

**Disforia de gênero: geopolítica de uma categoria psiquiátrica**

*Gender dysphoria: the geopolitics of a psychiatric category*

**Berenice Bento**

Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, Brasil.

E-mail: berenice.bento1@gmail.com

Artigo recebido e aceito em agosto de 2016.

**Resumo:**

Em maio de 2013, a quinta versão do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtorno Mental (DSM) foi publicada. O objetivo geral da pesquisa foi entender como uma categoria cultural (gênero) foi transfigurada em uma categoria de diagnóstico psiquiátrico (disforia de gênero). Mais do que discutir a categoria “disforia de gênero”, me concentrei em resgatar dados exteriores ao texto do capítulo, ou seja, tentei refazer a história política de negociação para se chegar a tipificação de disforia de gênero como uma categoria diagnóstica psiquiátrica. Portanto, a pesquisa concentrou-se na sistematização de dados “pré-textuais”: quais as nacionalidades dos membros do Grupo de Trabalho e dos consultores? Quais as referências teóricas acionadas por eles? A partir desta incursão nas entranhas do DSM-5 questiono o desejo de reconhecimento científico (portanto, de universalidade). A pesquisa concluiu que DSM-5 está completamente atravessado pelas marcas culturais de seus formuladores, traz as assinaturas culturais de sua origem e não as perde em nenhum momento. O recorte temporal da pesquisa se deu no intervalo de 2008 a maio 2013, período que compreende o início da revisão à data do lançamento da nova versão do Manual. A metodologia de análise foi a análise de discurso e a técnica, a análise documental. Utilizei os bancos de dados da City University of New York (CUNY).

**Palavras-chave:** DSM-5, gênero, disforia de gênero, poder.

**Abstract:**

In May 2013, the fifth version of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) was published. The overall objective of the research was to understand how a cultural category (gender) was transfigured in a psychiatric diagnostic category (gender dysphoria). Rather than discussing the category "gender dysphoria" I focused on rescue external data to the chapter text, or tried to redo the negotiation of political history to reach the characterization of gender dysphoria as a psychiatric diagnostic category. Therefore, the research focused on systematizing data "pre-textual": What are the nationalities of members of the Working Group and consultants? What are the theoretical references driven by them? From this foray into the bowels of

the DSM-5 try to put land to scientific recognition of desire (thus, universality). The research concluded that DSM-5 is completely crossed by the cultural marks of their makers, brings cultural signatures of origin and do not lose them in no time. The time frame of the research took place in the 2008 range to May 2013 period from the beginning of the review to the launch date of the new version of the Manual. The analysis methodology was discourse analysis and technical, document analysis. I used the databases of the City University of New York (CUNY).

**Keywords:** DSM-5, gender, gender dysphoria, power.

## I - Introdução <sup>1</sup>

Em maio de 2013, a quinta versão do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtorno Mental (DSM) foi publicado. Após cinco anos de intensos debates envolvendo especialistas, ativistas de direitos humanos, profissionais psi. (psicólogos, psiquiatras e psicanalistas), operadores da saúde, finalmente, conhecemos as resoluções finais aprovadas na assembleia da Associação de Psiquiatras Americanos (APA).

O DSM é um manual da Associação de Psiquiatria Norte-Americana. O caráter de associação nacional, no entanto, não impede que haja um desejo expresso de que seus achados clínicos, por seu suposto caráter científico, tenham um alcance global. Conforme tentarei sugerir, esta busca de verdade universal pode ser interpretada como parte de um projeto epistemológico colonizador, uma vez que não é possível universalizar concepções locais de gênero (que no contexto estadunidense são atravessadas pela visão medicalizante e psiquiatrizante da vida) para as múltiplas expressões de gênero inseridas em culturas diversas.

Desde que o DSM começou a ser publicado em 1952, foram editadas cinco revisões<sup>2</sup>. Ao longo destes anos, o que se notou foi um aumento considerável de doenças diagnosticadas como "transtorno mental". Há uma alentada bibliografia que discute as motivações ditas e não ditas desta inflação de transtornos psiquiátricos, entre eles, a crescente influência da indústria farmacêutica nas decisões dos membros dos Grupos de Trabalho (GT) que compõem as Forças Tarefa (FT) responsáveis pelas revisões (Kirk et Kutchins, 1998; Russo, 2004, 2006).

As 948 páginas do DSM-5 estão estruturadas em: prefácio, seção I (informações básicas sobre o DSM-5), seção II (critérios diagnósticos e códigos), Seção III (instrumentos de avaliação e modelos emergentes), apêndice. Na seção II encontram-se os "critérios diagnósticos e códigos" para

---

<sup>1</sup> Agradeço ao CNPq pelo financiamento desta pesquisa mediante a concessão de uma bolsa de estudos, modalidade pós-doutorado. Agradeço também ao Prof. Dr. Rafael De La Dehesa (CUNY), meu orientador, pelas alentadas discussões que tivemos ao longo de toda a pesquisa.

<sup>2</sup> As datas das publicações são: DMS-I, 1952; DSM-II, 1968; DSM-III, 1980 - revisado em 1987, DSM-III-TR; DSM IV, 1997 - revisado em 2000, DSM-IV-TR; DSM-5, 2013.

os 22 tipos de transtornos psiquiátricos (por exemplo: transtorno bipolar e transtornos relacionados; transtornos depressivos; transtorno de ansiedade, etc). Apenas 03 diagnósticos não levam em seus títulos a tipificação "transtorno". São eles: Disforia de gênero; Disfunções sexuais; e Espectro da esquizofrenia.

A pesquisa que realizei ao longo de 2014 teve um recorte preciso: os critérios diagnósticos para a Disforia de Gênero (que no DSM-IV-TR era nomeado de Transtorno de Identidade de Gênero). Concentrei-me nas seguintes partes do DSM-5: prefácio, capítulo Disforia de Gênero (seção I) e formulação cultural (seção III). A pesquisa teve como objetivo geral compreender qual concepção de gênero fundamenta o capítulo "Disforia de Gênero". Como desdobramento, outras perguntas foram formuladas: como transformar uma categoria cultural (gênero) em uma categoria diagnóstica? Conforme a pesquisa foi avançando senti que seria necessário "mapear" os autores que estavam à frente deste processo de revisão. Ou seja, quem eram os/as pesquisadores/as responsáveis por conduzir o processo de revisão? Voltei-me, então, para o que se pode chamar de rastreamento das notas "pré-textuais", os conteúdos não ditos que sustentaram as mudanças no capítulo referente à disforia de gênero. A partir daí, outras perguntas foram feitas: Quem eram os membros do Grupo de Trabalho responsável pela reformulação do capítulo "Transtorno de Identidade de Gênero"? Quais os vínculos institucionais destes membros? Qual a bibliografia citada e consultada nos documentos produzidos pelo GT?

Estas três últimas perguntas objetivavam entender se seria possível afirmar se havia uma geopolítica orientada por pesquisadores oriundos de países centrais. Além da composição nacional dos membros do Grupo Trabalho, me questionava sobre os aportes teóricos acionados (principalmente, quais os campos de conhecimento) pelo GT que sustentariam e justificariam suas posições. Conforme apontarei, os dados sobre a nacionalidade e os aportes teóricos revelarão, em boa parte, os limites do alcance do DSM-5. A partir desta incursão nas entranhas do DSM-5 questiono seu principal desejo: a objetividade científica (portanto, universal). O texto está completamente atravessado pelas marcas culturais de seus formuladores,

traz as assinaturas culturais de sua origem e não as perde em nenhum momento.

Para o levantamento de artigos produzidos sobre o DSM-5, ao longo do seu processo de revisão, utilizei como descritores os termos "transtorno de identidade de gênero", "disforia de gênero", "patologização", "transexualismo", "transtorno de identidade de gênero", "transexualidade", "transgênero". Meu recorte temporal foi o intervalo de 2008 a maio 2013, período que compreende o início da revisão à data do lançamento da nova versão do Manual. A metodologia de análise foi a análise de discurso e a técnica, a análise documental. Utilizei os bancos de dados da City University of New York (CUNY).

No primeiro momento da pesquisa, rastreei as referências bibliográficas utilizadas pelo GT Transtorno Sexuais e da Identidade de Gênero que publicaram artigos durante o processo de revisão do DMS-IV-R. Organizei uma pequena tabela com os dados: 1) língua em que o artigo foi escrito; 2) vínculo institucional do autor; 3) ano da publicação; 4) posição que o autor defende em relação à manutenção da categoria gênero como transtorno psiquiátrico; 5) como nomeia as expressões de gênero dissidentes (disforia de gênero, transtorno de identidade de gênero, incongruência de gênero, etc.). Conforme discutirei no subcapítulo "Diga-me quem citas e te direi o que pensas", esta micro genealogia dos textos que derem suporte às decisões do GT visou entender como foi o processo de construção dos consensos, que culminaram em importantes mudanças no diagnóstico baseado em gênero.

Depois de ler e analisar centenas de artigos, cheguei a um núcleo de quatro artigos considerados referenciais pelo GT. Nestes artigos há recomendações para a nova versão do DSM-5. E como cheguei a este "núcleo central" constituído por apenas quatro artigos? Todos os Grupos de Trabalho envolvidos na reformulação do DSM-IV-R que sugeriram alterações nas redações dos capítulos que estavam encarregados de revisar, tiveram que publicar um relatório intitulado *Memo Outlining Evidence for chance*<sup>3</sup> (Zucker, et al., 2013) onde apresentaram e justificaram as mudanças nas categorias

---

<sup>3</sup> Ao longo deste artigo este relatório será citado no formato de sua sigla (MOEC, Zucker et al., 2013).

diagnósticas. No MOEC do GT Transtorno Sexuais e da Identidade de Gênero, afirma que utilizou os seguintes artigos como textos-base:

São eles:

- 1) The DSM diagnostic criteria for gender identity disorder in adolescents and adults. (Cohen-Kettenis, P.T., & Pfäfflin, F., 2010);
- 2) From mental disorder to iatrogenic hypogonadism: Dilemmas in conceptualizing gender identity variants as psychiatric conditions. (Meyer-Bahlburg, H. F. L., 2010);
- 3) The DSM diagnostic criteria for gender identity disorder in children. (Zucker, K. J., 2013);
- 4) Queer diagnoses: Parallels and contrasts in the history of homosexuality, gender variance, and the Diagnostic and Statistical Manual. (Drescher, J., 2010).

Portanto, o corpus analítico que utilizarei neste artigo é formado por 1) partes do DSM-5 (anteriormente citadas); 2) os quatro artigos considerados como referência pelo GT, 3) o próprio *Memo Outlining Evidence for change* (Zucker et al., 2013) e 4) o artigo *Opinions about the DSM Gender Identity Disorder diagnosis: Results from an international survey administered to organizations concerned with the welfare of transgender people* (R. S. Vance et al., 2011). Este último artigo traz os resultados de uma pesquisa realizada entre organizações internacionais de ativistas trans e seus dados são amplamente citados pelo MOEC (Zucker et al., 2013).

### **I - As mudanças do capítulo "Transtorno Sexuais e da Identidade de Gênero"**

As alterações no capítulo "Transtorno Sexuais e da Identidade de Gênero" (DSM-IV-TR) foram consideráveis.

- 1) Mudança no nome do diagnóstico da Transtorno de Identidade de Gênero (GID) para Disforia de Gênero (GD);
- 2) A diferenciação do diagnóstico GID das Disfunções Sexuais e Parafilias (Transtornos de Identidade Sexual e de Gênero no DSM-IV-TR);
- 3) Altera o descritor de introdução do ponto A critério;

- 4) A fusão do que eram o ponto A e B critérios no DSM-IV-TR;
- 5) Para as crianças, o critério A1 é proposto para ser um indicador necessário para o diagnóstico GD;
- 6) Para as crianças, há pequenas alterações na redação dos critérios de diagnóstico, especialmente A1-A6. O texto da A7-A8 foi simplificado comparado com o DSM-IV-TR;
- 7) Para adolescentes e adultos, os critérios de diagnóstico propostos são muito mais detalhadas do que eram no DSM-IV-TR e, assim como os critérios propostos para as crianças;
- 8) Para o critério Ponto B, ênfase na dimensão da angústia e preconceito;
- 9) Eliminação do especificador atração sexual por adolescentes/adultos;
- 10) A inclusão de um subtipo que se refere à presença (ou ausência) de uma desordem de desenvolvimento sexual (DSD). A DSD inclui (mas abrange mais do que) o que, no passado, eram chamados de condições intersexuais físicas;
- 11) A inclusão de um especificador de "Post-transição" (para adolescentes/adultos);
- 12) A mudança mais substancial foi a alteração do nome de "Transtorno de Identidade de Gênero" para "Disforia de Gênero". Os diagnósticos continuaram sendo estruturados por fases da vida: infância, adolescente e fase adulta. Dependendo da fase da vida, os critérios mudam. A infância terá indicadores diferentes dos apresentados para pessoas adolescentes e adultas. Entre os critérios para se diagnosticar uma criança como portadora de disforia de gênero, é necessário que se observe, de acordo com o DSM-5: desejo de pertencer ao outro gênero; forte preferência por cross-dressing; forte preferência por brincar com pares de outro gênero.  
Já para adolescentes e adultos, alguns dos critérios são:
  - Forte desejo de pertencer ao outro gênero (ou a algum gênero alternativo diferente do designado); Forte desejo pelas características sexuais primárias e/ou secundárias do outro gênero; Forte convicção de ter os sentimentos e reações típicas do outro gênero (DSM-5, 452-51:2013).
- 13) Além da mudança de nome e parte dos critérios diagnósticos, aconteceu a dissociação entre o diagnóstico GID das Disfunções Sexuais e Parafilias



(Transtornos de Identidade Sexual e de Gênero no DSM-IV-TR) e redação de um capítulo específico.

## II – Composição dos grupos responsáveis por discutir o capítulo “Transtorno Sexuais e da Identidade de Gênero”

O processo de revisão do DSM-IV-R foi organizado por grupos de trabalho, sendo que cada um ficou responsável por um capítulo. Cada GT era triangulado com dois outros grupos: grupo de consultores e grupo de estudos (nomeado: Questões transculturais e de gênero).

<b>Membros do Grupo de Trabalho (GT) Transtorno Sexuais e da Identidade de Gênero</b>	
<b>Pesquisador</b>	<b>Vínculo institucional/país</b>
Kenneth J. Zucker, PH.D (presidente)	Centre for Addiction and Mental Health - Toronto - Canadá
Lori Brotto	University of British Columbia (UBC) - Department of Obstetrics & Gynaecology - Canadá
Irving M. Binik	McGill University Health Center (Royal Victoria Hospital) - Canadá
Ray Blanchard	University of Toronto - Canadá
Peggy T. Cohen-Kettenis	VU University Medical Center (Amsterdam) - Department of Medical Psychology - Holanda
Jack Drescher	Columbia University - NYC - EUA
Cynthia Graham	University of Southampton - Reino Unido
Martin P. Kafka	McLean Hospital (Harvard Medical School Affiliate) - Belmont - EUA
Richard B. Krueger	New York State Psychiatric Institute - Director of the Sexual Behavior Clinic - EUA
Niklas Långström	Karolinska Institutet - Suécia
Heino Meyer-Bahlburg	New York State Psychiatric Institute & Columbia University (Department of Psychiatry) - EUA
Friedemann Pfäfflin	Ulm University - Alemanha
Robert Taylor Segraves	MetroHealth Medical Center & Case Western Reserve School of Medicine - EUA

Dos 13 membros, 09 são da América no Norte (EUA=05, Canadá = 04) e os outros 04 de países europeus (Suécia = 01; Holanda = 01; Alemanha = 01; Reino Unido = 01).

Esta mesma proporção é mantida na composição do Grupo de Consultores dos GT Transtornos Identidade Sexual e Gênero. Dos 39 consultores 32 são da América do Norte (EUA = 27, Canadá = 06); 06 da Europa (Holanda = 03, Inglaterra = 02; Espanha = 01) e 01 da Austrália.

<b>Consultores – Transtornos Identidade Sexual e de Gênero</b>	
<b>Pesquisador</b>	<b>Vínculo institucional / País</b>
Marcel D. Waldinger	Utrecht University - Holanda
Jacques van Lankveld	The Open Universiteit Nederland - Holanda
Douglas E. Tucker	UCSF - EUA
Leonore Tiefer	New York University School of Medicine - EUA
David Thornton	Faculty of Life Sciences - Inglaterra
Paul Stern	Member of Audit Committee and Member of Governance Committee - EUA
Leslie R. Schover	The University of Texas - EUA
Michael Sand	Graduado em Maimonides University - EUA
David L Rowland	Valparaiso University - EUA
Vernon Quinsey	Queen's University - Canadá
Robert E. Pyke	University of Miami - EUA
Caroline F. Pukall	Queen's University - EUA
Michael A Perelman	Cornell University - EUA
William T.O Donohue	University of Nevada - EUA
Michael H Miner	University of Minnesota Physicians - EUA
Marta Meana	University of Nevada - EUA
Christopher G. McMahon	Monash University - Austrália
Stephen B. Levine	Case Western Reserve University School of Medicine - EUA
Ellen T.M Laan	Academisch Medisch Centrum Universiteit van Amsterdam - Holanda
Raymond A. Knight	Brandeis University - EUA
Megan S. Kaplan	New York State Psychiatric Institute - EUA
Patrick M. Jern	University of Turku – Finlândia / Abo Akademi University - Universidade Sueca em Turku, Finlândia
Eric S. Janus	Cornell University - EUA
Stephen J. Hucker	University of Toronto - Canadá

Lawrence Hartmann	Graduado em Harvard University - EUA
R. Karl Hanson	Public Safety - Organização pública, Canadá
Richard M. Green	Columbia University Medical Center - EUA
Jamison Green	California Institute of Integral Studies - EUA
Esther Gómez-Gil	Hospital Clínic de Barcelona - Espanha
Domenico Di Ceglie	Director of Training, Development & Research - Gender Identity Development Service - Inglaterra
David L. Delmonico	Duquesne University - EUA
Anita L Clayton	University of Virginia School of Medicine - EUA
Sophie Bergeron	Université de Montréal - Canadá
Rosemary J. Basson	UBC Department of Psychiatry, B.C. Centre for Sexual Medicine - Canadá
Howard E. Barbaree	University of Toronto - Canadá
John Bancroft	Indiana University School of Medicine - EUA
Richard Balon	University Physician Group Psychiatry - EUA
Stan E. Althof	Case Western Reserve University School of Medicine - EUA

Estas informações sobre as nacionalidades dos membros do GT são importantes para verificarmos o alcance de uma proposta que se pretende globalizada para os supostos transtornos mentais vinculadas ao gênero. Portanto, três informações são relevantes para emoldurarmos a estrutura política das mudanças: a hegemonia dos Estados Unidos, o inglês como língua oficial de todo o processo de revisão e a hegemonia de psiquiatras, inclusive no grupo de estudos dedicado a questões transculturais e de gênero, conforme tabela abaixo.

<b>Grupo de estudos: Questões transculturais e de gênero</b>	
<b>Pesquisador</b>	<b>Vínculo institucional/País</b>
Kimberly A. Yonkers (Presidente)	Yale School of Public Health - EUA
Roberto Lewis-Fernández (Copresidente)	Columbia Psychiatry - EUA
Renato D. Alarcon	Professor de psiquiatria da University of Birmingham - EUA
Diana E. Clarke	University of Toronto – Departamento de saúde mental - Toronto - Canadá
Javier I. Escobar	University of Florida – Dept. Emergency Medicine - EUA

Ellen Frank	University of Pittsburgh School of Medicine. Prof. De Psiquiatria e Psicologia - EUA
James S. Jackson	Professor de psicologia na University of Michigan - EUA
James P. McNulty	Dept. de psiquiatria na Defense Acquisition University - EUA
Leslie C. Morey	Professora de Psicologia na Texas A&M University - EUA
William E. Narrow	Psiquiatra no St. Elizabeth's Hospital - EUA
Roger Peele –	Especializado em psiquiatria e psiquiatria forense. Trabalha em Rockville - EUA
Philip Wang	Psiquiatra e vice-diretor do National Institute of Mental Health - EUA
William M. Womack	Professor associado de psiquiatria e ciências comportamentais da Universidade de Washington School of Medicine - EUA
Kenneth J. Zucker	Psicólogo e sexólogo do Centre for Addiction and Mental Health e professor do Departamento de Psicologia e Psiquiatria da University of Toronto - Canadá
Spiro M. Manson	University of Colorado Denver – Antropólogo Médico e professor de psiquiatria - EUA

Os grupos de estudos tiveram a finalidade de subsidiar teoricamente os Grupos de Trabalho. Ao todo foram seis grupos de estudos, sendo o *Questões transculturais e de gênero* o maior, com 15 (15) membros. Deste total, 13 estavam vinculados a universidades ou centros de pesquisa estadunidense e os dois outros, a instituições canadenses. Outro dado importante para as reflexões que virão: apenas um dos pesquisadores tem algum vínculo com a área de humanas (Spiro M. Manson, antropólogo médico e professor de psiquiatria). Os demais possuem formação nas áreas de psiquiatria, psicologia e medicina. Ao prestar atenção a estes dados, pode-se concluir que a composição por área de conhecimento e a hegemonia de um único país, revelam que não é necessário acionar pesquisadores de outros países, tampouco de outras áreas do conhecimento: ser estadunidense e psiquiatra são condições necessárias e suficientes para se compreender todas as diversas expressões de gênero que existem em todas as culturas do globo terrestre.

### III - A questão cultural

No DSM-IV-TR a importância da cultura como um dado a ser considerado na hora de se fazer os diagnósticos já tinha sido apontada. O capítulo *Esboço de Formulação Cultural* apresentava um quadro de referência para se avaliar a relação entre todos os problemas de saúde mental incluídos no manual e características culturais. A 5a. edição dará mais atenção a esta dimensão. O capítulo *Formulação Cultural* é composto por três partes:

**1)** Esboço de formulação cultural. São apresentadas algumas categorias que devem ser levadas em consideração antes da produção do diagnóstico (por exemplo: identidade cultural do indivíduo; conceitualizações culturais de sofrimento, avaliação cultural geral);

**2)** Entrevista de Formulação Cultural onde são apresentadas 16 perguntas que, segundo o Manual *"pode ser usada de forma integral, ou ainda, alguns componentes podem ser incorporados à avaliação clínica quando necessário"* (DSM-5, 2013:751). É recomendável realizar a entrevista quando, por exemplo, há *"dificuldade na avaliação diagnóstica devido a diferenças significativas na origem cultural, religiosa ou socioeconômica do clínico e do indivíduo"* (DSM-5, 2013:751).

**3)** Conceitos culturais de sofrimento.

Uma primeira leitura do capítulo pode sugerir que há um avanço considerável na concepção da Força Tarefa encarregada da revisão do DSM-5, uma vez que a dimensão cultural foi incorporada com grande ênfase. Algumas das questões dessas entrevistas são: *"existem aspectos da sua origem ou identidade que fazem diferença para o seu [problema]?"* (DSM-5, 2013:753) ou *"Existem aspectos da sua origem ou identidade que estão causando outras preocupações ou dificuldades para você?"* (DSM-5, 2013:753). Há uma parte da Entrevista de Formulação Cultural (EFC) dirigido ao informante (que pode ser um familiar, um amigo).

Uma leitura mais atenta da declarada preocupação da Força Tarefa com a influência de fatores culturais na saúde mental do paciente abre alguns questionamentos:

1) A preocupação com a diversidade cultural pode ser interpretada como mais um dado que revela o caráter local do texto do DSM-5. Pode parecer contraditório, mas é uma marca de várias cidades estadunidenses a diversidade cultural oriunda da imigração, principalmente das cidades onde moram os membros do Grupo de Trabalho (vide tabela com a relação dos membros).

Em conversa informal com um colega em Nova Iorque, que trabalha como tradutor em um hospital no bairro do Harlem (Manhattan), ele narrou que seu trabalho consiste em participar das consultas médicas na condição de tradutor do inglês-espanhol-inglês. Devido à falta de comunicabilidade entre médico e paciente, um dos resultados corriqueiros eram erros médicos na hora de interpretar os sintomas do paciente. Isso gerou uma considerável quantidade de demandas jurídicas de pacientes por erros médicos. A solução foi a contratação do trabalho especializado de tradutores.

2) Eu gostaria de sugerir uma cena. Uma mulher vive em Manhattan e vai consultar-se com psiquiatra nova-iorquino. Ela nasceu em Samoa. Quando a mulher começa a falar, sua voz grave, suas mãos grandes, produzirá certamente dúvidas em relação à sua identidade de gênero. Na comunidade de onde ela veio, sua identidade de gênero é respeitada. Quando ela apresentar sua identificação, o psiquiatra não terá mais dúvidas: está diante de uma...disfórica de gênero. Mas ela está no consultório porque gostaria de ajuda para superar um sofrimento que não se relaciona com sua identidade de gênero.

Pergunto: Este psiquiatra teria condições culturais de atendê-la e ajudá-la sem fazer qualquer comentário sobre as vivências de gênero? O que estou tentando sugerir é uma inversão. Como o DSM é um retrato (talvez borrado, desfocado) da sociedade estadunidense, eu diria que o olhar do psiquiatra não resistirá em saber mais sobre a vivência de gênero da mulher e o sofrimento dito que a trouxe ali.

Possivelmente, ela terá o diagnóstico de disforia de gênero, combinada com outros "transtornos mentais". O olhar do especialista é construído para patologizar as experiências que não se enquadram dentro do que é considerado culturalmente aceitável para os gêneros. O que inicialmente

parecia ser um movimento do psiquiatra para a paciente, logo se mostrará o sentido inverso. Será a paciente que terá que se submeter às categorias de conhecimento e reconhecimento da assinatura cultural do psiquiatra. Em seu contexto cultural ela certamente não viveria este tipo de violência epistemológica<sup>4</sup>.

3) A preocupação com a dimensão da diversidade cultural pouparia as críticas de que o DSM-5 seria um texto que não leva em consideração as mudanças dos nomes dos sintomas de um contexto para outro. Na parte "Conceitos Culturais de Sofrimento", afirma:

O idioma cultural de sofrimentos são formas de expressar sofrimento que podem não envolver síndromes ou sintomas específicos, mas que proporcionam formas coletivas e compartilhadas de experimentar a falar sobre preocupações pessoais ou sociais. Por exemplo, a conversa sobre "nervos" ou "depressão" pode se referir a formas amplamente variadas de sofrimento sem se enquadrar em um conjunto distinto de sintomas, síndromes ou transtorno (...) A formulação atual reconhece que todas as formas de sofrimento atual são moldadas localmente, incluindo os transtornos do DSM. (DSM-5, 2013:758)

Eu não teria nenhum reparo para fazer a esta citação, mas como articular as especificidades culturais com o desejo expresso no DSM-5 de universalidade obtida através de provas e objetividade? Todo o "idioma cultural de sofrimento" não é social? Como traduzir a linguagem do sofrimento do Outro? Quem estará do outro lado fazendo a escuta, decodificando as queixas e os sintomas do paciente? Qual a formação dos psiquiatras em antropologia, sociologia, história, e em outras humanidades que lhes ajudem a transformar a cena da consulta em um momento de "tradução cultural" (Pereira, 2014)?

Se nos movemos no âmbito da diversidade cultural, na negociação de conceitos de sofrimentos, o primeiro passo seria estabelecer uma relação simétrica de escuta. Quantos cientistas sociais compuseram o GT "Disforia de Gênero"? Nenhum. Quantas pessoas trans? Nenhuma. Quais as nacionalidades dos membros do GT? Apenas cinco países (estadunidense, canadense, holandesa, reino unido) que acreditam esgotar as possibilidades explicativas para os "disfóricos de gênero" e os "não-disfóricos de gênero". Inicialmente,

<sup>4</sup> As discussões que estou realizando sobre pensamento colonizador/decolonização e violência epistemológica são inspiradas nos textos de Pereira (2014) e Quijano (2000).

eu imaginei que a composição do grupo de estudos *Questões transculturais e de gênero* me faria rever a inferência do caráter limitado do DSM. O levantamento das filiações institucionais e as áreas do conhecimento, ao contrário, reforçaram a minha hipótese da violência epistemológica deste Manual. Conforme aponte, dos 13 membros, 11 são de centros de pesquisa estadunidense e os dois outros de instituições canadenses. Apenas um dos pesquisadores têm algum vínculo com a área de humanas (Spiro M. Manson, antropólogo médico e professor de psiquiatria). A hegemonia é das áreas de psiquiatria, psicologia e medicina. Ao ler o DSM descobrimos que os pesquisadores das humanas são completamente dispensáveis, mesmo que o debate envolva cultura e, mais especificamente, gênero.

Os discursos universalistas têm em comum a produção do Outro a partir do esvaziamento da diversidade. Edward Said comentou o ensaio intitulado "O mundo árabe", de 1972, do psiquiatra Harold W. Glidden e publicado no *American Journal of Psychiatry*.

Assim, em quatro páginas de colunas duplas, para o retrato psicológico de mais de 100 milhões de pessoas, cobrindo um período de 1300 anos, Glidden cita exatamente quatro fontes de suas ideias (...). O próprio artigo pretende revelar "o funcionamento interno do comportamento árabe", que de nosso ponto de vista é "aberrante", mas para os árabes é "normal". Depois desse início auspicioso, somos informados de que os árabes enfatizam a conformidade; que os árabes vivem numa cultura vergonhosa cujo "sistema de prestígio" implica a capacidade de atrair seguidores e clientes (como um aparte, somos informados de que "a sociedade árabe é e sempre foi baseada num sistema de relações cliente-benfeitor"); que os árabes só funcionam em situações de conflitos. (Said, 2015:85)

Podemos tomar emprestado o mesmo susto de Said. Em 10 páginas, um Grupo de Trabalho composto por 13 pesquisadores distribuídos em 5 países, utilizando apenas o inglês como idioma, apoiados por grupo de estudos com 13 membros todos vinculados à psiquiatria norte-americana e de apenas dois países (Estados Unidos e Canadá) esgotam toda a diversidade da categoria cultura gênero. Este é uma armadilha que os feminismos precisam desmontar: ao identificar os disfóricos de gêneros, o DSM está utilizando como parâmetros de medição o que é considerado socialmente aceito para meninos e meninas, foi assim no DSM-III, DSM-III-TR, DSM-IV, DSM-IV-TR e se consolidou no DSM-5. Como identificar uma criança com disforia de gênero? Não há nenhum



indicador objetivo, quantificável, repetível para se definir os "disfóricos de gênero". São as normas sociais hegemônicas definidores do que é apropriado às meninas e aos meninos que guiam o olhar do psiquiatra.

A resposta óbvia que poderia ser direcionada à minha ponderação da ausência da pluralidade no DSM (de nacionalidades, línguas, identidades, costumes) é que não teria porque sê-lo pois se trata de um Manual de uma associação profissional nacional. Mas este argumento desaparece se perguntarmos se o alcance das afirmações ali contidas são exclusivamente válidas para o contexto dos EUA. Neste momento, outra certeza poderá ser afirmada: não, ele tem validade para além das fronteiras nacionais porque é passível de verificabilidade. Na hora de se definir quem tem o poder de fala (os psiquiatras estadunidenses) ele é um texto local, quando se trata de pensar o alcance dos achados de grupo, ele se transforma, quase em um passe de mágica, em um texto universal.

4) Se a escuta do Outro e da diversidade cultural foi assumida como importante para a construção de todas as categorias diagnósticas (principalmente nas questões de gênero), por que na bibliografia citada no MOEC (Zucker et al., 2013), de um total de 125 obras citadas (entre artigos e livros), apenas 4 referem-se à diversidade cultural do gênero? O GT poderia ter provado que a escuta é um dado importante começando por escutar os próprios ativistas e teóricos trans da própria sociedade estadunidense e conferindo-lhe legitimidade ao citá-los. A única obra citada e que foi escrita por uma pessoa trans é *Gender outlaw: On men and the rest of us*, de Kate Bornstein (1994).

Talvez ao longo do processo de construção do capítulo Disforia de Gênero, o GT tenha realizado encontros com ativistas/teóricos trans locais ou internacionais, mas isso desapareceu no resultado final. A construção do referencial e aportes teóricos do GT foram fundamentalmente endogâmico: das 125 obras no MOEC (Zucker et al., 2013), 59 são de apenas 3 cientistas (os mesmos que tiveram seus *papers* considerados como os que continham as recomendações mais importantes para a reforma, quais sejam: Cohen-Kettenis, P.T. & Pfäfflin; F., Meyer-Bahlburg; H. F. L.; Zucker, K. J.). Esses pesquisadores que tiveram artigos citados também são membro do GT.

Há outro dado que revela a impossibilidade de se pensar em diversidade de análises: 25 obras citadas no MOEC são de um único autor, o presidente do GT, K. L. Zucker. Este silenciamento total em relação às diferentes posições sobre os sentidos para as masculinidades e feminilidades revela uma violência epistemológica profunda. É como se Outro não tivesse nada de importante que merecesse ser levado em consideração. Neste caso, o silenciamento não se limita exclusivamente aos pesquisadores e ativistas trans além-fronteira estadunidense, mas aos próprios sujeitos que vivem as experiências trans no contexto local.

Conforme aponte, fiz um rastreamento da construção do capítulo Disforia de Gênero e cheguei à conclusão de que os membros do GT eram oriundos de apenas 5 países, mas este funil ficou ainda mais estreito quando analisei os quatro artigos aceitos pelo GT e, no mais importante deles, o MOEC (Zucker et al., 2013): apenas quatro pesquisadores são os responsáveis por quase 50% de toda a literatura produzida sobre os dissidentes das normas de gênero.

Em última instância, é uma visão única, psiquiatrizante e patologizante que continuou hegemonizando o Manual. Infiro que a parte referente à cultura representa o desejo de ser "politicamente correto", um exercício retórico que visa produzir miragens acerca do caráter controlador dos corpos e desejos no contexto estadunidense e colonizador em relação às outras culturas.

#### **IV - Em busca da precisão científica**

Acompanhar os termos deste debate, se o DSM é um texto ideológico ou científico, nos coloca diante de uma disputa interessante que está longe de qualquer objetividade. Todo processo de revisão do DSM-IV-R foi marcado pela busca de consensos políticos. Pela primeira vez na história de revisão dos DSMs, houve a abertura pública para o debate. Embora este recurso possa parecer interessante, também nos leva a questionar a objetividade científica tão alardeada.

Antes da decisão por Disforia de Gênero, o GT sugeriu alterar de "transtorno de identidade de gênero" para "incongruência de gênero".

No site aberto da APA, recebemos muitos comentários favoráveis sobre a alteração do nome proposto, em particular no que diz respeito à remoção da etiqueta "desordem" do nome do diagnóstico. Tivemos também o apoio para esta mudança de nome em uma pesquisa internacional das organizações de consumidores que realizamos (Vance et al., 2010). No entanto, também recebemos muitos comentários de revisores no site aberto da APA, bem como de membros da World Professional Association for Transgender Health (WPATH, anteriormente a Associação Internacional de Gênero Benjamin Dysphoria Association), expressando a preocupação de que o novo termo descritivo poderia facilmente ser mal interpretado como aplicável a indivíduos com comportamentos atípicos de gênero que não tinham problema de identidade de gênero. (Zucker et al., 2013:905)

A pesquisa citada (Vance et al., 2010), a única realizada pelo GT (as demais pesquisas citadas são de fontes secundárias) foi realizada entre 43 organizações que defendem os direitos da população trans dos Estados Unidos, Europa, África, Oceania e América Latina, assim distribuídos:

#### **Distribuição das organizações entrevistadas por país.**

- **Europa** (Dinamarca=1, Filândia= 2, Alemanha=1, Reino Unido=4, Holanda=1, Espanha=3, Suíça=2, Rússia=1); 15
- **América do Norte** (Estados Unidos=8, Canadá=5); 13
- **América Latina** (Brasil=1, Chile=1, Peru=1); 3
- **África** (Nigéria=1, África do Sul=1, Uganda=2); 4
- **Oceania** (Austrália = 3, Nova Zelândia=1); 4
- **Ásia** (Kurbesquistão=1; Taiwan=1); 2
- **Organizações internacionais** (Estados Unidos e Reino Unido= 2); 2

Total de organizações políticas que responderam à pesquisa: 43 -44

É discrepante o número de organizações nos Estados Unidos em relação às de outros países. Seria preciso somar as organizações da África e da América Latina para se aproximar das estadunidenses. Apresento uma breve análise de algumas questões:

1) De um total de 43 organizações, 69,8% afirmaram **sim** para a questão:

*Em seu país o diagnóstico de Transtorno de Identidade de Gênero é usado oficialmente ou com propósito legal?*

A influência do DSM segue a mesma lógica de poder que os EUA têm do mundo. Embora seja um texto provinciano, no sentido de falar de realidade local, 69,8% afirmam que é um documento que tem poder legal e reconhecimento científico em seus países. Em termos práticos este dado significa que o DSM é um documento utilizado para definir os parâmetros de quem poderá ter acesso às cirurgias de transgenitalização, e/ou tomar hormônios, e/ou pedir as alterações legais nos documentos.

2) Outras questões:

- *Se o GID permanecer na listado de desordens no DSM, você preferiria que o nome mudasse?* [o survey utiliza Transtorno de identidade de Gênero - GID - porque foi anterior à mudança para Disforia de Gênero - GD]

Sim= 58,1; Não= 18,6; Incerto = 18,6; Não respondeu= 4,7 (Total= 43, 100%)

- *Sua organização acredita que o GID deveria estar no DSM?*

Sim= 9; **Não= 24**; Incerto = 10 (Total= 43, 100%) (negritos meus)<sup>5</sup>

Na citação anterior, Zucker et al afirma que “no site aberto da APA, recebemos muitos comentários favoráveis sobre a alteração do nome proposto, em particular no que diz respeito à remoção da etiqueta ‘desordem’ do nome do diagnóstico” (Zucker et al., 2013:905). Ora, se a consulta pública foi tão importante para se redefinir questões centrais do capítulo (como por exemplo, o próprio nome do “transtorno”), porque esta ampla maioria pela retirada também não prevaleceu? Da forma como interpreto o DSM, um texto político-ideológico marcado por uma determinada cultura específica, há dimensões inegociáveis. A retirada do caráter psiquiátrico das expressões de gênero que nega o dimorfismo é uma delas. Seria a própria negação do poder dos psiquiatras e, portanto, uma perda considerável de mercado.

O artigo cita alguns depoimentos de pessoas que contribuíram com a pesquisa. Uma delas (a única), representante de uma organização brasileira trans, afirma:

[remoção do diagnóstico] vai mudar as atitudes dos profissionais médicos e da sociedade em geral e, assim, dar às pessoas transexuais a possibilidade de exigir cuidados de saúde igual a outros cidadãos. (Vance et al., 2011:07)

<sup>5</sup> Certamente esta pergunta e parte considerável da produção bibliográfica que aconteceu durante o período de revisão do DSM-IV-R foram respostas à International Campaign Stop Trans Pathologization, mobilização internacional de ativistas pela retirada das identidades trans, tanto do DSM quanto do CID-10. Sobre a campanha ver: <http://www.stp2012.info/old/en>

Mais duas questões deste Survey:

- *Se o GID ficar fora do DSM, o cuidado com a saúde mental seria reembolsado em seu país?*

Sim = 12; Não = 14; Incerto = 16; Não respondeu = 01

- *Se o GID ficar fora do DSM, o cuidado com a saúde física seria reembolsado em seu país?*

Sim = 12; Não = 15; Incerto = 16

Estas duas questões trazem as marcas culturais de quem as formulou. Das nove questões que compõem o survey, estas duas foram as que tiveram o maior número de respostas "não tenho certeza", possivelmente porque quem as respondeu vive em um país onde há sistema de saúde público e o Estado é um ator fundamental para assegurar os cuidados à saúde como um direito, ao contrário do que acontece nos Estados Unidos onde não há quaisquer garantias de proteção pública aos cuidados da saúde.

Considerando que a maioria das organizações consultadas são estadunidenses, podia-se inferir que a principal conclusão da pesquisa tivesse uma maior proximidade com as questões da população trans dos Estados Unidos. E foi esta a conclusão:

A principal razão para querer manter o diagnóstico no DSM foi o reembolso de cuidados da saúde. Independentemente de saber se os grupos foram a favor ou contra a remoção do diagnóstico, a pesquisa revelou um amplo consenso de que, se o diagnóstico permanece no DSM, é necessário que haja uma revisão do nome, critérios e linguagem para minimizar a estigmatização de indivíduos transgêneros. (Vance et al., 2011:01)

Assim, ao afirmar que *“A principal razão para querer manter o diagnóstico no DSM foi o reembolso de cuidados da saúde”*, está confirmando o que já afirmei anteriormente: as assinaturas culturais do DSM-5 estão espalhadas, como digital, em todo o texto. *“Reembolso de cuidados da saúde”* não faz sentido em um país onde Estado é um ator importante na garantia dos cuidados da saúde. Talvez o mais preocupante seja a retórica do *“amplo consenso”* para assegurar a legitimidade de um texto que busca construí-la a partir da poder da ciência. No entanto, ao falar de *“consenso”* reconhece, talvez sem o notar, o caráter político de suas decisões.

As questões da pesquisa não tinham tradução para as línguas dos países incluídos na amostra. Ou seja, o critério primeiro para se participar de uma pesquisa que iria supostamente contribuir com as mudanças no Manual que, segundo 70% dos entrevistados, têm grande poder em seus países, era falar a língua inglesa ("(...) *all survey were distributed in the English language.*" (Vance et al., 2011:03)). O trabalho mínimo de aproximação cultural que seria a tradução da pesquisa não foi realizado.

Quais seriam os dados objetivos, amostrais, quantificáveis, repetíveis, para se determinar que as pessoas que demandam viver em outro gênero sofrem de uma coisa nomeada de "disforia de gênero"? Estou acionando o argumento da objetividade científica não porque eu compartilhe deste princípio epistemológico, mas por ser este a grande moeda de negociação do DSM-5, seu caráter científico<sup>6</sup>. Segundo o DSM-5, o objetivo do Manual seria ser o "guia para diagnóstico confiáveis".

Embora o DSM tenha sido um marco do processo substancial no que diz respeito à confiabilidade, tanto a APA quanta a vasta comunidade científica que trabalha com transtornos mentais reconhecem que anteriormente, a ciência não estava madura o suficiente para produzir diagnósticos plenamente válidos – ou seja, proporcionar validadores científicos consistentes, sólidos e objetivos para cada transtorno do DSM (...). Resultados especulativos não têm lugar em uma nosologia oficial, mas ao mesmo tempo, o DSM precisa evoluir no contexto de outras iniciativas de pesquisa clínica na área. (DSM-5, 2013:05)

E ainda na busca da legitimidade científica:

As propostas para a revisão dos critérios diagnósticos do DSM-5 foram desenvolvidas por membros dos grupos de trabalho com base em lógica, alcance das mudanças, impacto previsto sobre o manejo clínico e a saúde pública, solidez do respaldo das evidências de pesquisa, clareza geral e utilidade clínica. (DSM-5, 2013: 07)

A redação do capítulo "Disforia de Gênero" é modulada pelo auxiliar *may*. Este verbo na língua inglesa modela o verbo principal retirando dele qualquer possibilidade de certeza. Cito uma passagem do texto em inglês: *After gender reassignment, adjustment may vary, and suicide risk may persist.* (DSM-5, 2013: 454)

<sup>6</sup> Não desenvolverei neste artigo o debate sobre epistemologia da ciência, mas antecipo que compartilho das posições de Latour (2011) e Stengers (2002).

A utilização do modal *may* não acontece em partes das 10 páginas do capítulo Disforia de Gênero. Todo o Manual obedece a esta modulação. Onde aparece *may* é possível traduzir como "talvez". Todo o texto é redigido como uma possibilidade, embora, contraditoriamente, conforme veremos, o princípio de que o DSM-5 trata-se de um texto marcado pelo rigor científico é amplamente afirmado. Na tradução para o português se fez a opção por se utilizar o verbo "pode" para se manter o caráter de possibilidade, dúvida ou hipótese. A mesma passagem em português foi traduzida nos seguintes termos: *Após a redesignação de gênero, a adaptação pode variar, e o risco de suicídio pode persistir.* (DSM-5, 2013:455)

Há algum tempo que o DSM vem sendo analisado como uma peça de controle social, puro discurso moralismo disfarçado em pele científica. A publicação do DSM-III, em 1980, foi um marco neste debate. Aquela Força Tarefa, chefiada por Robert Spitzer, queria transformar o Manual que era mais próximo do léxico de linguagem e práticas da psicanálise em um documento com rigor científico nos moldes das ciências exatas. Novos procedimentos foram adotados, medidas estatísticas inventadas, mas na mesma proporção do desejo de verdade deste grupo de pesquisadores, vieram as críticas (Kirk et Kutchins, 1998).

#### **V - Como se forma o gênero? Entre cromossomos, digitais e hormônios**

Como se formam as identidades de gênero? Seriam estruturas biológicas que determinariam e explicariam as organizações das subjetividades, dos desejos, das identidades pertencente ao masculino e o feminino? Sugiro sistematizar as interpretações sobre a produção e reprodução das expressões de gênero em três vertentes: 1) as que defendem o império das estruturais biológicas na determinação das identidades de gênero. Aqui há uma diversidade de olhares sobre os corpos. Alguns cientistas enfatizarão os hormônios, outros, as heranças genéticas, outros ainda, as digitais como locus privilegiado para explicar a origem das identidades dos gêneros; 2) a abordagem que nega a existência de uma essência natural. O gênero, aqui, só existe na prática

reiterada. A modalidade sociológica “prática” adquire valor explicativo independente; 3) as masculinidades e feminilidades seriam resultado de uma combinação das dimensões culturais e biológicas.

Em outra ocasião (Bento, 2014), propus analisar os debates teóricos internos aos estudos de gêneros, a partir de três tendências explicativas para os processos constitutivos das identidades de gênero, que nomeei de universal, relacional e plural. Cada uma apresentará teses próprias sobre as relações entre os gêneros, a sexualidade e o corpo.

Na **perspectiva universal** vamos encontrar pesquisas que elaboraram construtos para explicar a subordinação da mulher calcada na tradição do pensamento moderno. A interpretação sobre as posições dos gêneros na sociedade são vistas a partir de uma perspectiva oposicional/binária/universal. Existiriam dois corpos diferentes, dois gêneros e duas subjetividades diferentes. Esta concepção binária dos gêneros reproduz o pensamento moderno para os sujeitos universais, atribuindo-lhes determinadas características que se supõe sejam compartilhadas por todos. O corpo aqui é pensado como naturalmente dimórfico, como uma folha em branco, esperando o carimbo da cultura que, através de uma série de significados culturais, assume o gênero. Butler (1999), desenvolvendo uma crítica a essa concepção, afirma que um dos problemas desse tipo de construtivismo, que hegemonizou o feminismo por décadas, é ter feito do corpo-sexo uma matéria fixa, sobre a qual o gênero viria a dar forma e significado, dependendo da cultura ou do momento histórico, gerando um movimento de essencialização das identidades.

Ao longo da década de 1990, os estudos sobre as relações de gênero se consolidaram a partir de uma reavaliação dos pressupostos teóricos universalistas e que tiveram como efeito a essencialização da mulher e do homem. A tarefa teórica da fase que chamei de “relacional de dois” era desconstruir essa mulher universal, apontando outras variáveis sociológicas que se articulam para a construção das identidades dos gêneros. A categoria analítica “gênero” foi buscar nas classes sociais, nas nacionalidades, nas religiosidades, nas etnias e nas orientações sexuais os aportes necessários para desnaturalizar e dessencializar a categoria mulher, que, nesta abordagem



teórica, multiplica-se e fragmenta-se em negras analfabetas, brancas conservadoras, negras racistas, ciganas, camponesas, imigrantes.

Na **perspectiva relacional** passou-se a trabalhar o gênero inter-relacionalmente: o homem negro em relação ao homem branco, o homem de classe média em relação ao favelado e ao grande empresário, o homem nordestino e o do sul, e muitas outras possibilidades de composição que surgem nas/das narrativas dos sujeitos. O problema desta perspectiva está no fato de que, ao estudar os gêneros a partir das diferenças sexuais, está-se sugerindo explicitamente que todo discurso necessita do pressuposto da diferença sexual, sendo que esse nível funcionaria como um estágio pré-discursivo. Aqui parece que as concepções relacionais e universais tendem a se encontrar. A cultura entraria em cena para organizar esse nível pré-social, ou pré-discursivo, para distribuir as atribuições de gênero, tomando como referência as diferentes inerentes aos corpos-sexuados.

Pode-se recuperar aqui a preocupação de Butler (1999), segundo a qual a diferença sexual pode levar a uma coisificação do gênero e a um marco implicitamente heterossexual para a descrição dos gêneros, da identidade de gênero e da sexualidade. Então, qual a autonomia que uma abordagem como essa reserva à sexualidade? Como entender as práticas de sujeitos que se constroem fora dessa binaridade? Este conceito poderia contribuir para a aproximação e a compreensão de experiências como a dos/as transexuais, das travestis, das *drag queen*, dos *drag king*?

Tanto no primeiro quanto no segundo momento, considerado aqui como "universal" e "relacional", respectivamente, a sexualidade, o gênero e a subjetividade não foram pensados fora de uma relação binária. São os estudos *queer* que apontarão o heterossexismo das teorias feministas e possibilitará, por um lado, a despatologização de experiências identitárias e sexuais até então interpretadas como "problemas individuais" e, por outro lado, dedicará uma atenção especial às performances que provocam fissuras nas normas de gênero. A **perspectiva plural**, calcada na multiplicação das diferenças, caracteriza este campo de estudos. A própria noção de "diferença sexual" aqui não é tomada como um dado, mas como um problema de investigação. O

texto referência dos estudos *queer* será o de Judith Butler, *Gender and trouble: feminism and the subversion of identity* publicado em 1990.

Estas três perspectivas analíticas são internas aos estudos e ativismos feministas, mas elas transbordam para outras áreas da vida social. De certa forma, desde que a gênero ingressou no rol das categorias diagnósticas da psiquiatria, são estas visões que estão sendo postas em cena, disputando interpretações e verdade sobre corpos, sexualidades, masculinidades e feminilidades.

O que se pode notar é uma aproximação da 5a. edição do DSM com a primeira visão, a universalista, e que teve grande prestígio nos estudos feministas entre as décadas de 1940 e 1980. Nos DSM-III e DSM-IV -R a primeira visão marcava a caracterização das identidades trans. Na 5a. edição, no entanto, prevalece uma concepção que vou chamar de "articulação política dos contrários". Aqui, não há uma negação de fatores culturais que contribuem para formação do gênero, mas a importância da dimensão biológica é assegurada prioritariamente. Este movimento do DSM-5 para um meio termo termina por aproximá-lo da concepção universalista (Bento, 2014). A cultura faria seu trabalho a partir de dados prontos, acabados da diferença sexual. Este seria o pontapé inicial a partir do qual todas as culturas iriam lapidar os sentidos atribuídos ao lugar do masculino e feminino.

Quando eu sugiro pensar o DSM-5 em termos de uma "articulação política dos contrários" é porque se buscou construir consensos na comunidade científica dedicada a encontrar a causa biológica para que se explicasse a existência das identidades trans e, ao mesmo tempo, conciliá-la com uma concepção que prioriza a cultura como vertente explicativa. Vejamos como a "articulação política dos contrários" se materializa no DSM-5. Na apresentação do capítulo Disforia de Gênero (p.451), lê-se:

Assim, o termo gênero é utilizado para denotar o papel público desempenhado (e em geral juridicamente reconhecido) como menina e menino, homem ou mulher; porém, diferentemente de determinadas teorias **construcionistas sociais**, os fatores biológicos, em interação com fatores sociais e psicológicos, são considerados como contribuindo para o desenvolvimento do gênero. (DSM-5, 2013:450). (Destaques meus.)

Quando o texto se refere a "determinadas teorias construcionistas sociais" posso inferir que esteja referindo-se às que considero como "plural" e que retira da natureza o lócus explicativo para emergências das identidades e performances de gênero. Esta afirmação aparece relativamente solta no corpo do texto do capítulo Disforia de Gênero e sugere que o GT precisou se posicionar diante das críticas oriundas de pesquisadores e ativistas mais próximos à teoria *queer* e que aponta a impossibilidade de se pensar o gênero como uma categoria diagnóstica psiquiátrica.

A primeira parte do capítulo "Disforia de Gênero" é dedicada a explicar o que significa por gênero, disforia de gênero e outras categorias que dialogam com estas duas primeiras. Assim:

(...) Assim, o termo *gênero* é utilizado para denotar o papel público desempenhado (e em geral juridicamente reconhecido) como menino e ou menina, homem ou mulher; porém, diferentemente de determinadas teorias construcionistas sociais, os fatores biológicos, em interação com fatores sociais e psicológicos, são considerados como contribuindo para o desenvolvimento do gênero. Designação de gênero refere-se à designação de gênero em determinada sociedade em determinado momento histórico; não-conforme com o gênero é um termo descritivo alternativo para se referir a um comportamento. Redesignação de gênero denota uma alteração oficial (e geralmente legal) de gênero. Identidade de gênero é uma categoria de identidade social e refere-se à identificação de um indivíduo como homem, mulher ou, ocasionalmente, alguma categoria diferente de masculino ou feminino. Disforia de gênero, como termo descritivo geral, refere-se ao descontentamento afetivo/cognitivo de um indivíduo com o gênero designado, embora seja definida mais especificamente quando utilizada como categoria diagnóstica. Transgênero refere-se ao amplo espectro de indivíduos que, de forma transitória ou persistente, se identificam com um gênero diferente de nascimento. Transexual indica um indivíduo que busca ou que passa por uma transição social de masculino para o feminino ou de feminino para o masculino, o que, em muitos casos (mas não em todos), envolve também uma transição somática por tratamento hormonal e cirurgia genital (cirurgia de redesignação sexual). (DSM-5, 2013:451)

Se, conforme dito, disforia de gênero deve ser entendida "*como termo descritivo geral, refere-se ao descontentamento afetivo/cognitivo de um indivíduo com o gênero designado, embora seja definida mais especificamente quando utilizada como categoria diagnóstica*", então, todas feministas se tornam disfóricas de gênero, assim como os homens que se negam a cumprir

os mandatos sociais para seu gênero. Entendo que o “papel público” transcende o definido juridicamente. Pode ser pensado como um conjunto de expectativas e suposições que constrói a materialidade dos corpos em corpos-homem e corpos-mulher, sendo este o ato fundante das normas de gênero. As muitas dissidências de gênero (e aqui incluo os feminismos não essencialistas) se estruturam na organização de agendas políticas que denunciam a precariedade e violência das normas de gênero. Sabemos que os repertórios discursivos entre os feminismos são múltiplos e, muitas vezes, contraditórios, mas se pode fazer uma linha para dividir o mundo em os contentes de gênero e descontentes. Todo o movimento feminista se articulou (com suas diversas posições teórico-políticas internas) em torno de uma agenda de luta que irá afirmar que o lugar reservado ao feminino justifica opressão e exclusão. Esta operação binária só tem sentido se, ao falar de gênero, se esteja fazendo coincidir masculinidade com pênis e feminilidade com vagina.

Quem **não** seriam os disfóricos? Transcrevo a frase do DSM-5 para responder a esta questão: "*como termo descritivo geral, os não-disfóricos, refere-se ao **contentamento** afetivo/cognitivo de um indivíduo com o gênero designado.*" (*negritos meus*). Aqui temos uma redução do campo de significação do que seja “gênero designado” e o retorno à genitalização das identidades. Designar um gênero não se limita a definir uma identidade a partir de um determinada genitália. Os efeitos de designação são o centro dos embates políticos. Afirmar que os disfóricos estão contentes com os sentidos atribuídos ao gênero imposto pode soar quase como uma provocação. Viver o feminino me coloca em um lugar de vulnerabilidade na estrutura das relações de gênero que pode ir de salários injustos, estupros, gestação indesejada até o assassinato, mas estou contente com esta estrutura, segundo o DSM-5.

O que se pode inferir é que quando se fala de “gênero designado” é um retorno à essencialização das identidades de gênero. Se formos levar a sério uma discussão sobre as hierarquias internas do feminino (que existem e são marcados pela raça/étnica, pela classe, pela sexualidade e pela própria posição que se define sobre o que seja “feminino”) não se pode partir e nem chegar da/na genitália como determinante destas posições, até mesmo porque muitas pessoas trans não reivindicam as cirurgias de transgenitalização.

Logo depois, nesta mesma parte, o DSM-5 tenta precisar "disforia de gênero".

Disforia de gênero refere-se ao sofrimento que pode acompanhar a incongruência entre o gênero experimentado ou expresso e o gênero designado de uma pessoa. Embora essa incongruência não cause desconforto em todos os indivíduos, muitos acabam sofrendo se as intervenções físicas desejadas por meio de hormônios e/ou de cirurgia não estão disponíveis ("ou se o meio social não o aceita"). O termo atual é **mais descritivo** do que o termo anterior transtorno de identidade de gênero, do DSM-IV, e foca a disforia como um **problema clínico**, e não **como identidade por si própria**. (DSM-5, 2013:451) (negritos são meus).

Esta citação tem sido largamente utilizada para se afirmar que o DSM-5 despatalogizou as identidades trans, o que parece um contrassenso à medida que a transexualidade e travestibilidade continuam sendo uma categoria diagnóstica psiquiátrica. Este engano, acredito, seja devido à afirmação de que a disforia é uma questão clínica e não identitária. Parece-me que estamos diante de um jogo perverso de palavras. Qualquer pessoa pode ter (e não "ser", visto que não é um problema identitário) disforia de gênero? Por esta definição, sim. Eu acordaria um dia e sentiria algo que, pelos sintomas, poderia ser diagnosticado como "disforia de gênero".

Pensemos, por exemplo, no caso de uma gripe. Ficamos gripados e não somos gripados. O verbo, portanto, nos dá a ideia de transitoriedade. Se o DSM-5 trabalhasse com esta perspectiva de flutuação do gênero, seria a própria negação do sentido do diagnóstico psiquiátrico. No entanto, há uma contradição entre o que está dito acima e os critérios diagnósticos apresentados no início deste artigo e que jogam não para um campo semântico de transitoriedade, mas o da permanência. Conforme aponte, entre os critérios para se diagnosticar uma criança disfórica deve-se observar se o desejo de pertencer ao outro gênero é persistente. E esta observação está voltada para as performances de gênero (forte preferência por cross-dressing; forte preferência por brincar com pares de outro gênero).

## VI - "Diga-me quem citas e te direi o que pensas"

Foucault (1985a) afirma que entre os anos de 1860-1870 há uma considerável proliferação de discursos médicos que buscam provar que os comportamentos

de todas as ordens e, principalmente, os sexuais têm sua origem na biologia. A busca do sexo verdadeiro e da correção de possíveis "disfarces" da natureza também está em curso neste momento, embora fosse necessário esperar até meados do século XX para isso se tornar realidade, com as cirurgias de "correção" das genitálias dos hermafroditas. Assim, a identificação das perversões e do verdadeiro sexo dos hermafroditas seria uma tarefa para o olhar do especialista, que conseguiria pôr um fim às dúvidas sobre as ambiguidades das genitálias, apontando o sexo predominante.

Na segunda metade do século XIX começa a se estruturar o "dispositivo da sexualidade" (Foucault, 1985b). Seguindo Foucault, eu sugeri analisar os saberes em torno das existências trans como "dispositivo da transexualidade" (Bento, 2014) que se caracteriza por um conjunto de saberes polimorfos que visavam construir diagnósticos que diferenciariam as pessoas trans dos gays e lésbicas e, por outro lado, produziu critérios de observação para se diagnosticar "o transexual de verdade" (Benjamin, 2001).

A construção destes critérios, a entrada da transexualidade no DSM-III, a reformulação da categoria diagnóstica de transexualismo para transtorno de identidade de gênero, a inclusão do gênero no CID são alguns dos momentos de intensificação da produção discursiva médico e psi em torno das existências trans. Ao longo dos 50 anos que separam a publicação do livro de Harry Benjamin, *O fenômeno transexual* (1ª. Edição, 1966), e a edição da quinta revisão do DSM, esta produção foi intensificando-se, motivada também pela necessidade de dar respostas a um novo quadro político. As pessoas trans começaram a falar, a narrar suas vivências de gênero, os abusos cometidos por profissionais das ciências biomédicas-psi.

Do mundo do consultório para a vida política, as pessoas trans começaram a se constituir como sujeitos políticos, com agendas de luta específicas. Filmes, documentários, peças de teatro, ensaios fotográficos elegeram como tema diversas dimensões da vida trans. Entre a quarta edição revisada do DSM, em 1999, e a quinta, em 2013, nota-se uma multiplicidade de discursos e de formas estéticas que anunciavam que a correlação de forças entre poder/sabor médico/psi e existências trans tinha se alterado. De uma mudez imposta às pessoas trans que frequentavam os consultórios a uma

proliferação de significados para as diversas possibilidades de se viver o gênero, não era mais possível teorizar em torno da pretérita concepção de "transexual de verdade" (Benjamin, 2001).

Conforme afirmei antes, a proliferação discursiva não pode ser analisada como algo homogêneo. No contexto estadunidense, esta inflação de produção científica se dá devido ao processo de revisão do DSM-5. Ao contrário do que aconteceu com a inclusão do "transexualismo" no DSM-III, onde pouca tinta foi gasta para justificar a sua psiquiatrização, a nova edição do Manual é resultado de uma disputa considerável.

Na pesquisa dos bancos de dados da CUNY, utilizei como descritores os termos "transexual", "transexualismo", "transtorno de identidade de gênero", "expressões de gênero", "incongruência de gênero", "disforia de gênero", "transgênero". Refinei a busca via o intervalo temporal de 2008-2013 (publicação do início da revisão-publicação da nova edição). A minha surpresa foi proporcional à quantidade de artigos encontrados. Para o descritor "transexualimo", foram encontrados 550 artigos; "transexual", 350; "transtorno de identidade de gênero", 340; "expressões de gênero", 98; "incongruência de gênero", 230; "disforia de gênero", 310; "transgênero", 102. Eu precisava refinar a metodologia de seleção. Não seria possível, no âmbito de uma pesquisa de pós-doutorado, ler todo este corpus composto por 1980 artigos, publicados principalmente em periódicos estadunidenses.

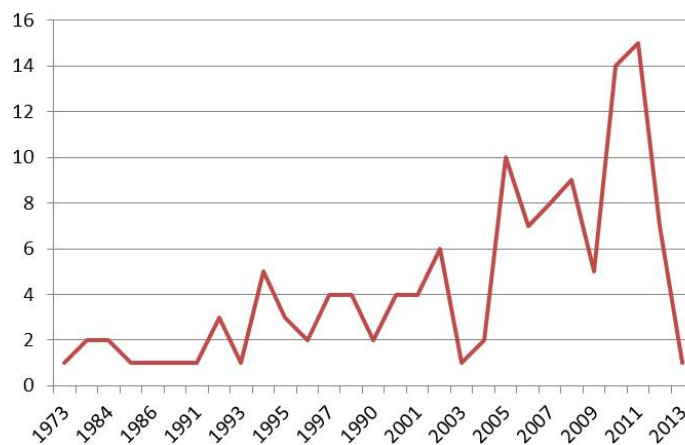
Eu queria observar, neste momento, se o interesse dos pesquisadores pela discussão sobre gêneros dissidentes manteve-se relativamente proporcional ao longo dos anos, desde que "transexualismo" foi incluído no DSM-III. Eu tinha algumas alternativas para fazer este levantamento. O primeiro, seria fazer um levantamento simples por ano de publicação. O segundo, seria escolher um corpus reduzido de artigos, que foram considerados referência no processo de reformulação do DSM-IV-R, pelo próprio GT. Este foi o caminho escolhido, conforme dito.

Para visualizar a produção científica sobre questões referentes às identidades trans por ano, verifiquei as datas dos artigos citados nos quadro artigos considerados pelo GT como referência, além da pesquisa coordenada por Vance et al (2011). O resultado confirmou a tendência observada na busca

dos bancos de dados: o período de revisão do DSM-IV-R representou uma intensificação de produção discursiva como nunca antes vista em torna da existência trans.

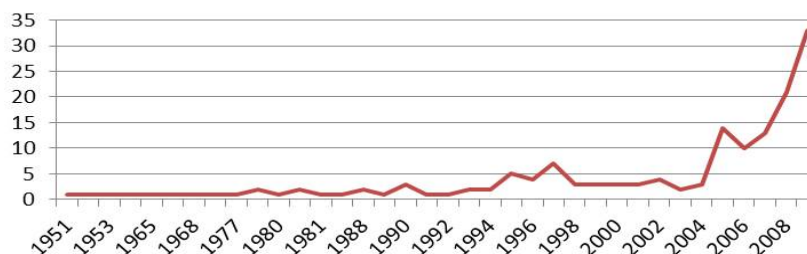
Nos gráficos abaixo, faço uma sistematização das datas das publicações citadas pelos artigos de referência pelo Grupo de Trabalho. A linha horizontal representa o ano e a vertical a quantidade de referência citada.

**Evolução, em números de citações, da produção intelectual sobre identidades trans no contexto norte-americano com base na referência: ZUCKER, Kenneth J. at all. (2013). *Memo outlining evidence for change for gender identity disorder in the DSM-5. Archives of Sexual Behavior*, 42, 901-14.**



No MOEC (Zucker et al, 2013), observa-se que das 74 obras citadas (eixo vertical), 68 foram publicadas entre os anos de 2009 e 2013.

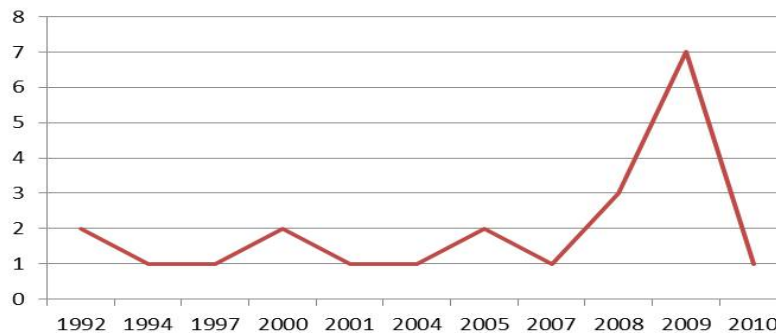
**Evolução, em números de citações, da produção intelectual sobre identidades trans no contexto norte-americano com base na referência: Meyer-Bahlburg, H. F. L. (2010). *From mental disorder to iatrogenic hypogonadism: Dilemmas in conceptualizing gender identity variants as psychiatric conditions. Archives of Behavior*.**



No artigo de Meyer-Bahlburg, H. F. L. (2010) são 140 obras citados. 135 foram publicadas entre 2005 e 2008.

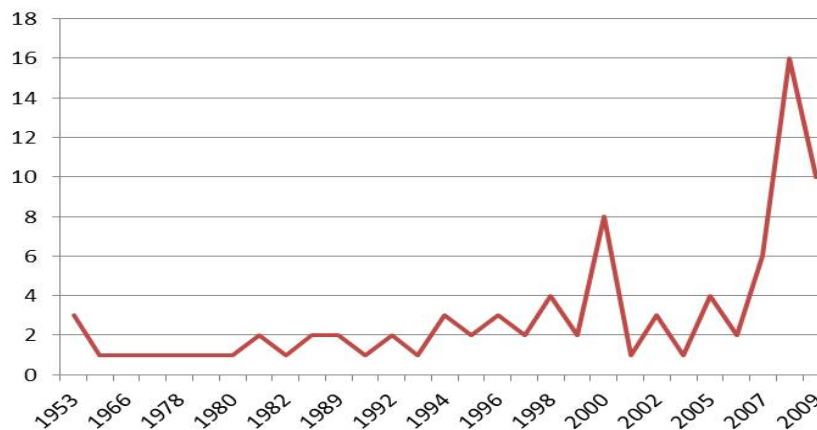


**Evolução, em números de citações, da produção intelectual sobre identidades trans no contexto norteamericano com base na referência: VANCE, S. R. et all (2010). Opinions about the DSM Gender Identity Disorder diagnosis: Results from an international survey administered to organizations concerned with the welfare of transgender people. International Journal of Transgenderism, 12, 1-14.**



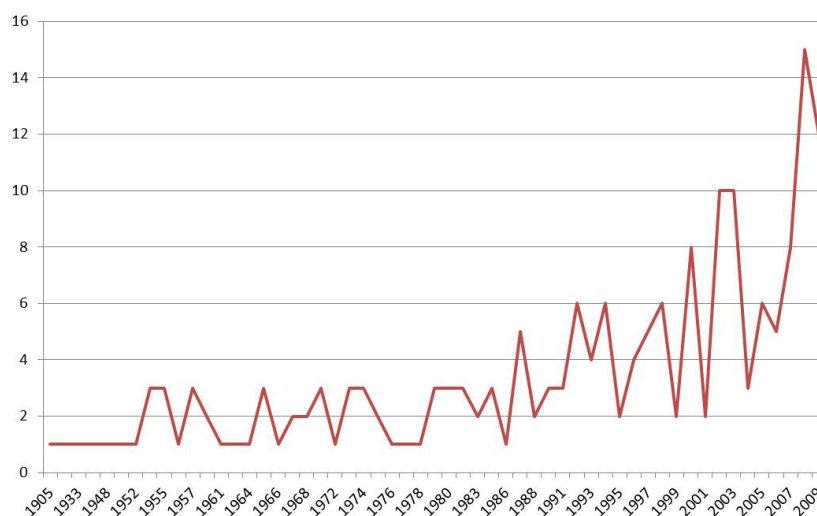
No artigo de Vance et al (2010), dos 36 citados, 33 foram publicados entre 2008 e 2010.

**Evolução, em números de citações, da produção intelectual sobre identidades trans no contexto norteamericano com base na referência: COHEN-KETTENIS, P.T., & PFÄFFLIN, F. (2010). The DSM diagnostic criteria for gender identity disorder in adolescents and adults. Archives of Sexual Behavior, 39, 499-513.**



Cohen-Kettennis & Pöfflin (2010), citaram 90 artigos, dos quais 86 foram publicados entre 2001e 2009.

DRESCHER, J. (2010). Queer diagnoses: Parallels and contrasts in the history of homosexuality, gender variance, and the Diagnostic and Statistical Manual, *Archives of Sexual Behavior*, 39, 427-460.



Drescher (2010), citou 72 artigos, dos quais, 66 foram publicados entre 2002 a 2009.

O pico das datas das obras citadas está entre os anos de 2005-2013. Após verificar a data, passei para a etapa seguinte: a análise dos artigos citados tentando mapear a filiação teórica de cada autor.

Eu tinha, diante de mim, um total de 410 referências, entre artigos e livros. Não foi possível ter acesso a todos estes artigos, principalmente os que foram publicados há mais de 30 anos. Embora a quantidade, no primeiro momento, fosse considerável, a primeira triagem apontou que havia uma repetição das referências. Após eliminar os artigos repetidos revelou-se um núcleo central dos cientistas que hegemonizam este debate nos EUA e que se configurando como um “cânone”. A repetição girou em torno de 70%.

(exemplo da tabela que construí para fazer a sistematização dos dados)

Título do artigo	Autor	Perspectiva teórica (concepção de gênero)			Área do conhecimento
		Universal (ênfase nos marcadores biológicos)	Relacional	Cultural	
From mental disorder to iatrogenic hypogonadism: Dilemmas in conceptualizing gender identity	Meyer-Bahlburg, H. F. L	x			Psiquiatria

variants as psychiatric conditions	(2010)	(Lígia, aqui é um exemplo de como eu sistematizei, em termos de concepção de gênero, os artigos que eu analisei. Neste caso, eu considerei o Meyer cm vinculado a uma concepção universal)			
------------------------------------	--------	--	--	--	--

Foram estes dados que orientaram a leitura que realizei dos 300 artigos. No caso dos livros, foram lidas a introdução e conclusões. Nos cinco artigos, os livros eram citados em menor quantidade. A análise final apontou: 1) uma repetição considerável dos autores citados; 2) uma predominância, na ordem de 90%, de cientistas das áreas da biomedicina-psiquiatria; 3) escassa referência de ativistas ou cientistas engajados na luta pela retirada das identidades trans do Manual; 4) raras citações de pesquisas etnográficas. As exceções aos itens **03 e 04 são os** livros *Gender outlaw: On men women and the rest of us* (Bornstein, 1994), escrito por uma ativista transexual e o *Third sex, third gender: Beyond sexual dimorphism in culture and history* (Herdt, 1994), de um antropólogo. Estes dois livros aparecem em quase 70% dos artigos que defendiam uma concepção de gênero fundada na confluência de fatores biológicos e culturais.

Este tipo de pesquisa genealógica, de certa forma, se apropria do dito popular "diga-me com quem andas e te direi quem eres", transfigurando-o em "diga-me quem citas e te direi o que pensas". Seja nos seis artigos eleitos para produção deste artigo, ou nos outros citados por eles, há uma predominância de pesquisas que buscam encontrar causas hormonais (Bosinski et al., 1997; Mueller, et al., 2008); neuro-anatômicas (Luders et al., 2009; Garcia-Falgueras et al., 2008); preferência pela utilização da mão esquerda entre as pessoas trans (Green & Young, 2001); dimensões das digitais (Green, & Young, 2001);

Elizabeth & Green, 1984); herança genética (Bailey et al., 2000); peso inferior em relação aos irmãos não trans (Blanchard et al., 2002); pesquisa nos cariótipos (Inoubli et al., 2011); comportamentos autista inato (De Vries et al., 2010); elevadas taxas de síndrome dos ovários policísticos entre os homens trans (Balén et al., 1993); diferenciação sexual do cérebro (Blanchard, 2001); a influência dos hormônios sexuais na diferenciação sexual do cérebro dos mamíferos na fase pré-natal (Baba et al., 2007).

### **Conclusão:**

Os principais achados desta pesquisa são:

- 1) O caráter local (nacional) da nova versão do DSM-5, especificamente o capítulo "Disforia de Gênero", em detrimento do desejo de universalidade calcado na suposta cientificidade do texto.
- 2) A composição GT Transtorno Sexuais e da Identidade de Gênero, do grupo de estudos e de consultores, é basicamente formada de pesquisadores estadunidenses e de psiquiatras.
- 3) O estudo das referências demonstrou o total desinteresse do GT pela aproximação com outros contextos culturais e significados para as múltiplas expressões de gênero.
- 4) A concepção de gênero está fundada na continuidade de uma concepção dimórfica dos corpos-sexuais.
- 5) As referências bibliográficas são endogâmicas. Os membros do GT citam uns aos outros, resultando na produção intencional de um cânone.
- 6) As negociações para manutenção do gênero como uma categoria diagnóstica podem ser interpretadas por como uma negociação no contexto de um país neoliberal, onde o Estado não assegura os direitos à saúde.
- 7) Ausência de qualquer validade científica. Não existe nenhuma pesquisa aceita que assegura a determinação biológica para a origem das identidades do gênero, conforme o próprio GT reconhece.
- 8) E, por fim, a dimensão violenta do texto, uma vez que tenta ler a diversidade das expressões de gênero pela lupa de uma cultura específica. Daí a violência

epistemológica, uma das principais armas retóricas do pensamento colonizador.

Como desdobramento destas conclusões aponto:

1) Ser um equívoco utilizar o Manual no contexto brasileiro (seja por psiquiatras nacionais, ativistas, operadores da saúde e do direito, pesquisadores), uma vez que, ao contrário dos EUA, o protagonismo no debate saúde/financiamento é assumido pelo Estado e não exclusivamente pelo mercado.

2) O gênero é uma categoria cultural. Neste sentido, para nos aproximarmos dos significados atribuídos aos sentidos de masculinidades e feminilidades que, geralmente, estão em disputa em contextos locais, é necessário partirmos do pressuposto da diferença, das singularidades e, portanto, da própria ignorância do pesquisador.

### Referências:

ABC News. (March 13, 2012). DSM-5 Criticized for Financial Conflicts of interest. <http://abcnews.go.com/Health/MindMoodNews/dsm-fire-financialconflicts/story?id=15909673#.T1--WXnBj4s> (capturado em 10/01/2015)

BORNSTEIN, K. (1994). Gender outlaw: On men women and the rest of us. NewYork: Vintage Books.

BAILEY, J. M., DUNNE, M. P., & MARTIN, N. G. (2000). Genetic and environmental influences on sexual orientation and its correlates in an Australian twin sample. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78, 524–536.

BALEN, A. H., SCHACHTER, M. E., MONTGOMERY, D., REID, R. W., & JACOBS, H. S. (1993). Polycystic ovaries are a common finding in untreated female to male transsexuals. *Clinical Endocrinology*, 38, 325–329.

BUTLER, Judith. Prólogo. (2011). In: Missé, Miguel y Coll-Planas, Gerardo (editores). El género desordenado: Críticas en torno a la patologización de la transexualidad. Egales editorial: Barcelona, 2a. edición. 09-13.

\_\_\_\_\_. (2004). *Deshacer el género*. Paidós: Barcelona, Buenos Aires, México.

BENJAMIN, Harry. El fenómeno transexual. (2001) (Versión española del Dr. J. Fernández de Aguilar Torres) Sevilla.

BABA, T., ENDO, T., HONNMA, H., KITAJIMA, Y., HAYASHI, T., IKEDA, H.,. (2007). Association between polycystic ovary syndrome and female-to-male transsexuality. *Human Reproduction*, 22, 1011– 1016.

BLANCHARD, R., ZUCKER, K. J., CAVACAS, A., ALLIN, S., BRADLEY, S. J., & SCHACHTER, D. C. (2002). Fraternal birth order and birth weight in probably prehomosexual feminine boys. *Hormones and Behavior*, 41, 321–327.

BLANCHARD, R. (2001). Fraternal birth order and the maternal immune hypothesis of male homosexuality. *Hormones and Behavior*, 40,05–114.

BOSINSKI, H.A., PETER, M., BONATZ,G., ARNDT, R., HEIDENREICH, M., SIPPELL, W. G., et al. (1997). A higher rate of hyperandrogenic disorders in female-to-male transsexuals. *Psychoneuroendocrinology*, 22, 361–380.

BENTO, Berenice (2014). *A reinvenção do corpo: sexualidade e gênero na experiência transexual*. Natal: EdUFRN.

COHEN-KETTENIS, P.T., & PFÄFFLIN, F. (2010). The DSM diagnostic criteria for gender identity disorder in adolescents and adults. *Archives of Sexual Behavior*, 39, 499-513.

DRESCHER, J. (2010). Queer diagnoses: Parallels and contrasts in the history of homosexuality, gender variance, and the Diagnostic and Statistical Manual, *Archives of Sexual Behavior*, 39, 427-460.

DE VRIES, A. L. C., NOENS, I. L., COHEN-KETTENIS, P. T., VAN BERCKELAER-ONNES, I. A., & DORELEIJERS, T. A. H. (2010). Autism spectrum disorders in gender dysphoric children and adolescents. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40, 930–936.

ELIZABETH, P. H., & GREEN, R. (1984). Childhood sex-role behaviors: Similarities and differences in twins. *Acta Geneticae Medicae et Gemellologiae*, 33, 173–179.

FOUCAULT, Michel. (org. e apresentação) *Herculine Barbin, chamada Alexina B. Madri*: Editorial Revolução, 1985a.

\_\_\_\_\_. *História da sexualidade*. Rio de Janeiro: Graal, v.1, 1985b.

GROB, G. N. (1991). Origins of DSM-I: A study in appearance and reality. *American Journal of Psychiatry*, 148 (4), 421-431.

GARCIA-FALGUERAS, A., & SWAAB, D. F. (2008). A sex difference in the hypothalamic uncinate nucleus: Relationship to gender identity. *Brain*, 131, 3132–3146.

GREEN, R., & YOUNG, R. (2001). Hand preference, sexual preference, and transsexualism. *Archives of Sexual Behavior*, 30, 565–574.

HERDT, G. (ed.). (1994). *Third sex, third gender: beyond sexual dimorphism in culture and history*, New York: Zone Books.

INOUBLI, A., DE CUYPERE, G., RUBENS, R., HEYLENS, G., ELAUT, E., VAN CAENEGEM, E., et al. (2011). Karyotyping, is it worthwhile in transsexualism? *Journal of Sexual Medicine*, 8, 475–478.

LATOUR, Bruno. (2011). *Ciência em ação: como seguir cientistas e engenheiros sociedade afora*. São Paulo; Unesp.

LUDERS, E., SÁNCHEZ, F. J., GASER, C., TOGA, A. W., NARR, K. L., HAMILTON, L. S., et al. (2009). Regional gray matter variation in male-to-female transsexualism. *NeuroImage*, 46, 904–907.

QUIJANO, Aníbal. (2000). “Colonialidade do poder, eurocentrismo e América Latina” In: LANDER, Edgardo (org.) *A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais. Perspectivas latino-americanas* (Buenos Aires: CLACSO/UNESCO).

PEREIRA, Pedro Paulo Gomes. (2014) *De corpos e travessias: uma antropologia de corpos e afetos*. Editora Annablume, Coleção *Queer*.

MEYER-BAHLBURG, H. F. L. (2010). From mental disorder to iatrogenic hypogonadism: Dilemmas in conceptualizing gender identity variants as psychiatric conditions. *Archives of Behavior*, 39, 461-476.

MUELLER, A., GOOREN, L. J., NATON-SCHOÖTZ, S., CUPISTI, S., BECKMANN, M., & DITTRICH, R. (2008). Prevalence of polycystic ovary syndrome and hyperandrogenemia in female-to-male transsexuals. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 93, 1408–1411.

RUSSO, Jane Araújo; VENÂNCIO, Ana Teresa (2006). Classificando as pessoas e suas perturbações: a “revolução terminológica” do DSM-III. *Revista Latino-Americana de Psicopatologia Fundamental*, IX [03].

RUSSO, Jane. (2004). Do desvio ao transtorno: a medicalização da sexualidade na nosografia psiquiátrica contemporânea. In: PISCITELLI, A. et al. *Sexualidade e saberes: convenções e fronteiras*. Rio de Janeiro: Garamond.



STENGERS, Isabelle. (2002). *A invenção das ciências modernas*. Rio de Janeiro: Editora 34, 2002.

SAID, Edward W. (2015). *O orientalismo: O oriente como invenção do Ocidente*. São Paulo: Companhia das Letras.

VANCE, S. R. et all (2010). Opinions about the DSM Gender Identity Disorder diagnosis: Results from an internacional survey administered to organizations concerned with the welfare of transgender people. *International Journal of Transgenderism*, 12, 1-14.

ZUCKER, K. J. (2010). The DSM diagnostic criteria for gender identity disorder in children. *Archives of Sexual Behavior*, 39, 477-498.

ZUCKER, Kenneth J. at all. (2013). Memo outlining evidence for change for gender identity disorder in the DSM-5. *Archives of Sexual Behavior*, 42, 901-14.

KIRK, Stuart et KUTCHINS, Herb. (1998). *Aimez-vous le DSM? Le triomphe de la psychiatrie americaine*. Institut Synthélabo: Paris.

Documentary: *Be Like Others*, by: Tanaz Eshaghian  
International Campaign Stop Trans Pathologization,  
<http://www.stp2012.info/old/en>, acessado em 11/08/2016.

**Sobre a autora:**

**Berenice Bento**

Professora do departamento de Sociologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, Brasil. Doutora pela Universidade de Brasília e Universidade de Barcelona. E-mail: [berenice.bento1@gmail.com](mailto:berenice.bento1@gmail.com)

**A autora é a única responsável pela redação do artigo.**