,34%) tentativas de suicídio em pacientes pós-intervenção num estudo com 29 indivíduos (todos *MtF*) na Dinamarca no período de 1956-1981 (25 anos). Ele não utilizou grupo controle ou forneceu qualquer outro dado comparativo. Segundo Reuter Morthorst, Soegaard, Nordentoft e Erlangsen (2016), a taxa de incidência de tentativas de suicídio na

Dinamarca entre homens no período 1994-2011 foi de 130,7:100.000 pessoas (0,13%).

3.3.3.1. Resumo quantitativo comparado das taxas de tentativas de suicídio

Como somente um estudo (Dhejne *et al*, 2011) utilizou grupo controle, estimamos as tentativas de suicídio por 100.000 indivíduos (razão entre o total de tentativas de suicídios, a amostra e a quantidade de anos de estudo multiplicado por 100.000) para efeitos comparativos com as taxas da população geral.

Conforme tabela 6, vemos que em todos os estudos as taxas estimadas de tentativas de suicídio na amostra pós-intervenção (*per* 100.000 pessoas) são maiores dos que as da população geral, variando entre 2,3 e 7,95 vezes. A taxa de possibilidades (*Odds ratio* - *OR*) geral é de 4,09 (3,7 – 4,97 / 95% IC). Não procedemos com a metanálise dos dados, devido à baixa amostragem estatística.

Suicide Attempt										
Author	Period (Years)	n	Cases	Control Group	%	Cases for person-years	Rate per 100.000 person-years	Rate in G.P (per 100.000) ¹	Odds ratio (95% CI)	Interval
De Cuyper <i>et al</i>	15	58	3	0,15%	5,17%	0,0034	344,83	150,0	2,30	1,90 - 2,79
Dhejne <i>et al</i>	30	324	29	1,36%	8,95%	0,0030	298,35	100,0	7,95	5,5 - 11,4
Sorensen	25	29	3	none	10,34%	0,0041	413,79	130,7	3,17	2,61 - 3,87
Totals and means	23,3	411	35		8,52%	1,50	364,96	126,90	4,09	3,37 - 4,97

Tabela 6 - Taxas estimadas de tentativas de suicídio por 100.000 pessoas comparadas com as médias da população geral no mesmo período ou período mais aproximado.

1 – Taxa na População Geral (*General Population*):

De Cuyper *et al* (2006) – Fornecido pelos próprios autores – 0,15% ou 150:100.000.

Dhejne *et al* (2011) – Grupo controle (n=3240) apresentou 44 ocorrências - 1:1000 pessoas-ano ou 100:100.000.

Sorensen (1981) – Nenhum grupo controle ou referência foi utilizado pelo autor. Utilizamos como referência a estimativa de Reuter Morthorst *et al* (2016) de 130,7:100.000.

3.4. Discussão

Realizamos uma revisão sistemática da literatura para avaliar se as taxas de suicídio e tentativas de suicídios entre a população transexual são reduzidas para níveis próximos aos da população geral após o processo de redesignação. Encontramos sete estudos de longo período de seguimento (1 - >30 anos) em intervalos substanciais de avaliação (entre 15-36 anos) que envolveram 2.057 transexuais de cinco países distintos da Europa. Seis estudos (n = 1995) sugerem que as taxas de suicídio na população transexual permanecem substancialmente maiores do que as taxas da população geral mesmo após a intervenção ($RR = 5,63$ (3,66 – 8,67), IC 95%). Três estudos (n = 411) indicam que as taxas de tentativa de suicídio também são significativamente maiores em transexuais pós-intervenção do que na população geral ($OR = 4,09$ (3,37-4,97), IC 95%).

Há um consenso na comunidade científica de que o processo redesignador de gênero propicia melhorias em diversos indicadores, como qualidade de vida, redução das comorbidades psiquiátricas, redução das taxas de suicídio e tentativas de suicídio, satisfação com o processo e outros indicadores psicossociais (Murad *et al*, 2010). A despeito da melhoria desses indicadores, os resultados aqui relatados apontam que o processo redesignador de gênero por si só não é eficaz em reduzir as taxas de suicídio e tentativas de suicídios de transexuais ao longo do tempo para os níveis da população geral.

Uma hipótese para explicar esses resultados é uma certa anomia social e individual promovida pelo próprio sistema binário de diferenciação de gênero, que alicerça e justifica o processo redesignador. O pressuposto de que só existem dois gêneros (masculino e feminino), que estes guardam correspondência direta com o dimorfismo sexual e, que cada indivíduo deve pertencer a um ou outro necessariamente, produz a exclusão daqueles irredutíveis a essa lógica. A disforia de gênero é uma das categorias reservada para esses dissonantes e é descrita como “uma marcada incongruência entre o gênero experienciado/expresso pelo indivíduo e aquele assinalado” (APA, 2013, p.452). O processo redesignador intenta suprimir ou mitigar essa incongruência através de transformações corporais que rearmonizam os gêneros assinalado e experienciado/expresso. Contudo, esses indivíduos, mesmo redesignados, podem permanecer irredutíveis a um único gênero, seja porque seu passado lhes conferiu outro gênero as suas identidades, seja porque seu presente ainda lhes atualiza remanescências atribuídas ao outro gênero (os cromossomos e caracteres sexuais secundários ainda remetem ao sexo de origem e, portanto, ao gênero assinalado primordialmente). Para assumir ex-

clusivamente o novo gênero, seria preciso suprimir ou alienar-se do gênero assinalado e dos atributos sexuais correspondentes a ele, o que requereria viver em perpétua negação para conformar-se a uma identidade exclusivamente feminina ou masculina.

Assim, a tentativa de redução dos indivíduos a um único gênero pode propiciar um conflito em relação à própria identidade e ao papel social que redundaria em anomia: deve-se assumir uma nova identidade exclusivamente pertencente a um determinado gênero, mas a experiência individual e social não permitem a supressão total do gênero primordialmente assinalado, criando um lugar paradoxal onde o indivíduo não é nem totalmente homem nem mulher. Esse conflito identitário aliado a esse não lugar social podem se tornar fatores predisponentes à tentativa de suicídio e ao suicídio e justificar os índices encontrados. Se essa suposição estiver correta, a redução das taxas de suicídio e tentativas de suicídio entre transexuais talvez passe pela positividade das identidades trans para além da dualidade de gênero correlata ao dimorfismo sexual. Assim, talvez a resolução do conflito entre os gêneros experienciado/expresso e assinalado não seria dada pela supressão do último em adequação ao primeiro, mas na mudança do pressuposto da binaridade excludente (oposição entre masculino e feminino) para a assunção de n gêneros possíveis.

3.4.1. Limitações

Poucos estudos acompanham os resultados pós-intervenção de transexuais por longos períodos de tempo. Na maioria das vezes, há risco de viés devido ao objetivo dos estudos, visto que o foco é a avaliação da melhoria de indicadores psicossociais, de qualidade de vida e satisfação com os resultados cirúrgicos. Assim, a perda da população de amostra ao longo dos anos não é necessariamente investigada a fundo, com cruzamento de dados com os serviços nacionais de registro civil para identificação de eventuais óbitos e as respectivas *causa mortis*. Dessa forma, os números podem estar subestimados. Novos estudos de seguimento de longo prazo devem acompanhar essa população com melhor mapeamento da amostra e padronização nos indicadores para aumentar a significância estatística das análises.

Capítulo 4: Disforia de gênero: Psicopatologia sexual ou social?

Desde o século XIX, a ciência vem investindo o campo da sexualidade, estabelecendo os limites das práticas normais e patológicas, regulando os desempenhos e delimitando as identidades. O diagnóstico de disforia de gênero no DSM-5 (*American Psychiatric Association [APA], 2013*) é um dos mecanismos do dispositivo de sexualidade (Foucault, 1976/2005) que atua nessa regulação e modulação das identidades. Neste trabalho, pretendemos entender como ele atua, que instâncias o promulgam e questionar sua ontologia enquanto psicopatologia sexual.

Para isso, iremos partir da análise da categoria, desde sua entrada no DSM-III em 1980, investigando as contingências teóricas e pragmáticas que a formataram. Depois, analisaremos a articulação do diagnóstico do DSM com o mecanismo de poder subjacente, propondo uma leitura ampliada do transtorno para além da dimensão individual, como um subproduto social da biopolítica das identidades. Por fim, propomos um prognóstico da disforia de gênero baseado nas lições que a despatologização da homossexualidade nos trouxe, prenunciando o fim provável dessa categoria como consequência da ampliação da luta por direitos dos grupos LGBTI+.¹

4.1. Do transtorno de identidade de gênero à disforia de gênero: De dentro para fora do DSM.

A disforia de gênero se refere ao sofrimento que pode decorrer da incongruência entre os gêneros experienciado e expresso e aquele assinalado ao indivíduo (*American Psychiatric Association [APA], 2013*). O fenômeno da incongruência de gênero e do transsexualismo estreou nos manuais diagnósticos internacionais no último quarto do século XX: em 1977 na *International Classification of Diseases – 9th edition [ICD-9]* com as categorias 302.5 – Transsexualismo e 302.6 – Transtornos da identidade psicosexual, que pertenciam ao subgrupo de transtornos e desvios sexuais (302), que por sua vez eram uma categoria do capítulo de transtornos mentais (290-319) (*World Health Organization [WHO], 1977*). E em 1980 na terceira edição do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders [DSM]* (APA, 1980), com a nova subcategoria dos Transtornos Psi-

¹ Sigla que congrega lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transsexuais, intersexos e outras identidades de gênero e sexualidade não contempladas na atual sigla adotada, representadas pelo “+”.

cossexuais - Transtornos de identidade de gênero, que incluíam o transexualismo e o transtorno de identidade de gênero na infância. Mas o que motivou sua entrada no DSM-III?

Primeiramente, precisamos citar que o próprio projeto do DSM-III, publicado em 1980, consistiu de uma descontinuidade epistemológica no diagnóstico psiquiátrico. Rompendo com o substrato psicanalítico que ancorava as versões anteriores e tentando responder a um crescente movimento antipsiquiátrico da época que colocava em xeque o próprio estatuto da psiquiatria,² o DSM-III instituiu um novo modelo diagnóstico calcado em uma descrição sistemática dos transtornos mentais e baseado em dados de pesquisas publicadas (Lieberman, 2016). A própria definição de transtorno mental foi modificada, abandonando-se o paradigma etiológico em função de um operacional:

No DSM-III cada transtorno mental é conceitualizado como um comportamento clinicamente significativo ou uma síndrome ou padrão psicológico que ocorre em um indivíduo e que é tipicamente associado com um sintoma doloroso (angústia) e com prejuízos em uma ou mais áreas importantes de funcionamento (incapacidade). Adicionalmente, há uma inferência de que há uma disfunção comportamental, psicológica ou biológica, e que o distúrbio não se encontra unicamente na relação entre indivíduo e sociedade. (APA, 1980, p.6).

Visando a restabelecer a credibilidade da psiquiatria, o DSM-III pretendia constituir uma visão universal dos transtornos mentais, fruto de um consenso científico de diversas correntes teóricas que estabeleciam uma figura clínica bem delimitada (Lieberman, 2016). Para tanto, uma das bases metodológicas do DSM-III foram os critérios de Feighner (Lieberman, 2016). Feighner e seus colaboradores (1972) estabeleceram um método descritivo dos diagnósticos psiquiátricos baseado na síntese de toda a publicação científica disponível sobre o tema, tendo se tornado uma das publicações científicas mais influentes da época. Desde sua publicação até 1980, o artigo teve uma média de 145 citações anuais, contra uma

2 O movimento antipsiquiátrico consistiu de uma série de críticas de importantes pensadores ao estatuto da doença mental bem como aos modelos de tratamento e encarceramento dos manicômios. Destacam-se entre eles, Laing, R. (1960). *The Divided Self: An Existential Study in Sanity and Madness*. Harmondsworth: Penguin. Cooper, D.G. (1967). *Psychiatry and anti-psychiatry*. Tavistock Publications, London ; Sydney. Foucault, M. (1972). *Histoire de La Folie à l'Âge Classique*. Éditions Gallimard, Paris (Originalmente publicado em 1961); Szasz, T. S. (1961). *The myth of mental illness; foundations of a theory of personal conduct*, Nova York: Hoeber-Harper, entre outros. Particularmente nos Estados Unidos, o experimento de Rosenhan (Rosenhan, D.L. (1973). On Being Sane in Insane Places. *Science*, New York, 179 (4070), 250–258) teve bastante repercussão e desestabilizou a credibilidade da psiquiatria. Nele, vários colaboradores normais foram imiscuídos em 12 hospitais psiquiátricos distintos em diversos estados sob a falsa alegação de que ouviam vozes. Após a admissão, todos agiam naturalmente sem apresentar qualquer sinal ou sintoma. Após um período que variou de 7-52 dias, eles foram dispensados, a maioria com diagnósticos de esquizofrênicos em remissão, sem que a farsa fosse detectada. O autor concluiu que, nos hospitais psiquiátricos, não se pode distinguir os loucos dos sãos.

média geral de 2 citações anuais dos artigos da mesma revista (*Archives of General Psychiatry*) (Lieberman, 2016). Em seu artigo, Feighner e seus colaboradores (1972) definiram os critérios diagnósticos para 14 doenças psiquiátricas, desde a esquizofrenia e a anorexia nervosa até a homossexualidade e o transsexualismo, no campo das psicopatologias sexuais.

O aparecimento do transsexualismo no texto de Feighner e seus colaboradores (1972) remete a um progressivo incremento de produções científicas sobre o tema nos anos anteriores. De fato, desde o caso Jorgensen e do trabalho de Harry Benjamin, o tema recebeu assaz interesse acadêmico e clínico. Nasceu George William Jorgensen Jr. e operado pelo médico dinamarquês Christian Hamburger e seus colaboradores (1953), Christine Jorgensen retornou aos Estados Unidos, onde obteve reconhecimento legal de sua transição de gênero e se transformou em importante ativista da causa transexual. Sua história teve imensa repercussão midiática e científica, e ela veio a receber o título de “Mulher do Ano” de um grupo de Nova Iorque (Castel, 2001).

O artigo de Hamburger, Stürup e Dahl-Iversen (1953) recebeu especial atenção, sobretudo de Harry Benjamin (1966), quem melhor sistematizou a teoria do transsexualismo, distinguindo-o de outros fenômenos, como o transvestismo – que era, inclusive, a categoria na qual os transexuais eram incluídos à época, como o fez Hamburger e seu time (1953). Em seu artigo, Hamburger *et al* (1953) versaram sobre o diagnóstico de eonista, ou travesti genuíno, que se distinguiu não apenas pelo desejo por trajes femininos (no texto, Hamburger *et al* (1953) trataram apenas do eonista masculino, ou o homem que deseja virar mulher), mas sobretudo por ansiarem em se transformar em mulheres. Além do diagnóstico, os autores especularam sobre as bases etiológicas do transtorno (físicas e psíquicas) e os malogrados tratamentos até então disponíveis. Reportando o caso Jorgensen (sem utilizar esse nome, contudo), os autores propuseram como tratamento paliativo (considerando que não havia cura definitiva para o eonismo e, que na ausência desta, era tarefa médica mitigar o sofrimento dos pacientes) seu modelo de atuação, que seria, em linhas gerais, adotado como padrão de tratamento para os transexuais. Este consistia de: 1) Permissão para vestir roupas femininas em público; 2) Reconhecimento legal e registro feminino; 3) Administração de substâncias estrogênicas, 4) Castração (remoção das glândulas sexuais) 5) Demasculinização (remoção do pênis) e 6) Formação da vagina artificial. Depois do caso Jorgensen e sua midiática, Hamburger e seus colaboradores (1953) receberam centenas de cartas de outros pacientes que desejavam fervorosamente pela mesma transformação.

Harry Benjamin (1966) foi um dos médicos que tratou diversos transe-

xuais nos Estados Unidos e um dos que melhor perpetuou o modelo de tratamento proposto por Hamburger *et al* (1953). Ele sistematizou a teoria do transexualismo em seu clássico *The transsexual phenomenon* (1966). Nesta obra, delimitou o diagnóstico, apresentou contribuições à etiologia, criou uma escala (*Sex Orientation Scale – S.O.S*) que diferenciava os travestis dos transexuais em suas diversas gradações (vide anexo 2) e propôs os métodos de intervenção e suas contraindicações (bastante sintonizados com os de Hamburger *et al*, 1953), bem como apresentou os resultados de seu acompanhamento de 51 pacientes operados até então. Seu trabalho virou referência para o estudo e o tratamento do transexualismo que até hoje utiliza as bases estruturadas por ele. Em 1979, foi criado o *Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association* (HBIGDA) em sua homenagem. Mais tarde, esse instituto que definiu e ainda define diretrizes internacionais para o tratamento de transexuais (através do *Standards of Care – SOC*), se transformou em uma das principais entidades internacionais do campo, a *The World Professional Association for Transgender Health* (WPATH).

Assim, vemos como a prática encetada por Hamburger *et al* (1953) e a repercussão do caso Jorgensen promoveram um substancial interesse acadêmico e clínico sobre a questão transexual. Isso fica comprovado pelo número de publicações científicas sobre o tema. Uma rápida pesquisa no Pubmed, principal motor de busca da MEDLINE (uma das maiores bases de dados de artigos científicos da área médica), com os descritores padrões (*Medical Subject Headings - MeSH terms*): *Transgender Persons*, *Transsexualism* e seus respectivos *entry terms* nos mostra que o número de publicações aumentou substancialmente:

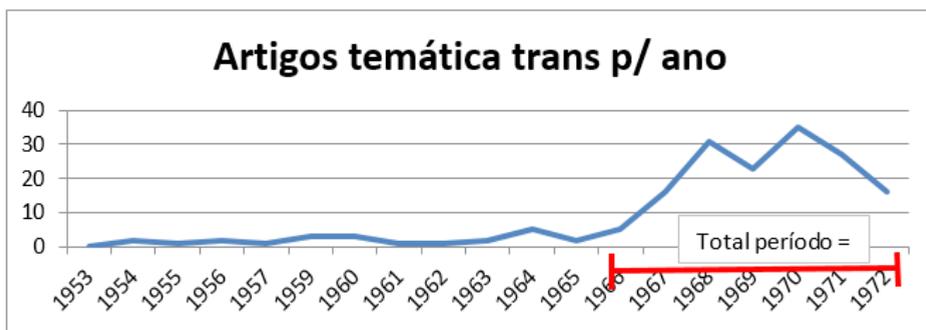


Fig. 5 – Evolução da publicação de novos artigos com temática Trans por ano. Base de dados: Medline.

Vemos que, desde a publicação de Hamburger *et al* (1953), onde o diagnóstico ainda estava misturado ao de transvestismo, a quantidade de publicações anual em que aparecem termos como transsexualismo ou seus derivados é bem modesta. A partir da publicação de Benjamin (1966) vemos um espantoso aumento de 5 publicações daquele ano para 16 em 1967 (320% em relação ao ano anterior) e 31 em 1968 (194% em relação ao ano anterior). Quando Feighner *et al* (1972) publicaram seu famoso artigo, eles se esforçaram em buscar os dados mais atuais de pesquisas sobre cada transtorno avaliado, pois a maior parte do material levantada por eles (cerca de 60% das citações) correspondia aos 5 anos que antecederam sua publicação. Ora, neste período o tema do transsexualismo estava em alta no meio acadêmico com uma média de pelo menos 26 artigos anuais.

Utilizando o mesmo critério de busca para os descritores relativos a outros transtornos sexuais bastante estudados à época, vemos que nos cinco anos anteriores à publicação de Feighner *et al* (1972), o transsexualismo só perdeu para a homossexualidade em termos de produção acadêmica:

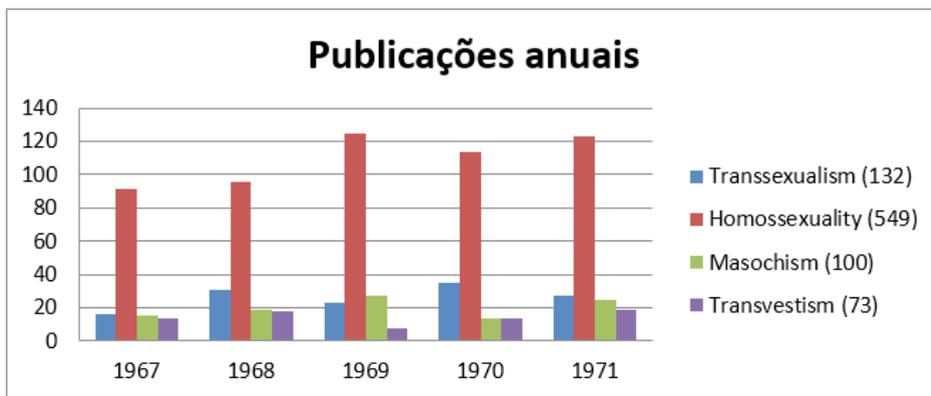
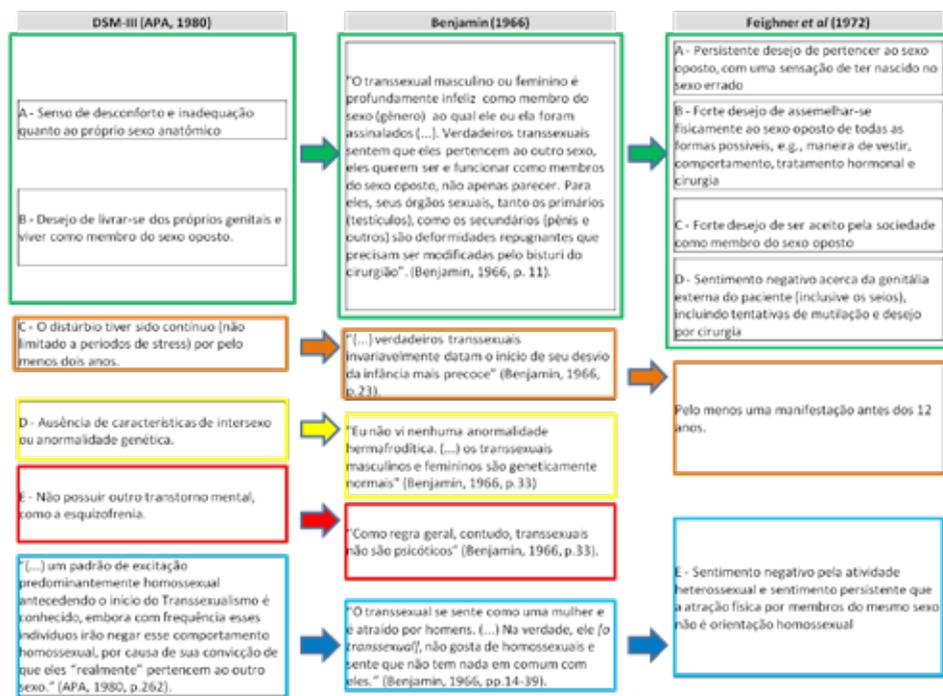


Fig.6 – Produção acadêmica anual de diversos transtornos sexuais na base de dados Medline.

Vemos na figura 6 que transtornos consagrados, como é o caso do masoquismo (100 publicações no período / média de 20/ano) não despertaram tanto interesse no período quanto o transsexualismo (132 publicações no período / média de 26,4/ano). Por outro lado, o estudo da homossexualidade também estava bastante em voga e teve 549 artigos no mesmo período (média de 109,8/ano). Não é de se estranhar, portanto, que Feighner *et al* (1972) tenham privilegiado a homossexualidade e o transsexualismo em seu trabalho.

Do aparecimento na publicação de Feighner *et al* (1972) ao DSM-III temos quase uma transposição direta do transexualismo. E não foi somente porque a primeira foi a base do manual. Quando a força tarefa do DSM foi instituída em 1973, foram designados diversos comitês especializados nas áreas temáticas do novo manual (transtornos mentais orgânicos, transtornos do uso de substâncias, transtornos de ansiedade e dissociativos, etc.). Dentre os membros do comitê responsável pelos transtornos psicosssexuais estavam pesquisadores importantes do campo do transexualismo e estudos de gênero, como Anke A. Ehrhardt, Richard Green, John Money e Robert Stoller. Destes, Green, que era um discípulo devotado de Harry Benjamin,³ e Money eram as referências básicas do transexualismo em Feighner *et al* (1972).

Quando comparamos os critérios de Feighner *et al* (1972) com os do DSM-III, vemos claramente a influência do primeiro sobre o segundo, bem como a influência de Benjamin (1966) sobre ambos.



Quadro 7 – Quadro comparativo dos critérios de Feighner *et al* (1972), o DSM-III (APA, 1980) e excertos do livro de Benjamin (1966).

3 Ver nota 37.

Os critérios inclusivos do DSM-III (A, B) são praticamente a síntese dos critérios A, B, C e D de Feighner *et al* (1972) e possuem a mesma base descritiva de Benjamin (1966), que consistem de inadequação ao sexo de nascença e ao gênero assinalado, bem como a repulsa pelos genitais. O critério C do DSM-III, relativo à presença dos sintomas por pelo menos dois anos está mais relacionado ao critério de regularidade que o DSM-III inaugurou (Lieberman, 2016) do que ao início do transtorno. Como o próprio DSM descreve no campo de idade de início:

Indivíduos que desenvolvem transexualismo frequentemente evidenciam problemas de identidade de gênero na infância. (...) O período no qual toda a síndrome aparece para aqueles de curso "assexual" ou "homossexual" é no final da adolescência ou início da vida adulta. Em indivíduos com curso "heterossexual" o transtorno pode aparecer mais tardiamente (APA, 1980, p.262-263).

Os critérios excludentes do DSM-III (D e E) pretendem separar o transtorno das manifestações dos intersexos e daqueles que apresentam os sintomas em decorrência de uma psicose, por exemplo, tal como Benjamin (1966) havia diferenciado.

Assim, fica clara a relação entre Hamburger *et al* (1953) e Benjamin (1966) e Green e Money (1969) e Feighner *et al* (1972) e DSM-III (APA, 1980). Em resumo, podemos dizer até aqui que, a partir da prática engendradora por Hamburger *et al* (1953) e a conseqüente midiática do caso Jorgensen, da sistematização do conhecimento acerca do fenômeno transexual de Benjamin (1966) e a popularização do tema no âmbito acadêmico, se formaram as contingências necessárias para reificação do transexualismo enquanto transtorno psiquiátrico do campo sexual. O transtorno foi engendrado na conjunção entre a prática cirúrgica e a teoria psi.

Ora, por que o repentino interesse sobre o transexualismo que se substanciou num incremento da produção acadêmica a partir de meados dos anos 60? Seria a revelação de uma doença adormecida que tomou de sobressalto a população e se espalhou como uma epidemia? Talvez Hamburger (1953) tenha sido levado a crer que sim. Após a repercussão de sua intervenção no caso Jorgensen, ele recebeu centenas de cartas do mundo inteiro de pessoas que ansiavam pelo mesmo processo. Ele publicou num jornal de endocrinologia uma síntese das características das 465 pessoas que o escreveram requisitando a conversão (Hamburger, 1953). Hamburger (1953) não escondeu no texto sua compaixão por tamanho desalento. É possível que ele tenha deduzido que o número de infelizes nessa condição fosse muito maior do que se sabia. De fato, pouco ou nada se sabia sobre a prevalência desse fenômeno na população naquela época.

Mesmo à época da publicação do DSM-III em 1980 poucos estudos haviam sido publicados sobre a prevalência do transsexualismo e, possivelmente por esta razão, o DSM preferiu não inserir dados específicos sobre a prevalência no diagnóstico de transsexualismo, mas apenas citar que era um transtorno aparentemente raro (APA, 1980). De qualquer forma, quando os estudos de prevalência começaram a vir à tona, os resultados sempre se mostraram discretos. Walinder (1968), um dos pioneiros desse tipo de pesquisa, estimou uma prevalência média na população sueca de 1:54.000 (~0,002%), sendo 1:37.000 (~0,003%) homens e 1:103.000 mulheres (~0,001%). Considerando a população Sueca em 1970 de pouco mais de 8 milhões de pessoas,⁴ pode-se estimar que à época o fenômeno ocorresse em cerca de 150 pessoas por todo aquele país. Se retomarmos a figura 5, veremos que em 1971 já havia mais publicações sobre o tema (160) do que transexuais na Suécia. Hoening e Kenna (1973) estimaram a prevalência de transexuais na Inglaterra e em Gales em 1,51:100.000 habitantes (0,0015%), sendo ~1:40.000 homens (0,0025%) e 1 ~1:154.000 mulheres (~0,0006%). No DSM-III R (APA, 1987), os valores de prevalência para o transsexualismo foram mencionados pela primeira vez: 1:30.000 homens (~0,003%) e 1:100.000 mulheres (~0,001%). Na última versão (APA, 2013), a estimativa de prevalência média para a agora então disforia de gênero foi de 0,006%, ou 9,5:100.000 homens (~0,009%) e 2,5:100.000 mulheres (~0,0025%). Todos estes valores são considerados de baixa prevalência, a ponto de entrarem na categoria de doenças raras (<1:2.000, ou <50:100.000, ou <0,05%).⁵

Se utilizarmos os valores de prevalências das outras categorias de transtornos que remetem à sexualidade no DSM-5 (APA, 2013), como as disfunções sexuais e os transtornos parafilicos, e os compararmos com a disforia de gênero, veremos que este é o único transtorno raro (prevalência < 50:100.000 pessoas) que figura no repertório:

4 8.081.229. Retirado do site <https://www.scb.se/en/finding-statistics/statistics-by-subject-area/population/population-composition/population-statistics/pong/tables-and-graphs/yearly-statistics--the-whole-country/summary-of-population-statistics/>. Acesso em 13 de abril de 2019.

5 Richter, T., Nestler-Parr, S., Babela, R., Kahn, Z.M., Tesoro, T., Molsen, E., Hughes, D.A. (2015). Rare Disease Terminology and Definitions – A Systematic Global Review: Report of the ISPOR Rare Disease Special Interest Group. *Value in Health*, 18(6), 906–914.

Code	Description	Group	Min. Prevalence		Max. Prevalence		Average Prevalence	
			per 100.000	%	per 100.000	%	per 100.000	%
302.74	Delayed ejaculation	Sexual dysfunctions	1.000	1,00%	25.000	25,00%	13.000	13,00%
302.72	Erectile disorder	Sexual dysfunctions	2.000	2,00%	50.000	50,00%	26.000	26,00%
302.73	Female orgasmic disorders	Sexual dysfunctions	10.000	10,00%	42.000	42,00%	26.000	26,00%
302.72	Female sexual interest/arousal disorder	Sexual dysfunctions	-	-	-	-	-	-
302.76	Genito-pelvic pain/penetration disorder	Sexual dysfunctions	15.000	15,00%	15.000	15,00%	15.000	15,00%
302.71	Male hypoactive sexual desire disorder	Sexual dysfunctions	6.000	6,00%	41.000	41,00%	23.500	23,50%
302.75	Premature ejaculation	Sexual dysfunctions	20.000	20,00%	30.000	30,00%	25.000	25,00%
302.6	Gender dysphoria in children	Gender dysphoria	-	-	-	-	-	-
302.85	Gender dysphoria in adolescents and adults	Gender dysphoria	3,5	0,0035%	8,5	0,0085%	6,0	0,006%
302.82	Voyeuristic disorder	Paraphilic Disorders	4.000	4,00%	12.000	12,00%	8.000	8,00%
302.4	Exhibitionistic disorder	Paraphilic Disorders	2.000	2,00%	4.000	4,00%	3.000	3,00%
302.89	Frotteuristic disorder	Paraphilic Disorders	-	-	30.000	30,00%	30.000	30,00%
302.83	Sexual masochism disorder	Paraphilic Disorders	1.300	1,30%	2.200	2,20%	1.750	1,75%
302.84	Sexual sadism disorder	Paraphilic Disorders	2.000	2,00%	30.000	30,00%	16.000	16,00%
302.2	Pedophilic disorder	Paraphilic Disorders	3.000	3,00%	5.000	5,00%	4.000	4,00%
302.81	Fetishistic disorder	Paraphilic Disorders	-	-	-	-	-	-
302.3	Transvestic disorder	Paraphilic Disorders	-	-	3.000	3,00%	3.000	3,00%

Tabela 8 – Quadro comparativo dos valores de prevalência dos diferentes diagnósticos relativos ao campo da sexualidade no DSM-5 (APA, 2013). Dados retirados do próprio manual.

Como podemos observar, a disforia de gênero é muito mais rara do que todos os transtornos de desempenho sexual (disfunções sexuais), bem como todas as antigas perversões (transtornos parafilicos) - cujo diagnóstico vem se tornando cada vez mais inusual – inclusive seu antigo “gêmeo siamês”, o transtorno transvêstico. A diferença em relação ao segundo e terceiros transtornos menos prevalentes é abismal: enquanto a disforia de gênero apresentou uma prevalência média de 6:100.000 pessoas, o masoquismo apresentou 1.750:100.000 e os transtornos transvêstico e exibicionistas apresentaram 3.000:100.000. O que levou um transtorno de tão baixa prevalência a receber tanta atenção e a se tornar alvo de tamanho escrutínio acadêmico? O que ensejou sua entrada no grande rol da psicopatologia sexual? O que o mantém lá? Até aqui podemos perceber que não foi seu grau de prevalência ou sua relevância estatística.

4.2. A biopolítica das identidades como eliciadora da disforia

Se não foi a relevância estatística e a incidência do fenômeno transexual na população que motivou tamanha produção acadêmica e sua promulgação nos grandes compêndios de transtornos mentais, poderia ter sido sua relevância clínica? Indubitavelmente, há graves e trágicas consequências em diversos casos de disforia de gênero, como a automutilação e o suicídio. Benjamin (1966) já os havia apontado, sobretudo no estágio mais elevado de sua escala (vide anexo 2). Pesquisas ulteriores demonstraram a relevância do problema: Blosnich, Brown,

Wojcio, Jones e Bossarte (2014) verificaram uma taxa de suicídio entre transgêneros veteranos americanos de 82:100.000 pessoas, enquanto a taxa média da população daquele país é de 14,3:100.000 (World Health Organization [WHO], 2017). Num estudo da *National Gay and Lesbian Task Force* e da *National Center for Transgender Equality* nos Estados Unidos, com 6450 participantes, 41% relatou já ter atentado contra a própria vida, enquanto a prevalência na população geral é de 1,6% (Grant et al.,2011).

Ora, então parece termos aí justificada a relevância clínica que teria motivado tamanha mobilização acadêmica em prol do tema. De fato, ela é um argumento irrefutável. Contudo, é preciso ir além e lembrar que o que recortou e especificou o diagnóstico em primeiro lugar foi a prática de redesignação de Hamburger *et al* (1953). É o tratamento (mesmo que paliativo, segundo seus disseminadores) que determinou o diagnóstico, e é o diagnóstico que agora precisa ser justificado pela relevância clínica. Assim, diagnóstico e relevância clínica só se sustentam na medida em que têm no tratamento seu objetivo último: existe essa categoria específica de incongruentes de gênero, que só estão assim porque ainda não foram corrigidos e, se não podem ser corrigidos através das psicoterapias disponíveis, devem sê-lo através do processo de redesignação somática, porque, do contrário, eles representam um risco a si próprios.

Como demonstramos no Capítulo 3, os índices de suicídio entre transexuais após processo de redesignação se mantêm ainda muito altos e bem longe dos índices da população geral. Assim, temos uma massa teórica conformando um diagnóstico com uma relevância clínica (alta taxa de suicídio) para justificar uma ação de correção que nem é tão eficaz em resolver aquilo que a motivou, em primeiro lugar. Mas isso nem deve importar tanto, porque agora, enfim, esses indivíduos estão em harmonia com a univocidade dos sexos, a univocidade dos gêneros. Eles encontraram, enfim, graças a uma piedosa medicina, seu “verdadeiro sexo” (Foucault, 1978/1982). A questão transexual remete à problemática hermafrodita dos séculos XVIII - XIX, tal como Foucault (1978/1982) colocou:

As teorias biológicas da sexualidade, as concepções jurídicas do indivíduo, as formas de controle administrativo nos Estados Modernos, acarretaram pouco a pouco, a recusa da ideia de mistura de dois sexos em um só corpo e conseqüentemente à restrição da livre escolha dos indivíduos incertos. A partir de então, um só sexo para cada um. (p. 2).

A evocação da relevância clínica revela uma gênese social do transtorno que mais o contradiz enquanto distúrbio particular do que o justifica. O desejo de conversão do sexo, ditado da boca dos pacientes foi capturado e transformado

pela medicina e a psiquiatria em uma ferramenta biopolítica⁶ das identidades. O poder de regular as identidades, de determinar a qual sexo cada indivíduo pertence é exercido através dos saberes precisamente engendrados para cumprir este propósito. Como disse Foucault (1975/1997): “(...) o poder produz saber (...) não há relação de poder sem constituição correlata de um campo de saber, nem saber que não suponha e não constitua ao mesmo tempo relações de poder” (p. 27). Ora, o que suscitou tamanho interesse acadêmico que reverberou na criação da especificidade do diagnóstico de transexualismo e transtorno de identidade de gênero no DSM não foi nem a relevância estatística da prevalência, nem a relevância clínica das taxas de suicídio e automutilação, mas a possibilidade, mesmo que a princípio escandalosa e controversa, de rearmonizar sexo e gênero no indivíduo, de reduzi-lo novamente a um único sexo, de desconfundir a mistura do feminino e masculino num único corpo. Tal como cabia à medicina desvendar o verdadeiro sexo dos hermafroditas, agora cabia a ela a tarefa de suprimir um dos sexos desses indivíduos, reformulando-os e fazendo-os parecer com um dos moldes universais de masculino ou feminino.⁷ É, no fundo, a regulação das identidades, ou mais precisamente, a biopolítica das identidades que está por trás da produção acadêmica em larga escala acerca do fenômeno transexual.

Chegamos ao ponto em que precisamos questionar a realidade objetiva da disforia de gênero no DSM. Apesar da estratégia metonímica da 5ª edição em tentar deslocar o transtorno da questão identitária⁸ para o sofrimento oriundo da incongruência de gênero, a função do diagnóstico permaneceu inalterada: condição *sine qua non* para ascender ao processo de redesignação de gênero. Em todos os protocolos médicos para realização dos processos de redesignação (que incluem um ou mais procedimentos como tratamento hormonal e cirurgias de adequação, não restritas somente aos genitais, mas também incluindo as mastectomias, implantes de mamas, cirurgias vocais, etc.) consta, com maior ou menor variação, a premissa do diagnóstico de disforia de gênero. A Associação mundial profissional para a saúde transgênera (*The World Professional Association for Transgender Health* [WPATH]) define, no seu manual de diretrizes para a saúde dos transexuais, transgêneros e pessoas com variabilidade de gênero como premissa para acesso aos tratamentos hormonais e cirúrgicos, o diagnóstico de disforia de gênero (WPATH, 2011). A psiquiatria se torna, por conseguinte, a guardiã do acesso aos processos de redesignação de gênero. Eis a função objetiva

6 Foucault (1976/2005) introduziu o termo biopolítica como uma estratégia do biopoder que visa à regulação dos processos globais da vida: o controle da natalidade, morbidade e mortalidade, longevidade, etc..

7 Preciado (2017) também aproxima as tecnologias postas em funcionamento para os intersexuais e os transexuais.

8 Até a 4ª edição do DSM o transtorno era denominado Transtorno de identidade de gênero.

do diagnóstico no DSM: submeter as pessoas que queiram modificar seus corpos, suas sexualidades ao seu crivo, aos seus critérios. O diagnóstico de disforia de gênero se refere menos a uma realidade da sexualidade do indivíduo do que a uma realidade social de controle das identidades, na medida em que impõe um certo conjunto de regras, de características às quais os indivíduos têm de se assemelhar para ter acesso às modificações corporais que anseiam. Em resumo, a disforia de gênero enquanto diagnóstico psiquiátrico é a estratégia epistêmica do exercício do poder psiquiátrico.

Na medida em que ampliamos a visão do diagnóstico de disforia de gênero para além das bordas que ele próprio circunscreve, vemos que ele não se limita à realidade de um conflito intra-psíquico de um indivíduo cujos gêneros assinalado e experienciado estão em divergência. O diagnóstico faz parte de uma estratégia biopolítica maior que visa a reconduzir os indivíduos à harmonia entre sexo e gênero. Mas, no cerne da questão está a incongruência e o pressuposto epistemológico da harmonia e da continuidade entre sexo e gênero.

A binaridade dos sexos e a binaridade dos gêneros são, em si, uma estratégia biopolítica: elas estão pressupostas nos processos de controle que a biopolítica estabeleceu a partir do século XVIII (Foucault, 1997/2010). Os controles de natalidade, morbidade, mortalidade, longevidade, previdência, enfim, o gerenciamento global sobre a vida e do ser humano enquanto espécie sempre supôs e separou as estatísticas para homens e mulheres e delineou a especificidade inerente a um ou outro grupo. Mas elas também fazem parte de uma estratégia que poderíamos chamar de biopolítica das identidades, que recorta na massa heterogênea da população diversos estereótipos que reúnem algum grupo comum de características mais ou menos estáveis. Assim, temos categorias universais para as quais a divisão binária dos sexos e dos gêneros não pesa tanto, como os loucos e os delinquentes, mas temos categorias específicas onde essas ordens binárias impõem uma série de características e obrigações introjetadas na subjetividade, como a mulher-mãe-trabalhadora.

Enfim, na base de toda identidade, a realidade primeira de sua divisão segundo o sistema sexo-gênero que fundamenta nossa sociedade. E é esse sistema que produz a disforia para os indivíduos que não se conformam com o gênero a eles atribuído, seja porque gostariam de pertencer ao outro gênero instituído, seja porque não se adéquam a nenhum deles. Como já bem observou Butler (1990/2016):

A noção de que pode haver uma “verdade” do sexo, como Foucault denomina ironicamente, é produzida precisamente pelas práticas reguladoras que geram identidades coerentes por via de uma matriz de normas de gênero coerentes. (...) A matriz cultural por meio da qual a identidade de gênero se torna inteligível exige que certos tipos de “identidade” não possam “existir”. (...) Ora, do ponto de vista desse campo, certos tipos de “identidade de gênero” parecem ser meras falhas do desenvolvimento ou impossibilidades lógicas, precisamente por não se conformarem às normas de inteligibilidade cultural. (p.44).

Estratagema engenhoso: a biopolítica das identidades promove um sistema binário de identidade ao qual todo e qualquer indivíduo deve ser submetido. Aqueles cuja introyecção falhou e, por consequência, apresentam algum desajuste social ou sofrimento individual com o gênero imposto, são capturados por um diagnóstico de transtorno mental, para o qual a única saída é um processo de conversão ao sexo oposto. Ora, se não estiveres satisfeito com o gênero imposto a ti, podemos assumi-lo no gênero oposto e, inclusive fazê-lo parecer com um modelo universal deste (com as características sexuais correspondentes). A função psiquiátrica da disforia de gênero consiste precisamente de redirecionar os inconformados de gênero para o sistema binário original – ela é o sistema de manutenção próprio da biopolítica das identidades. Como disse Denny: “(...) se há uma patologia, ela pode ser mais propriamente atribuída à sociedade do que ao indivíduo com variabilidade de gênero” (2004, p.31).

4.3. Um prognóstico para a disforia de gênero

E se a disforia de gênero fosse desconsiderada dos manuais e compêndios psiquiátricos e deixasse de ser um transtorno mental? Muitos ativistas da causa trans temem a perda de direitos duramente conquistados e que hoje ainda estão vinculados ao diagnóstico, como é o caso dos tratamentos na rede pública (em países que os oferecem como o Brasil) ou a cobertura destes pelos seguros-saúde (em países que não possuem sistemas públicos universais de saúde, mas os tratamentos possuem cobertura dos planos de saúde), bem como o reconhecimento legal da mudança de gênero. Assim, ao mesmo tempo em que muitos começam a perceber a disfunção do diagnóstico e como o mesmo limita a autonomia dessa população que se vê tutelada e submetida a um poder médico-psiquiátrico, outros ainda recebem a perda do acesso aos procedimentos médicos que ressignificam seus corpos conforme seu desejo.

Butler (2009) analisou o impasse entre a autonomia trans, que requer o fim do diagnóstico de disforia de gênero, e a seguridade social (sobretudo no que tange ao custeio dos processos médicos transicionadores) que é amparada pelo

diagnóstico. A autora observa a função instrumental que o diagnóstico assumiu nos últimos tempos para garantir melhores condições de vida para a população trans que anseia pelas modificações corporais. Mas ela ressalta também seu efeito chantageador e pernicioso, na medida em que submete esses indivíduos ao jogo psiquiátrico. Se, por um lado, o diagnóstico representa o acesso à transição ansiada, por outro ele fomenta a estigmatização pela via patologizante, que manterá os indivíduos perpetuamente submissos ao poder psiquiátrico e seu potencial mortífero – “Algumas vezes, o diagnóstico assassina a alma; e algumas vezes, torna-se um fator para o suicídio” (Butler, 2009, p. 98).

Assim, ela trata o diagnóstico como uma alternância entre uma “benção ambivalente”, que pela subjugação médica permite o acesso às modificações corporais que podem salvar a vida de um indivíduo, e uma “maldição ambígua”, que pode levá-la a cabo. Ela argumenta ainda que essas posições, do fim do diagnóstico pela autonomia e de sua manutenção pelas garantias, não são necessariamente antagônicas, mas complementares, na medida em que o diagnóstico só deverá ser mantido até que se tenham instituídas outras formas de se garantir o acesso às intervenções médicas. Até lá, talvez seja preciso manter seu uso instrumental como via de acesso político ao próprio corpo.

Com efeito, o diagnóstico de disforia de gênero como premissa de acesso aos benefícios desejados pela população trans possui esse caráter ambivalente que mantém essa população refém do diagnóstico. Se é verdade que não é possível libertar-se completamente dele de imediato, também o é que sua permanência é inibidora, senão impeditiva de novas conquistas. Assim, podemos presumir dois futuros possíveis para o diagnóstico:

- 1) Sua manutenção: Enquanto for mantido, o modelo de tratamento institucionalizado funcionará e o acesso mínimo aos procedimentos médicos e o reconhecimento legal estarão assegurados. É possível também que novos direitos venham a ser conquistados por esse grupo. Contudo, enquanto ele for mantido, todo e qualquer novo benefício reclamado, bem como cada direito conquistado por essa população tenderá a ser vinculado ao diagnóstico, submetido à lógica deste como pressuposto de acesso, tornando-se mais difícil sua posterior dissolução. Toda a jurisprudência girará em torno do diagnóstico, de forma que qualquer privilégio só será concedido mediante a submissão às normas médico-psiquiátricas. Esse quadro recrudescerá a lógica do sequestro.

- 2) Erradicação do transtorno: Seu principal efeito negativo seria a já citada perda dos direitos e coberturas a ele vinculado. Inicialmente seria preciso reformular os meios de acesso a todas as medidas que são enquadradas enquanto tratamento para o transtorno, independentemente do diagnóstico.

Aqueles que querem manter o diagnóstico utilizam do argumento de que, na medida em que não fosse mais patologia, os planos de saúde, seguros sociais e mesmo a rede pública não seriam mais obrigados a manter a cobertura do acesso às medidas de intervenção: já que não há doença, não há necessidade de tratamento. Contudo, é possível conciliar a cobertura pelos mecanismos de acesso à saúde (públicos ou privados) com a exclusão do transtorno. No Brasil, por exemplo, poder-se-ia incluir esses procedimentos dentre aqueles reparadores ou mesmo eletivos com cobertura.⁹ Em outros países, outros pactos sociais deveriam ser feitos para manter as garantias adquiridas sem a necessidade do diagnóstico. Num curto prazo, poder-se-ia temer o aumento substancial da demanda por esses procedimentos em função do abrandamento dos critérios e da desnecessidade de passar pelo filtro psiquiátrico. Em médio e longo prazo, contudo, à medida que fosse despatologizado, poder-se-ia verificar um afrouxamento da normatividade de gênero que tornaria cada vez mais aceitável os matizes intermediários em detrimento do modelo binário excludente (se não corresponde ao masculino é porque é feminino e vice-versa). Essa maior integração dos matizes intermediários de gênero tornaria cada vez mais desnecessários os procedimentos de conversão total.

De qualquer forma, duas questões cruciais começam a ficar claras: primeiramente, depois de mais de 60 anos desde o caso Jorgensen, a medicina não tem mais o que oferecer aos transexuais senão seu processo transexualizador em troca do reconhecimento da patologia. O diagnóstico serve exclusivamente para um modelo de tratamento que, salvo as melhorias nos procedimentos cirúrgicos e pós-operatório, está esgotado. A manutenção do diagnóstico não servirá para nada mais além do que já está estabelecido e se configura, portanto, como estagnação neste campo.

A segunda questão diz respeito às perspectivas que a segunda hipótese, qual seja, a de exclusão do diagnóstico, traz consigo. A associação da comunidade trans com os movimentos gays (formando o movimento LGBT e, mais atualmente o LGBTI+) lhe conferiu tanto mais visibilidade quanto força política no engajamento na luta por direitos, o que faz com que, à medida que o movimento cresça e se organize, menor seja sua sujeição aos fatores coercitivos, como a patologização, e maior seja sua politização. Essa maior politização e engajamento tenderão a aumentar as tensões no campo social, em geral, em busca de alternativas de acesso aos procedimentos somáticos e, em particular com o campo médico-psiquiátrico em busca da despatologização.

Ora, temos um exemplo não tão distante de um conflito político de na-

⁹ No caso do Brasil, por exemplo, o Sistema Único de Saúde (SUS), oferece acesso gratuito a algumas cirurgias plásticas consideradas reparadoras, como é o caso da dermolipectomia abdominal (04.13.04.004-6), ou plástica abdominal para pacientes que perderam muito peso, ou cirurgias eletivas, como é o caso das esterilizadoras como a vasectomia (04.09.04.024-0) e a laqueadura (04.09.06.018-6).

tureza semelhante envolvendo a manutenção ou retirada de um diagnóstico do DSM que pode nos servir de base de análise – a homossexualidade; esta mesma com a qual a disforia de gênero fez unidade por muito tempo.

Após diversas manifestações de grupos de defesa dos direitos dos gays que começaram em 1970 contra a patologização e os tratamentos de aversão da homossexualidade, bem como o famoso discurso do Dr. H. Anônimo, um psiquiatra homossexual, a APA se reuniu em 1973 para votar pela exclusão da homossexualidade da revisão da segunda versão do DSM (Lieberman, 2016). Contudo, essa exclusão veio acompanhada da inserção de outro transtorno: o da homossexualidade egodistônica. Esse novo recurso diagnóstico se pretendia mais neutro, pois não tratava a homossexualidade em si como patológica, mas somente aquela que estava em conflito ou dissonância com ego e com um desejo de ser heterossexual. Aqui, podemos ressaltar que estratégia semelhante foi adotada na passagem do transtorno de identidade de gênero do DSM-IV (APA, 1994) para a disforia de gênero no DSM-5 (APA, 2013), onde o foco passou a ser o sofrimento decorrente da incongruência de gênero em detrimento da identidade conflituosa em si.

Esse mal-arranjado diagnóstico de homossexualidade egodistônica pretendia conciliar a demanda e pressões crescentes dos grupos organizados dos homossexuais e, ao mesmo tempo, manter alguma gerência sobre o campo do desejo sexual dos indivíduos. Robert Spitzer, que mais tarde seria o responsável em liderar os grupos de trabalho para o DSM-III (Lieberman, 2016), propôs essa solução intermediária invocando um novo substrato nosológico que seria utilizado na edição seguinte do manual: o sofrimento individual ou a perda de funcionalidade social como base para qualquer transtorno. Assim poder-se-ia acomodar satisfatoriamente a demanda do público gay que agora era informado que sua opção sexual em si não configurava uma patologia mental, e os psiquiatras que continuariam a tratar seus pacientes, pois nenhum gay buscaria tratamento se não estivesse em sofrimento.

Essa artimanha nosológica foi desfeita em 1987 pela versão revisada do DSM-III R (APA, 1987), na qual a homossexualidade egodistônica não figurava mais no repertório dos transtornos psicosssexuais. Entre as justificativas alegadas estavam o fato de o diagnóstico ainda sugerir que a homossexualidade era um transtorno, a constatação de que quase todas as pessoas que se descobriam homossexuais passavam por uma fase em que sua orientação sexual era conflituosa e, portanto, egodistônica, e, por fim, a falta de uso clínico do diagnóstico bem como a carência de publicações que utilizassem o conceito.

Enfim, a exclusão do diagnóstico de homossexualidade dos compêndios psiquiátricos foi fundamental na luta por direitos dos gays e está na base de diver-

sas de suas conquistas, como os direitos de união civil, adoção de filhos e licença maternidade para casais homoafetivos, a criminalização da homofobia, etc.. A despatologização da homossexualidade foi condição para a inserção e aceitação social desse grupo que, se está longe ainda do ideal, certamente já experimentou alguns avanços importantes. Um estudo americano, a guisa de exemplo, detectou uma correlação significativa entre as políticas públicas inclusivas e a redução de tentativas de suicídio nos grupos minoritários (Raifman, Moscoe, Austin e McConnell, 2017). Essa pesquisa, levado a cabo em 32 estados, avaliou os índices de tentativas de suicídio entre mais de 750.000 jovens estudantes num período de 1999-2015. Os autores identificaram que esses índices eram menores após a implementação de políticas públicas de inserção social dos homossexuais, como a permissão para o casamento gay. Segundo os autores, essa política pública diminuía a estigmatização que está associada com sofrimento psíquico que leva às tentativas de suicídio e, eventualmente ao suicídio.

De certo que a despatologização da homossexualidade não extinguiu todo o estigma sobre essa população e ainda há muitos grupos batalhando nesse campo para reduzir o preconceito, os crimes de homofobia e toda a forma de exclusão que ainda acompanham essa categoria. Porém, vemos que a desregulamentação psiquiátrica foi um dos vetores cruciais para as melhorias de vida conquistadas por essa população até aqui. Não seria imprudente assumir que um paralelo semelhante poderia ocorrer com a população trans.

Conclusão

Retomando o percurso que traçamos até aqui, vimos como o modelo psiquiátrico assume parte importante da função do dispositivo de sexualidade (Foucault, 1976/2005) que passou a gerenciar a vida sexual dos indivíduos a partir do século XIX. Em comparação com o modelo soberano de poder que atuava na gestão do campo sexual em termos de licitude e ilicitude (com o paradigma transgressional do sodomita como o criminoso-pecador), o poder disciplinar e mais precisamente o biopoder irão operar pela normatização das condutas. A psiquiatria é o primeiro saber incitado a se apropriar do campo sexual e sobre ele desenvolver seus mecanismos de regulação das condutas através do normal e do patológico. Os perversos serão para o biopoder do século XIX, o que os sodomitas representaram para o poder soberano: aqueles que devem ser capturados e neutralizados.

Vimos também como o século XX curiosamente inaugurou, no âmbito

psiquiátrico, outras duas categorias que passou agora a perseguir, com mais intensidade do que agora investia nas perversões: a dos transtornos de desempenho, caracterizados pelas disfunções sexuais das pessoas heterossexuais 'normais' e a das identidades de gênero dissonantes. São esses modelos de identidades incongruentes que buscamos traçar a arqueologia, desde sua amálgama no conceito de sentimento sexual contrário até sua distinção enquanto transsexualismo, inicialmente e, posteriormente deslocado para as categorias de transtorno de identidade de gênero e, finalmente, de disforia de gênero.

Pudemos constatar como as intervenções somáticas que reproduziam o desejo ditado dos pacientes de pertencerem ao sexo/gênero oposto permitiram a criação dessa categoria agora distinta da homossexualidade e do transvestismo. Demonstramos como o crescente interesse acadêmico por esse tema - cujos números nos permitiram uma certa ironia em afirmar que num determinado momento havia mais artigos do que transexuais em certo país - revelava uma dinâmica de poder para além da alegada comiseração médica. Na gênese do diagnóstico e do tratamento que ele agora passava a justificar, inferimos a biopolítica das identidades como estratégia para capturar e lançar novamente os indivíduos à lógica do 'verdadeiro sexo' (Foucault, 1978/1982), da qual, de alguma forma, haviam se desviado inicialmente.

Vimos que essa recaptura, diferente de como nos é proposta, não significa necessariamente uma rearmonização entre sexo-gênero que resolverá o conflito individual e suprimirá, por conseguinte, o conflito identitário que está na base do diagnóstico de disforia de gênero. Observamos, por outro lado, que apesar de todo aparato médico-psiquiátrico erigido para suprimir o risco que esses indivíduos incongruentes representam para si próprios, mesmo após a rearmonização do binômio sexo-gênero, esse risco ainda permanece substancialmente maior do que aquele verificado no restante da população.

Chegamos, enfim, a um panorama mais amplo do diagnóstico de disforia de gênero: menos sustentado por um substrato nosológico individual do que por um conflito decorrente de uma premissa social organizadora: a biopolítica das identidades e seus pressupostos de binaridade de gêneros e linearidade sexo-gênero. Traçamos então um prognóstico baseado em duas hipóteses: a de sua manutenção e a de sua exclusão. A primeira representa a estagnação no modelo de sequestro, onde o acesso às modificações do próprio corpo passa pela submissão ao poder psiquiátrico. A segunda representa um risco imediato de perda de direitos e coberturas, mas também se constitui como a possibilidade de conquista de autonomia. Sobredeterminação versus autodeterminação, eis o dilema que se impõe.

Assim, quando olhamos para o modelo de abordagem psiquiátrica estagnado da disforia de gênero, com um substrato psicopatológico de matriz mais social do que sexual, bem como a politização maior da comunidade trans com sua consequente demanda por mais direitos e, associado a eles, o precedente histórico da despatologização da homossexualidade no DSM, podemos inferir que o diagnóstico de disforia de gênero, mais cedo ou mais tarde, está fadado ao fim.

É provável que essa exclusão do diagnóstico de disforia de gênero dos manuais psiquiátricos seja o prelúdio para uma aceitação social maior da variabilidade de gênero, tal como a exclusão da homossexualidade propiciou uma maior visibilidade e integração social dos homossexuais. Esse seria um primeiro passo em direção à redução da estigmatização desse grupo e propiciaria, por conseguinte, a redução, em longo prazo, do número de suicídios que atualmente é utilizado para justificar a relevância clínica que sustenta o diagnóstico. Em outras palavras, pode ser que o fim do diagnóstico seja precisamente a condição para mitigar aquilo que o justifica em primeiro lugar. De certo que esse processo levaria anos, provavelmente décadas: se considerarmos que a homossexualidade começou a deixar de ser um transtorno psiquiátrico em 1973, já temos quase meio século da despatologização e ainda podemos ver seus efeitos, seja nos índices de crimes por homofobia, seja no preconceito diário que nos cerca.

Apesar dessa hipótese de exclusão só poder ser testada pelo tempo porvir, apontamos para o esgotamento do modelo atual em atender a uma demanda crescente de um grupo cada vez mais articulado. O diagnóstico atualmente se sustenta por uma dinâmica de sequestro que ameaça a população trans com a perda de direitos e coberturas que a categoria de patologia ainda os resguarda. Seu substrato epistemológico já foi assaz devassado e revelou-se nosologicamente débil enquanto transtorno individual.¹⁰ Este trabalho pretendeu contribuir para a sua genealogia e o papel que cumpriu e ainda cumpre na dinâmica de poder imanente. O único suporte que ainda parece resguardar o diagnóstico de seu fim eminente é seu uso político para o acesso das pessoas aos seus próprios corpos. A conquista da autonomia trans, contudo, passa necessariamente por sua deposição.

¹⁰ Russel, S. (2013). Deconstructing a DSM Diagnosis: Gender Identity Disorder (GID) in Adolescents and Adults. *Western Undergraduate Psychology Journal*, 1 (1).

Bento, B., Pelúcio, L. (2012). Despatologização do gênero: a politização das identidades abjetas. *Estudos Feministas*, 20 (2) pp. 569-581, Florianópolis. Ver também Butler (2009).

Referências Bibliográficas

American Psychiatric Association (APA). (1952). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington: American Psychiatric Association. Disponível em <http://www.turkpsikiyatri.org/arsiv/dsm-1952.pdf>.

_____. (1968). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 2ed. Washington: American Psychiatric Association. Disponível em <http://www.madinamerica.com/wp-content/uploads/2015/08/DSM-II.pdf>.

_____. (1973). *Homosexuality and Sexual Orientation Disturbance: Proposed Change in DSM-II, Page 44, Position Statement (Retired)*. Washington: American Psychiatric Association. Disponível em http://www.torahdec.org/downloads/dsm-ii_homosexuality_revision.pdf.

_____. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 3 ed. Washington: American Psychiatric Association.

_____. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4 ed. Washington: American Psychiatric Association.

_____. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5 ed. Washington: American Psychiatric Association.

Asscheman, H., Giltay, E. J., Megens, J. A. J., de Ronde, W., van Trotsenburg, M. A. A., & Gooren, L. J. G. (2011). A long-term follow-up study of mortality in transsexuals receiving treatment with cross-sex hormones. *European Journal of Endocrinology*, 164(4), 635–642.

Benjamin, H. (1966). *The transsexual phenomenon*. New York: The Julian Press.
Bíblia Sagrada (1993). São Paulo: Edições Loyola.

Blosnich, J. R., Brown, G. R., Wojcio, S., Jones, K. T., & Bossarte, R. M. (2014). Mortality Among Veterans with Transgender-Related Diagnoses in the Veterans Health Administration, FY2000–2009. *LGBT Health*, 1(4), 269–276.

Borenstein, M., Hedges, L., Higgins, J., & Rothstein, H. (2013). *Comprehensive Meta-Analysis Version 3*. Englewood NJ: Biostat.

Butler, J. (2009). Desdiagnosticando o gênero. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 19 [1]: pp. 95-126.

_____. (2016). *Problemas de gênero: Feminismo e subversão da identidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira. (Originalmente publicado em 1990).

Cabanis (1802). *Rapports du Physique et du Moral de l'Homme*. Paris: Baillière

Caponi, S.(2012). *Loucos e degenerados: Uma genealogia da psiquiatria ampliada*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.

Castel, P.H. (2001). Algumas reflexões para estabelecer a cronologia do “fenômeno transexual” (1910-1995). *Revista Brasileira de História*, 21 (41), pp.77-111. <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-01882001000200005>

Clements-Nolle, K., Marx, R., & Katz, M. (2006). Attempted suicide among transgender persons: The influence of gender-based discrimination and victimization. *Journal of Homosexuality*, 51, 53–69.

Cunha A, A.G. da. (2010). *Dicionário etimológico da lingual portuguesa*. 4.ed. revista pela nova ortografia. Rio de Janeiro: Lexicon.

De Cuypere, G., Elaut, E., Heylens, G., Van Maele, G., Selvaggi, G., T'Sjoen, G., Rubens, R., Hoebeke, P., Monstrey, S. (2006). Long-term follow-up: psychosocial outcome of Belgian transsexuals after sex reassignment surgery. *Sexologies*, 15(2), 126–133.

Denny, D. (2004). Changing models of Transsexualism. *Journal of Gay & Lesbian Psychotherapy*, 8:1-2, 25-40.

Dhejne, C., Lichtenstein, P., Boman, M., Johansson, A. L. V., Långström, N., & Landén, M. (2011). Long-Term Follow-Up of Transsexual Persons Undergoing Sex Reassignment Surgery: Cohort Study in Sweden. *PLoS ONE*, 6(2), e16885.

Esquirol, J.E (1838). *Des maladies mentales: Considérées sous les rapports médical hygiénique et médico-légal*. Paris: Ballière.

Feighner, J.P., Robins, E., Guze, S.B., Woodruff, R.A., Winokur, G., Munoz, R. (1972). Diagnostic criteria for use in psychiatric research. *Archives of General Psychiatry*, 26(1), 57–63.

Foucault, M (1982). *Herculine Barbin: o diário de um hermafrodita*. Rio de Janeiro: F. Alves. (Originalmente publicado em 1978).

_____. (2002). *Os anormais: Curso no Collège de France (1974-1975)*. São Paulo: Martins Fontes. (Originalmente publicado em 1999).

_____. (2005). *História da sexualidade Volume I: A vontade de saber* (16a ed.). São Paulo: Graal. (Originalmente publicado em 1976).

_____. (2006). *O poder psiquiátrico: Curso dado no Collège de France (1973-1974)*. São Paulo: Martins Fontes.

_____. (2008). *Vigiar e Punir*. Petrópolis: Vozes. (Originalmente publicado em 1975).

_____. (2010). *Em defesa da sociedade: Curso no Collège de France (1975-1976)*. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes. (Originalmente publicado em 1997).

Grant, J.M., Mottet, L.A., Tanis, J., Harrison, J., Herman, J.L., & Keisling, M. (2011). *Injustice at Every Turn: A Report of the National Transgender Discrimination Survey*. Washington, DC: National Center for Transgender Equality and National Gay and Lesbian Task Force. Disponível em https://endtransdiscrimination.org/PDFs/NTDS_Report.pdf. Acesso em 03/12/2018.

Green, R., Money, J. (Eds.). (1969). *Transsexualism and Sex Reassignment*. Baltimore: John Hopkins Press.

Grossman, A. H., & D'Augelli, A. R. (2007). Transgender Youth and Life-Threatening Behaviors. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37(5), 527–537.

Gusso, L. de C. S. (2013). *Carne e culpa – Notas sobre a gestão penal do sexo*. Rio de Janeiro: Editora Lumen Juris.

Hamburger, C. (1953). The desire for change of sex as shown by personal letters from 465 men and women. *Acta Endocrinologica*, 14(4), 361–375.

Hamburger, C., Stürup, G. K., & Dahl-Iversen, E. (1953). Transvestism: Hormonal, psychiatric, and surgical treatment. *Journal of the American Medical Association*, 12, 391–396.

Hirschfeld, M. (1923) Die intersexuelle Konstitution. *Jahrbuch für sexuelle Zwischenstufen*, 23, 3–27.

_____. (1925). *Die Transvestiten. Eine Untersuchung über den erotischen Verkleidungstrieb: mit umfangreichem casuistischen und historischen Material*. 2 Ed. Leipzig: Ferdinand Spohr. (Originalmente publicado em 1910).

Karpel, L., Gardel, B., Revol, M., Brémont-Weil, C., Ayoubi, J.-M., & Cordier, B. (2012). Bien-être psychosocial postopératoire de 207 transsexuels. *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique*, 173(6), 511–519.

Krafft-Ebing, R.V. (2012). *Psychopathia sexualis*. [S.I.]: Forgotten Books, 2012. Disponível em <http://www.forgottenbooks.org/books/Psychopathia_Sexualis_1000005886>. (Originalmente publicado em 1886). Acesso em 01/03/2018.

Lanteri-Laura, G. (1994). *Leitura das Perversões*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor. (Originalmente publicado em 1979).

Lawrence A.A. (2003). Factors associated with satisfaction or regret following male-to-female sex reassignment surgery. *Arch Sex Behav*. 2003; 32: 299-315.

Levy, A., Crown, A., & Reid, R. (2003). Endocrine intervention for transsexuals. *Clinical Endocrinology*, 59(4), 409–418.

Lieberman, J.A. (2016). *Psiquiatria: uma história não contada*. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes.

Murad, M. H., Elamin, M. B., Garcia, M. Z., Mullan, R. J., Murad, A., Erwin, P. J., & Montori, V. M. (2010). Hormonal therapy and sex reassignment: a systematic review and meta-analysis of quality of life and psychosocial outcomes. *Clinical*

Endocrinology, 72(2), 214–231.

Mustanski, B., & Liu, R. T. (2012). A Longitudinal Study of Predictors of Suicide Attempts Among Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Youth. *Archives of Sexual Behavior*, 42(3), 437–448.

Pierangeli, J.H. (2001). *Códigos Penais do Brasil*. 2 Ed. São Paulo: Revista dos Tribunais.

Pinel, P. (2007). *Tratado médico-filosófico sobre a alienação mental ou a mania*. Porta Alegre: Editora da UFRGS. (Originalmente publicado em 1800).

Preciado, P.B. (2017). *Manifesto contrassexual: Práticas subversivas de identidade sexual*. São Paulo: n-1 edições.

Raifman, J., Moscoe, E., Austin, S. B., & McConnell, M. (2017). Difference-in-Differences Analysis of the Association Between State Same-Sex Marriage Policies and Adolescent Suicide Attempts. *JAMA Pediatrics*, 171(4), 350.

Reuter Morthorst, B., Soegaard, B., Nordentoft, M., & Erlangsen, A. (2016). Incidence Rates of Deliberate Self-Harm in Denmark 1994-2011. *Crisis*, 37(4), 256-264.

Rossi R., Hintz, F., Krege, S., Rubben, H., & Vom Dorp, F. (2012). Gender reassignment surgery - a 13 year review of surgical outcomes. *International Braz j Urol : Official Journal of the Brazilian Society of Urology*, 38(1), 97–107.

Ruppin, U., & Pfäfflin, F. (2015). Long-Term Follow-Up of Adults with Gender Identity Disorder. *Archives of Sexual Behavior*, 44(5), 1321–1329.

Russo, J. (2006). Sexualidade e classificação psiquiátrica: o caso das disfunções sexuais. In: Cáceres, C.; Caregaga, G.; Frasca, T.; Pecheny, M. (Eds). *Sexualidad, Estigma y Derechos Humanos: Desafíos para el acceso a la salud en América Latina* (pp.271-282). Lima: FASPA/UPCH.

_____. (2013). A terceira onda sexológica: medicina sexual e farmacologização da sexualidade. *Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro)*, 14, 172-194. <https://dx.doi.org/10.1590/S1984-64872013000200009>

Simonsen, R. K., Hald, G. M., Kristensen, E., & Giraldi, A. (2016). Long-Term Follow-Up of Individuals Undergoing Sex-Reassignment Surgery: Somatic Morbidity and Cause of Death. *Sexual Medicine*, 4(1), e60–e68.

Sørensen, T. (1981). A follow-up study of operated transsexual males. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 63(5), 486–503.

The World Professional Association for Transgender Health (2011). *Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People*, 7th Version. Disponível em <https://www.wpath.org/publications/soc>. Acesso em 25 de janeiro de 2019.

Van Kesteren, P. J. M., Asscheman, H., Megens, J. A. J., & Gooren, L. J. G. (1997). Mortality and morbidity in transsexual subjects treated with cross-sex hormones. *Clinical Endocrinology*, 47(3), pp. 337–343.

Virupaksha, H.G.; Muralidhar, D.; Ramakrishna, J (2016). Suicide and Suicidal Behavior among Transgender Persons. *Indian J. Psychol. Med.*, 38, 505–509.

Walinder, J. (1968). Transsexualism: Definition, prevalence and sex distribution. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 43(S203), 255–258.

Wells, G.A., Shea, B., O’Connell, D., Peterson, J., Welch, V., Losos, M. (2019). Newcastle-Ottawa Scale (NOS) for assessing the quality of nonrandomised studies in meta-analyses. Ottawa, Canada: Ottawa Health Research Institute; 2019 [citado em 15 de março de 2019]. Disponível em: http://www.ohri.ca/programs/clinical_epidemiology/oxford.asp. Acesso em março de 2019.

Westphal, C. (1869/1870). Die conträre Sexualempfindung, Symptom eines neuropathischen (psychopathischen) Zustandes. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten* (2). Berlin, pp.73-108.

World Health Organization [WHO]. (1977). *International Classification of Diseases: Manual of the International Statistical Classification of Diseases, Injuries, and Causes of Death*. Geneva: World Health Organization.

_____. (2017). *World health statistics 2017: monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals*. Geneva: World Health Organization. Disponível

em https://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2017/en/. Acesso em 03/12/2018.

World Professional Association for Transgender Health (WPATH). (2011). Standards of care for the health of transsexual, transgender and gender nonconforming people (7th ed.). Minneapolis, MN: WPATH. Disponível em <https://www.wpath.org/publications/soc>. Acesso em 04/12/2018.

Anexo 1 – Quadro dos atributos sexuais de Hirschfeld

Eigenschaftsgruppe A. (Primäre Geschlechtsmerkmale.)		Eigenschaftsgruppe B. (Sekundäre Geschlechtsmerkmale.)	
1. Keimstock:	A ^I	1. Haarkleid:	B ^I
2. Ei- oder Samenleiter:	A ^{II}	2. Kehlkopf:	B ^{II}
3. Geschlechtshöcker:	A ^{III}	3. Brust:	B ^{III}
4. Geschlechtsrinne:	A ^{IV}	4. Becken:	B ^{IV}
Eigenschaftsgruppe C. (Tertiäre Geschlechtsmerkmale.)		Eigenschaftsgruppe D. (Quartäre Geschlechtsmerkmale.)	
1. Richtungsart:	C ^I	1. Gefühlsleben:	D ^I
2. Annäherungsart:	C ^{II}	2. Denktätigkeit:	D ^{II}
3. Gefühlsart:	C ^{III}	3. Beschäftigung:	D ^{III}
4. Betätigungsart:	C ^{IV}	4. Kleidung:	D ^{IV}

Anexo 2 – Tabela: Sex Orientation Scale (S.O.S) de Harry Benjamin

**Table 1. Sex Orientation Scale (S.O.S.)
Sex and Gender Role Disorientation and Indecision (Males)**

Profile	Group 1			Group 2		Group 3	
	Type I TRANS/VESTITE Pseudo Masculine	Type II TRANS/ESTITE Feministic Masculine	Type III TRANS/ESTITE True Masculine (but with less conviction.)	Type IV TRANSEXUAL Hemurgical	Type V TRUE TRANSEXUAL Moderate intensity Feminine. ("Trapped in a male body.")	Type VI TRUE TRANSEXUAL High intensity Feminine. Total psychosexual inversion.	
DRESSING HABITS AND SOCIAL LIFE	Lives as man. Could get occasional "kick-out of dressing." "Hurry 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" underneath male clothes. If no other chance.	"Dresses" as often as possible with insufficient relief of the gender discomfort. May live as a man or a woman; sometimes alternating.	Lives and works as woman if possible. Inadequate 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 "sex change" may occur in masturbation fantasies many. 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	4-5	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 (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.	Desires the male sex organs. Degree 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.*

Anexo 3 – MeSH Terms

(Transgender persons) OR (Person, Transgender) OR (Persons, Transgender) OR (Transgender Person) OR (Transgenders) OR (Transgender) OR (Transgendered Persons) OR (Person, Transgendered) OR (Persons, Transgendered) OR (Transgendered Person) OR (Intersex Persons) OR (Intersex Person) OR (Person, Intersex) OR (Persons, Intersex) OR (Gender-Variant Persons) OR (Gender Variant Persons) OR (Gender-Variant Person) OR (Person, Gender-Variant) OR (Persons, Gender-Variant) OR (Genderqueer Persons) OR (Genderqueer Person) OR (Person, Genderqueer) OR (Persons, Genderqueer) OR (Two-Spirit Persons) OR (Person, Two-Spirit) OR (Persons, Two-Spirit) OR (Two Spirit Persons) OR (Two-Spirit Person) OR (Transsexual Persons) OR (Person, Transsexual) OR (Persons, Transsexual) OR (Transsexual Person) OR (Transsexuals) OR (Transsexual) OR (Transsexualism) OR (Transgenderism)

AND

(Sex Reassignment Procedures) OR (Sex Reassignment Procedure) OR (Gender Confirmation Procedures) OR (Gender Confirmation Procedure) OR (Gender Change Procedures) OR (Gender Change Procedure) OR (Gender Reassignment Procedures) OR (Gender Reassignment Procedure) OR (Sex Change Procedures) OR (Sex Change Procedure) OR (Sex Reassignment Surgery) OR (Sex Reassignment Surgeries) OR (Sex Change Surgery) OR (Sex Change Surgeries) OR (Gender Reassignment Surgery) OR (Gender Reassignment Surgeries) OR (Gender Confirmation Surgery) OR (Confirmation Surgery, Gender) OR (Gender Confirmation Surgeries) OR (Gender Change Surgery) OR (Gender Change Surgeries)

AND

(Suicide, Attempted) OR (Attempted Suicide) OR (Suicides) OR (Suicidal Ideation) OR (Ideation, Suicidal) OR (Ideations, Suicidal) OR (Suicidal Ideations)

(((((transgender persons) OR (person, transgender) OR (persons, transgender) OR (transgender person) OR (transgenders) OR (transgender) OR (transgendered persons) OR (person, transgendered) OR (persons, transgendered) OR (transgendered person) OR (intersex persons) OR (intersex person) OR (person, intersex) OR (persons, intersex) OR (gender-variant persons) OR (gender variant persons) OR (gender variant persons) OR (person, gender-variant) OR (persons, gender-variant) OR (genderqueer persons) OR (genderqueer person) OR (person, genderqueer) OR (persons, genderqueer) OR (two-spirit per-

sons) OR (person, two-spirit) OR (persons, two-spirit) OR (two spirit persons) OR (two spirit persons) OR (transsexual persons) OR (person, transsexual) OR (persons, transsexual) OR (transsexual person) OR (transsexuals) OR (transsexual) OR (transsexualism) OR (transgenderism))) AND ((sex reassignment procedures) OR (sex reassignment procedure) OR (gender confirmation procedures) OR (gender confirmation procedure) OR (gender change procedures) OR (gender change procedure) OR (gender reassignment procedures) OR (gender reassignment procedures) OR (sex change procedure) OR (sex change procedure) OR (sex reassignment surgery) OR (sex reassignment surgeries) OR (sex change surgery) OR (sex change surgeries) OR (gender reassignment surgery) OR (gender reassignment surgeries) OR (gender confirmation surgery) OR (confirmation surgery, gender) OR (gender confirmation surgeries) OR (gender change surgery) OR (gender change surgeries))) AND ((suicide, attempted) OR (attempted suicide) OR (suicides) OR (suicidal ideation) OR (ideation, suicidal) OR (ideations, suicidal) OR (suicidal ideations))

Anexo 4 – Avaliação de Qualidade (NOS)

Criteria	Asscheman et al	Dhejne et al	Karpel et al	Simonsen et al	Sorensen	Van Kesteren et al	De Cuyper et al
Selection	4	4	3	3	2	4	3
1) Representativeness of the exposed cohort	*	*	*	*		*	*
2) Selection of the non exposed cohort	*	*				*	
3) Ascertainment of exposure	*	*	*	*	*	*	*
4) Demonstration that outcome of interest was not present at start of study	*	*	*	*	*	*	*
Comparability	1	2	0	0	0	1	0
1) Comparability of cohorts on the basis of the design or analysis	*	**				*	
Outcome	3	3	2	3	3	3	2
1) Assessment of outcome	*	*	*	*	*	*	*
2) Was follow-up long enough for outcomes to occur (>5 years).	*	*	*	*	*	*	*
3) Adequacy of follow up of cohorts (loss <10%)	*	*		*	*	*	
Total	8	9	5	6	5	8	5