

Entendendo e Respondendo Ao Nosso Momento Transgênero

Ryan T. Anderson*

RESUMO: No centro do momento transgênero encontram-se ideias radicais sobre a pessoa humana—em particular, que as pessoas são o que afirmam ser, independentemente de evidências em contrário. Os ativistas transgênero não admitem que esta seja uma afirmação metafórica. Como eles não querem conduzir o debate no nível da filosofia, eles a disfarçam como uma afirmação científica e médica. Mas a medicina moderna não pode reatribuir o sexo fisicamente, e tentar fazê-lo não leva a bons resultados do ponto de vista psicossocial. A medicina transgênero é baseada em uma cosmovisão transgênica. Mas a cosmovisão promovida pelos ativistas transgênicos é inerentemente confusa e cheia de contradições internas. Os ativistas nunca reconhecem essas contradições. Em vez disso, eles se apoiam oportunisticamente em qualquer afirmação que seja mais útil em um determinado momento. Mas, se puxarmos com mais força em qualquer dos fios com os quais a ideologia transgênero é tecida, a tapeçaria inteira se desfaz.

PALAVRAS-CHAVE: ativismo transgênero; reatribuição de sexo; cosmovisão transgênero

Diz-se que estamos vivendo em uma era pós-moderna que rejeitou a metafísica. Mas isso não é bem verdade. Nós estamos vivendo em uma era pós-moderna que promove uma metafísica alternativa. Como eu expliquei em *When Harry Became Sally: Responding to the Transgender Moment*, no cerne do momento transgênero encontram-se ideias radicais sobre a pessoa humana – particularmente, ideias segundo as quais as pessoas *são* o que afirmam ser, a despeito de qualquer evidência contrária. Um menino transgênero *é* um menino, não apenas uma menina que *se identifica* como menino. É possível entender por que os ativistas fazem tais afirmações. Um argumento sobre identidades transgênero será muito mais persuasivo se ele se referir àquilo que alguém *é*, e não somente à forma como alguém *se identifica*.

* Doutor em Ciência Política pela Universidade de Notre Dame, EUA. William E. Simon Senior Research Fellow na Heritage Foundation e fundador e editor do periódico *Public Discourse*, publicado pelo Witherspoon Institute da Universidade de Princeton. Autor do livro *When Harry Became Sally: Responding to the Transgender Moment* (New York: Encounter Books, 2018), a partir do qual este artigo foi adaptado.

E assim a retórica do momento transgênero está repleta de asserções ontológicas: as pessoas *são* o gênero que preferem ser. Esta é a afirmação.

Os ativistas transgênero não admitem que esta é uma afirmação metafísica. Não querem levar o debate para um patamar filosófico, e por isso a disfarçam como uma afirmação científica e médica. E conseguiram cooptar várias associações profissionais para a defesa de sua causa. Dessa forma, a Associação Americana de Psicologia, em um panfleto intitulado “Respostas as Suas Perguntas sobre Pessoas Trans, Identidade de Gênero e Expressão de Gênero”, nos diz que “transgênero é um termo guarda-chuva para as pessoas cuja *identidade de gênero*, *expressão de gênero* ou comportamento não se conformam àqueles tipicamente associados ao sexo atribuído no nascimento.”¹ Observem a linguagem politizada: o sexo da pessoa é “atribuído ao nascer”. Há alguns anos, em 2005, até mesmo o grupo *Human Rights Campaign* referia-se a “sexo de nascença” e “sexo físico”².

A expressão “sexo atribuído ao nascer” é preferida agora porque ela torna possível considerar a “identidade de gênero” como a base real do sexo da pessoa. Em uma declaração de especialista, a uma corte distrital federal da Carolina do Norte, a respeito da lei H.B. 2 (uma lei estadual regulamentando o acesso a banheiros para sexos específicos), a Dra. Deanna Adkins afirmou que “de uma perspectiva médica, o fator apropriado que determina o sexo é a identidade de gênero”³. A Dra. Adkins é professora da Duke University School of Medicine e diretora da Duke Center For Child and Adolescent Gender Care (que foi inaugurado em 2015). A Dra. Adkins argumenta que a identidade de gênero é não só a base preferencial para a determinação do sexo, mas “o único determinante do sexo aprovado pela Medicina”⁴. Qualquer outro método equivale a ciência de má qualidade, ela alega: “é contrário à ciência médica utilizar cromossomos, hormônios, órgãos reprodutivos internos, genitália externa ou características sexuais secundárias para sobrepujar a identidade de gênero na classificação de alguém como macho ou fêmea”⁵.

Esta é uma afirmação notável, ao menos porque até recentemente a argumentação dizia que o gênero é apenas uma construção social, enquanto

¹ American Psychological Association, “Answers to Your Questions About Transgender People, Gender Identity, and Gender Expression,” p. 1, <http://www.apa.org/topics/lgbt/transgender.pdf>.

² Brian Moulton, *Transgender Americans: A Handbook for Understanding* (Human Rights Campaign Foundation, 2005), p. 5.

³ Declaration of Deanna Adkins, M.D., U.S. District Court, Middle District of North Carolina, Case 1:16-cv-00236-TDS-JEP, p. 5.

⁴ *Ibid.*, p. 6.

⁵ *Ibid.*, p. 7.

o sexo é uma realidade biológica. Agora os ativistas dizem que a identidade de gênero é determinante, enquanto o sexo biológico é que é a construção social.

A Dra. Adkins não informa se aplicaria essa regra a todas as espécies de mamíferos. Mas por que se deveria determinar o sexo dos seres humanos de um modo diverso de outros mamíferos? E se a ciência médica sustenta que a identidade de gênero determina o sexo nos seres humanos, o que isso significa para o uso de agentes medicinais que apresentam efeitos diferentes em machos e fêmeas? A dosagem adequada do remédio depende do sexo ou da identidade de gênero do paciente?

Mas o que exatamente é essa “identidade de gênero” que se diz constituir o verdadeiro determinante médico do sexo? Adkins a define como “o senso interno de pertencimento de uma pessoa a um gênero particular, tal como macho ou fêmea.”⁶ Notem a expressão “tal como”, implicando que as opções não se limitam necessariamente a macho ou fêmea. Outros ativistas são mais diretos ao admitir que a identidade de gênero não precisa se restringir à escolha binária entre macho e fêmea, mas pode incluir ambos, ou nenhum. A Associação Americana de Psicologia, por exemplo, define “identidade de gênero” como “o senso interno de uma pessoa a respeito de ser macho, fêmea ou alguma outra coisa.”⁷

Adkins afirma que ser transgênero não é uma desordem mental, mas simplesmente “uma variação normal do desenvolvimento.” E ela diz, além disso, que os profissionais de saúde física e mental que se especializam no tratamento da disforia de gênero estão de acordo com essa visão.⁸

1. O Catecismo Transgênero

Essas noções sobre sexo e gênero estão sendo agora ensinadas a crianças pequenas. Para isso, alguns ativistas criaram infográficos numa linguagem visual próxima das crianças, como o da “Genderbread Person”⁹. Esse infográfico (Figura 1) ensina que, em se tratando de sexualidade e gênero, as pessoas têm cinco características diferentes, cada uma delas se desdobrando ao longo de um espectro.

⁶ Ibid., p. 4.

⁷ American Psychological Association, “Answers to Your Questions About Transgender People, Gender Identity, and Gender Expression.”

⁸ Declaration of Deanna Adkins, p. 6.

⁹ Sam Killermann, “The Genderbread Person v3,” *It’s Pronounced Metrosexual* (March 16, 2015), <http://itspronouncedmetrosexual.com/2015/03/the-genderbread-personv3>. A expressão é um jogo de palavras com o “Gingerbread Man”, um doce semelhante ao pão de mel feito no formato de uma pessoa. [N. do T.].

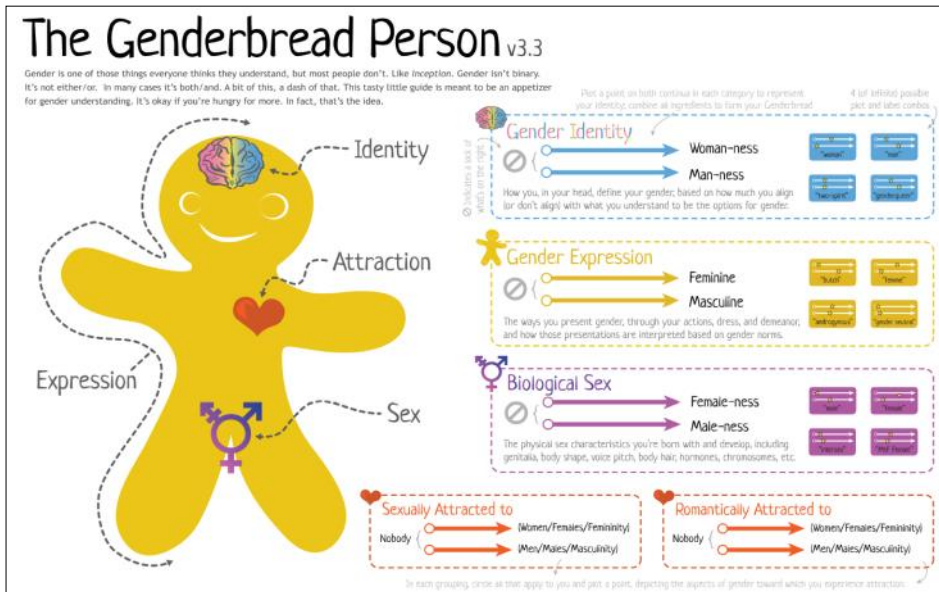


Figura 1: Infográfico “The Gingerbread Person”.

Fonte: <https://www.genderbread.org/resource/genderbread-person-v3-3>

Existe a “identidade de gênero”, que é “como você, na sua cabeça, define o seu gênero, baseado no quanto você se alinha (ou não se alinha) àquilo que entende que são as opções de gênero”. O infográfico lista “4 (ou infinitas)” possibilidades para a identidade de gênero: “feminilidade”, “masculinidade”, “dois espíritos” ou “genderqueer”. A segunda característica é a “expressão de gênero”, que é “o modo como você apresenta o gênero, por meio de suas ações, vestimentas e conduta”. Além de “feminino” ou “masculino”, as opções são “butch”, “femme”, “andrógino” ou “gênero neutro”. A terceira é o “sexo biológico”, definido como “as características físicas sexuais com as quais você nasceu e se desenvolveu, incluindo a genitália, formato do corpo, timbre de voz, pelos corporais; hormônios, cromossomos etc.”. As duas últimas características se referem à orientação sexual: “atraído sexualmente a” e “atraído romanticamente a”. As opções incluem “Mulheres / Fêmeas / Feminidade” e “Homens / Machos / Masculinidade”. O que parece bastante binário.

A “Genderbread Person” tenta localizar essas cinco características no corpo: a identidade de gênero no cérebro, a atração sexual e romântica no coração, o sexo biológico na pélvis e a expressão de gênero ao redor de toda a figura. A versão aqui apresentada é a versão 3.3, incorporando ajustes feitos em resposta a críticas a versões anteriores. Mas mesmo esta versão viola o dogma corrente. Alguns ativistas têm se queixado de que a Genderbread Person parece demasiado masculina.

Uma falha mais séria aos olhos de muitos ativistas é a utilização do termo “sexo biológico”. A revista *Time* foi criticada por essa mesma transgressão em 2014, após publicar o perfil de Laverne Cox, a “primeira pessoa trans assumida” a aparecer na capa da revista. Pelo menos o pessoal da *Time* ganhou algum crédito por tentar se portar como “bons aliados, explicando o que muitos veem como um assunto complicado”, escreveu Mey Rude em um artigo intitulado “Está na Hora das Pessoas Pararem de Utilizar a Construção Social do ‘Sexo Biológico’ para Defender a sua Transmisoginia”. (É difícil acompanhar o momento transgênero.) Mas a *Time* foi considerada culpada de utilizar uma “compreensão simplista e antiquada de Biologia para perpetuar algumas ideias muito perigosas sobre as mulheres trans”, e de não reconhecer que o sexo biológico “não é algo com que nós nascemos, é algo que os médicos ou nossos pais nos atribuem ao nascer”.¹⁰

Hoje em dia, os “aliados” dos transgêneros com uma boa reputação não utilizam o “Genderbread Person” em suas salas de aula, optando em vez disso pelo “Unicórnio do Gênero”, que foi criado pelo Trans Students Educational Resources (TSER).¹¹ Ele tem um formato corporal que não aparenta ser nem macho nem fêmea, e, ao invés de um “sexo biológico”, ele tem um “sexo atribuído ao nascer”. Essas são as mudanças significativas feitas ao “Genderbread Person”, e elas foram feitas de modo a que o novo gráfico pudesse “retratar de modo mais preciso a distinção entre gênero, sexo atribuído ao nascer e sexualidade”¹².

De acordo com o TSER, “o sexo biológico é uma expressão ambígua que não tem escala ou significado, a não ser por estar relacionada a algumas características sexuais. Ela também é prejudicial às pessoas trans. Em vez dela, nós preferimos ‘sexo atribuído ao nascer’, que traz uma descrição mais precisa do que sexo biológico pode estar tentando comunicar”¹³. O Unicórnio do Gênero é o gráfico que as crianças poderão encontrar na escola. Esses são os dogmas a respeito dos quais elas poderão ser catequizadas, para que os professem fielmente.

Ao mesmo tempo que os ativistas afirmam que as possibilidades da identidade de gênero são bastante expansivas – homem, mulher, ambos, nenhum dos dois – eles também insistem em que a identidade de gênero é inata, ou estabelecida muito cedo e, após isso, imutável. O Dr. George

¹⁰ Mey Rude, “It’s Time for People to Stop Using the Social Construct of ‘Biological Sex’ to Defend Their Transmisogyny,” Autostraddle (June 5, 2014), <https://www.autostraddle.com/its-time-for-people-to-stop-using-the-social-construct-of-biological-sex-to-defend-their-transmisogyny-240284/>.

¹¹ Trans Student Educational Resources, “The Gender Unicorn,” <https://www.transstudent.org/gender>.

¹² Ibid.

¹³ Ibid.

Brown, professor de psiquiatria e membro por três mandatos da Associação Profissional Mundial para a Saúde Transgênero (WPATH), disse em sua declaração ao tribunal federal da Carolina do Norte que a identidade de gênero “é comumente estabelecida cedo, por volta dos dois ou três anos de idade”¹⁴. Dirigindo-se ao mesmo tribunal, a Dr. Adkins asseverou que “a evidência sugere fortemente que a identidade de gênero é inata ou fixada a uma idade tenra, e que a identidade de gênero tem uma forte base biológica”¹⁵. (Em nenhum momento da sua declaração como especialista ela citou quaisquer fontes para as suas afirmações.)

2. Contradições dos transgêneros

Se você acha que as afirmações apresentadas neste artigo parecem confusas, você não está só. O pensamento dos ativistas transgênero é inerentemente confuso e cheio de contradições internas. Os ativistas nunca reconhecem essas contradições. Ao contrário, eles se apoiam oportunisticamente em qualquer afirmação que seja mais útil em um determinado momento.

Aqui estou falando sobre os *ativistas* transgênero. A maioria das pessoas que sofrem de disforia de gênero não são ativistas, e muitas delas rejeitam o que os ativistas dizem. Várias delas podem ser consideradas vítimas dos ativistas, como mostro em meu livro. Muitas pessoas que sofrem em função de seu sexo corpóreo sabem que não pertencem de fato ao sexo oposto, e não querem “transicionar”. Elas querem receber ajuda para conseguir se identificar com o seu eu corpóreo e aceitá-lo. Elas não acreditam que os seus sentimentos de disforia de gênero definam a realidade. Mas os ativistas transgênero, sim. Independentemente de identificarem-se como “cisgênero” ou “transgênero”, os ativistas promovem uma visão de mundo altamente subjetiva e incoerente.

De um lado, eles afirmam que o verdadeiro “eu” é diverso do corpo físico, em uma nova forma de dualismo gnóstico, embora ao mesmo tempo adotem uma filosofia materialista na qual apenas o mundo material existe. Eles dizem que o gênero é meramente uma construção social, afirmando ao mesmo tempo que uma pessoa pode estar “aprisionada” no gênero errado. Eles dizem que não há diferenças significativas entre homens e mulheres, embora se apoiem em rígidos estereótipos sexuais para defender que a “identidade de gênero” é real, enquanto o caráter corporal humano não é. Eles afirmam que a verdade é o que quer que a pessoa diz ser, embora acreditem que há um “eu” verdadeiro a ser descoberto no interior

¹⁴Declaration of George R. Brown, M.D., DFAPA, U.S. District Court, Middle District of North Carolina, Case 1:16-cv-00425, p. 7.

¹⁵Declaration of Deanna Adkins, 4.

daquela pessoa. Eles promovem um individualismo expressivista radical, no qual as pessoas são livres para fazer o que quiserem e definir a verdade da forma que desejarem, embora tentem implacavelmente obrigar a aceitação da ideologia transgênero.

É difícil encontrar uma maneira de combinar essas posições contraditórias. Se apenas um fio da trama da ideologia transgênero for puxado, todo o tecido será desfeito. Mas eis aqui algumas perguntas que podem ser feitas:

Se o gênero é uma construção social, como pode a identidade gênero ser inata e imutável? Como pode a identidade de alguém com respeito a uma construção social ser determinada pela biologia fetal? Como pode a identidade de alguém ser imutável com respeito a uma construção social em constante alteração? E se a identidade de gênero é inata, como ela pode ser “fluida”? O desafio que os ativistas enfrentam é oferecer uma definição plausível de gênero e de identidade de gênero que seja independente do sexo biológico.

Existe um binário de gênero ou não? De alguma forma, tanto existe quanto não existe, de acordo com os ativistas transgênero. Se as categorias de “homem” e “mulher” são suficientemente objetivas para que as pessoas possam se identificar como, e *ser*, homens e mulheres, como o gênero pode ser ao mesmo tempo um espectro, ao longo do qual as pessoas possam se identificar como, e *ser*, ambas as categorias, nenhuma das duas, ou algo no meio do caminho entre elas?

O que quer dizer que se tem um “sentimento” interno de gênero? Como é o sentimento de gênero? Que significado podemos dar ao conceito de sexo ou gênero – e, portanto, que “sentimento” interno podemos ter de gênero – independentemente de se ter um corpo de um sexo em particular? Para além de se ter um corpo masculino, como é o “sentimento” de ser homem? Para além de se ter um corpo feminino, como é o “sentimento” de ser mulher? Como é o sentimento de ser *tanto* homem *como* mulher, ou de não ser *nem um nem outro*? O desafio para os ativistas transgênero é o de explicar como são esses sentimentos, e como alguém poderia saber se ele ou ela “se sente” como pertencendo ao sexo oposto, ou a nenhum sexo, ou a ambos.

Mesmo que os ativistas fossem capazes de responder a essas perguntas sobre os sentimentos, isso ainda não significaria enfrentar a questão da realidade. Por que o sentir-se como homem – o que quer que isso signifique— *faria* de alguém um homem? Por que nossos sentimentos determinam a realidade no que diz respeito ao sexo, mas quase nada além disso? Os nossos sentimentos não determinam a nossa idade ou a nossa altura. E poucas pessoas acreditam na autoafirmação de Rachel Dolezal como uma mulher negra, já que ela claramente não o é. Se aqueles que se identificam como

transgênero *são* o sexo com o qual se identificam, por que essa mesma lógica não se aplica a outras características ou categorias do ser? E quanto às pessoas que se identificam a animais, ou pessoas com o uso pleno do seu corpo que se identificam como portadores de deficiências? Todas essas identidades autoprofessadas determinam a realidade? Caso contrário, por que não? E deveriam tais pessoas receber tratamento médico para transformar os seus corpos em conformidade com suas mentes? Por que aceitar a “realidade” transgênero, mas não a realidade trans-racial, trans-espécie e trans-habilidade corporal? O desafio para os ativistas é explicar por que o sexo “real” de uma pessoa é determinado por uma “identidade interna de gênero”, mas a idade, a altura, a raça e a espécie não são determinadas por um sentimento interno de identidade.

É claro que um ativista transgênero poderia responder que uma “identidade” é, por definição, apenas um sentimento interno do ego. Mas se é este o caso, então a identidade de gênero é meramente um discurso sobre o próprio sentimento. Logo, dizer que alguém é transgênero quer apenas dizer que a pessoa tem sentimentos de que ele, ou ela, é do sexo oposto. A identidade de gênero, assim entendida, não tem nenhuma implicação sobre o significado de “sexo” ou qualquer outra coisa. Mas os ativistas transgênero afirmam que a “identidade de gênero” autoprofessada de uma pessoa *é* o “sexo” daquela pessoa. O desafio para os ativistas é explicar por que o mero sentimento de ser masculino ou feminino (ou ambos, ou nenhum dos dois) *faz* de alguém masculino ou feminino (ou ambos, ou nenhum dos dois).

A identidade de gênero pode parecer bastante com a identidade religiosa, que é determinada pelas crenças. Mas essas crenças não determinam a realidade. Alguém que se identifique como cristão crê que Jesus é o Cristo. Alguém que se identifique como muçulmano crê que Maomé é o Último Profeta. Mas Jesus é, ou não é, o Cristo, e Maomé é, ou não é, o Último Profeta, independentemente do que qualquer pessoa acredite. Da mesma forma, portanto, uma pessoa é, ou não é, um homem, independentemente do que qualquer um – incluindo a própria pessoa – possa acreditar. O desafio para os ativistas de gênero é apresentar um argumento que explique por que as crenças dos transgêneros determinam a realidade.

No cerne da questão está a determinação da realidade, e também aqui encontramos contradições. Por um lado, os ativistas transgênero querem ter a autoridade da ciência enquanto fazem afirmações metafísicas, dizendo que a ciência revela que a identidade de gênero é inata e imutável. Por outro lado, negam que biologia seja destino, insistindo que as pessoas são livres para serem o que quiserem. Qual dos dois corresponde à realidade? Nossa identidade de gênero é biologicamente determinada e imutável, ou autocriada e mutável? Se for a primeira alternativa, como explicamos as

peças cujas identidades de gênero mudam ao longo do tempo? Essas pessoas têm o sentido errado de gênero em algum momento de suas vidas? E se a identidade de gênero é autocriada, por que as outras pessoas precisam aceitá-la como real? Se nós devemos ser livres para escolher a nossa própria realidade de gênero, por que algumas pessoas podem impor a sua ideia de realidade sobre as outras somente porque se identificam como transgênero? O desafio para o ativista transgênero é articular alguma concepção de verdade como a base pela qual nós entendemos o bem comum e como a sociedade deve ser organizada.

Como documentei em profundidade no livro *When Harry Became Sally*, as afirmações dos ativistas transgênero são confusas porque são filosoficamente incoerentes. Os ativistas se apoiam sobre afirmações contraditórias na medida em que precisam defender sua posição, mas a sua ideologia está em constante evolução, de modo que até mesmo seus aliados e organizações LGBT podem ficar para trás, enquanto o “progresso” continua. No centro da ideologia encontra-se a afirmação radical de que sentimentos determinam a realidade. Desta ideia surgem exigências extremas para que a sociedade aja de acordo a afirmações subjetivas sobre a realidade. Os ideólogos transgênero ignoram evidências em contrário e interesses concorrentes; eles menosprezam práticas alternativas; e procuram abafar vozes céticas, abolindo qualquer divergência. O movimento precisa continuamente remendar e escorar as suas crenças, policiando os fiéis, coagindo os hereges e punindo os apóstatas, porque tão logo os seus frenéticos esforços tenham dado qualquer sinal de fraqueza, ou alguém consiga opor-se com sucesso a ele, toda a encenação é exposta. É o que acontece quando os dogmas de um grupo são tão contrários a verdades óbvias, básicas e cotidianas. Um futuro transgênero não é o “lado certo da história”, mas assim mesmo os ativistas conseguiram convencer os setores mais poderosos da nossa sociedade a render-se às suas exigências. Enquanto as afirmações que fazem são evidentemente falsas, será necessário muito trabalho para prevenir a propagação dessas danosas ideias.

3. A Ciência da Mudança de Sexo

E essas ideias podem causar danos. Há custos humanos resultantes do erro sobre a natureza humana. Ao contrário das afirmações dos ativistas, o sexo não é “atribuído ao nascer” – e é por isso que não pode ser “reatribuído”. O sexo é uma realidade física que pode ser reconhecida muito antes do nascimento, por meio de imagens de ultrassom. O sexo de um organismo é definido e identificado pela maneira com que ele, ou ela, é organizado(a) para a reprodução sexual.

Esta é apenas uma manifestação de o fato que a organização natural é a “característica definidora de um organismo”, conforme explicam a neurocientista Maureen Condic e seu irmão filósofo Samuel Condic. Nos organismos, “as diversas partes... são organizadas para interagir de modo cooperativo para o bem da entidade como um todo. Os organismos podem existir em níveis variados, desde células microscópicas isoladas até baleias-cachalote que pesam toneladas e, mesmo assim, todos são caracterizados pela função integrada das partes pelo bem do todo”¹⁶.

Organismos machos e fêmeas têm partes diferentes que são integradas funcionalmente para o bem do seu todo, e para o bem de um todo maior – sua união sexual e a reprodução. Portanto, o sexo de um organismo – seja macho ou fêmea – é identificado pela sua organização para atos de reprodução sexual. O sexo como um status – macho ou fêmea – é o reconhecimento da organização de um corpo que é capaz de se engajar no sexo como ato.

Essa organização não é apenas a melhor maneira de se descobrir qual é o seu sexo; ela é a única maneira de atribuir qualquer sentido aos *conceitos* de macho e fêmea. A que mais o status de “macho” ou “fêmea” poderia se referir, a não ser a nossa capacidade física básica para cumprir uma de duas funções na reprodução sexual?

A distinção conceitual entre macho e fêmea, baseada na organização reprodutiva, fornece a única forma coerente de se classificar os dois sexos. Fora dela, tudo o que resta são estereótipos.

Isso não deveria ser controverso. O sexo é entendido dessa forma em várias espécies reprodutoras. Ninguém acha particularmente difícil – muito menos controverso – identificar membros machos e fêmeas da espécie bovina ou canina. Fazendeiros e reprodutores dependem desta simples distinção para o seu ganha-pão. Somente recentemente, e apenas com respeito à espécie humana, é que o próprio conceito de sexo se tornou controverso.

Todavia, como vimos anteriormente, especialistas médicos, como a Dra. Adkins, professam que “de uma perspectiva médica, o fator determinante apropriado do sexo é a identidade de gênero”¹⁷. Em sua declaração oficial a um tribunal federal, a Dra. Adkins chamou a visão padrão do sexo – a organização sexual de um organismo – de “uma visão extremamente antiquada do sexo biológico”. O Dr. Lawrence Mayer respondeu, em sua réplica: “Esta afirmação é assombrosa: eu procurei dezenas de referências na biologia, medicina e genética – até na Wikipédia! – e não consegui achar

¹⁶ Maureen L. Condic and Samuel B. Condic, “Defining Organisms by Organization,” *National Catholic Bioethics Quarterly* 5, no. 2 (Summer 2005): 336.

¹⁷ Declaration of Deanna Adkins, p. 5.

outra definição científica alternativa. De fato, as únicas referências a uma definição mais fluida de sexo biológico estão na literatura de política social¹⁸. Exatamente. O Dr. Mayer é o pesquisador residente do Departamento de Psiquiatria da Escola de Medicina da Johns Hopkins University e professor de estatística e bioestatística na Arizona State University.

A ciência moderna demonstra que a nossa organização sexual começa com o nosso DNA e o desenvolvimento no útero, e que as diferenças sexuais se manifestam em vários sistemas e órgãos do corpo, até o nível molecular. Em outras palavras, nossa organização física para realizar uma de duas funções reprodutivas nos conforma organicamente, desde o início da vida, em todos os níveis de nosso ser.

Cirurgias cosméticas e hormônios do sexo oposto não podem nos transformar em outro sexo. Eles podem afetar as aparências. Podem tolher ou danificar algumas expressões externas de nossa organização reprodutiva. Mas não podem transformá-la. Eles não podem nos transformar de um sexo para o outro.

“Falando de uma perspectiva científica, homens trans não são homens biológicos e mulheres trans não são mulheres biológicas. As afirmações ao contrário não têm apoio de nenhuma centelha de evidência científica”, explica o Dr. Mayer.¹⁹ Ou, conforme expresso pelo filósofo de Princeton, Robert P. George, “mudar de sexo é uma impossibilidade metafísica porque é uma impossibilidade biológica”²⁰.

4. Os Resultados Psicossociais da Mudança de Sexo

Infelizmente, da mesma forma que a “reatribuição de sexo” é incapaz de reatribuir biologicamente o sexo, ela também é incapaz de promover uma maior sanidade social e psicológica. Como demonstrei em *When Harry Became Sally*, a evidência médica sugere que ela não soluciona adequadamente as dificuldades psicossociais enfrentadas pelas pessoas que se identificam como transgênero.

Mesmo quando os procedimentos são exitosos do ponto de vista técnico e cosmético, e mesmo em culturas que apresentam uma atitude positiva diante dos transgêneros, as pessoas que fizeram a transição ainda alcançam resultados insatisfatórios. O Dr. Paul McHugh, Professor de Psiquiatria da Escola de Medicina da Johns Hopkins University, que recebeu uma comenda de Serviços Qualificados à Universidade, explica:

¹⁸ Expert Rebuttal Declaration of Lawrence S. Mayer, M.D., M.S., Ph.D, U.S. District Court, Middle District of North Carolina, Case 1:16-cv-00425-TDS-JEP.

¹⁹ Declaration of Lawrence S. Mayer, M.D., M.S., Ph.D, U.S. District Court, Middle District of North Carolina, Case 1:16-cv-00425-TDS-JEP, Exhibit K.

²⁰ Robert P. George, “Gnostic Liberalism,” *First Things* (December 2016).

Homens que fazem a transição não se tornam mulheres, nem mulheres transicionadas se tornam homens. Todos e todas (incluindo Bruce Jenner) tornam-se homens feminizados ou mulheres masculinizadas, versões falsificadas ou imitadoras do sexo com o qual se “identificam”. Aí está a raiz do seu futuro problemático.

Quando o “tumulto e os gritos silenciam”, a vida em uma roupage sexual falsificada não se revela nem fácil, nem sábia. O mais minucioso acompanhamento das pessoas que sofreram a reatribuição de sexo – estendendo-se por trinta anos e conduzido na Suécia, onde a cultura é altamente positiva diante dos transgêneros – documenta o desconforto mental por toda a vida dessas pessoas. Entre 10 a 15 anos após a reatribuição cirúrgica, a taxa de suicídio das pessoas que passaram pela cirurgia de reatribuição de sexo elevou-se a 20 vezes mais do que a média de pessoas em situação comparável.²¹

O Dr. Mc Hugh aponta para a realidade de que, visto que a mudança de sexo é fisicamente impossível, ela frequentemente não traz a sanidade e felicidade duradouras buscadas pelas pessoas. De fato, as melhores pesquisas científicas dão razão à cautela e às preocupações de Mc Hugh.

Abaixo se transcreve o resumo feito, pelo jornal britânico *The Guardian*, dos resultados de uma revisão de “mais de 100 estudos de acompanhamento de transexuais pós-operatórios” pela *Agressive Research Intelligence Facility*²² (Arif) da Universidade de Birmingham:

A Arif, que realiza análises de tratamentos de saúde para o NHS, concluiu que nenhum dos estudos traz evidências conclusivas de que a reatribuição de sexo é benéfica para os pacientes. Ela descobriu que a maioria das pesquisas tinha sido mal desenhada, o que distorceu os resultados a favor da mudança física de sexo. Não houve avaliação alguma da hipótese de que outros tratamentos, tais como terapias de longo prazo, poderiam ajudar os transexuais, ou se a sua confusão de gênero diminuiria com o passar do tempo.²³

“Há uma enorme incerteza sobre a questão de se a mudança de sexo é uma coisa boa ou ruim,” disse Chris Hyde, o diretor da Arif. Mesmo que os médicos observem o cuidado de realizar esses procedimentos apenas em “pacientes apropriados”, continuou Hyde, “ainda há um grande número de pessoas que fazem a cirurgia, mas permanecem traumatizados – frequentemente a ponto de cometer suicídio”²⁴.

²¹ Paul McHugh, “Transgenderism: A Pathogenic Meme,” *Public Discourse* (June 10, 2015), <http://www.thepublicdiscourse.com/2015/06/15145/>.

²² Instituição de Inteligência de Pesquisas Agressivas. [N. do T.]

²³ David Batty, “Mistaken identity,” *Guardian* (July 30, 2004), <https://www.theguardian.com/society/2004/jul/31/health.socialcare>.

²⁴ <https://www.theguardian.com/society/2004/jul/30/health.mentalhealth>.

Dignas de particular preocupação são as pessoas que esses estudos “perderam de vista”. Como observou o jornal *The Guardian*, “os resultados de vários estudos de reatribuição de gênero são deficientes, porque os pesquisadores perderam de vista mais do que a metade dos participantes”. De fato, “o Dr. Hyde disse que a alta taxa de evasão poderia refletir altos níveis de insatisfação ou mesmo suicídio entre os transexuais pós-operatórios”. Concluiu o Dr. Hyde: “O ponto é que, embora seja claro que algumas pessoas se dão bem com cirurgias de reatribuição de sexo, as pesquisas disponíveis conseguem dar pouca segurança a respeito de quantos pacientes se dão mal, e, nesse caso, quão mal”²⁵.

Tendo em conta que a Arif fez o estudo em 2004, então pode ser que as coisas tenham mudado na última década? Não é o caso. Em 2014, um novo levantamento da literatura científica foi realizado pela Hayes, Inc., uma empresa de pesquisa e consultoria que avalia a segurança e os resultados para a saúde de tecnologias médicas. A Hayes descobriu que as evidências sobre os resultados de longo prazo da reatribuição de sexo eram por demais esparsas para dar suporte a conclusões significativas, e deu a esses estudos a pior nota em termos de qualidade:

Melhoras estatisticamente significativas não têm sido consistentemente demonstradas por múltiplos estudos para a maioria dos resultados.... As evidências a respeito da qualidade de vida e funcionalidade em adultos “macho-para-fêmea” são muito esparsas. As evidências de medidas menos abrangentes de bem estar em recipientes adultos de terapias com hormônios do sexo oposto são diretamente aplicáveis a pacientes de disforia de gênero, mas são esparsas e/ou contraditórias entre si. Os desenhos dos estudos não permitem chegar a conclusões em termos de causalidade, e os estudos também apresentaram fraquezas associadas a sua execução. Há riscos potenciais de segurança no longo prazo associados à terapia hormonal, mas nenhum desses riscos foi comprovado ou conclusivamente descartado.²⁶

O governo do presidente Barack Obama alcançou resultados parecidos. Em 2016, os Centros para o Medicare e o Medicaid voltaram a se debruçar sobre a questão da cobertura das cirurgias de reatribuição de sexo pelos planos de saúde do Medicare. Apesar de ter recebido um pedido de que tal cobertura fosse obrigatória, eles recusaram-se a atendê-lo, com base no fato de que não temos evidências de que esse tipo de procedimento beneficia

²⁵Ibid.

²⁶ Hayes, Inc., “Hormone therapy for the treatment of gender dysphoria,” *Hayes Medical Technology Directory* (Lansdale, PA: Winifred Hayes, 2014), apud Cretella, “Gender Dysphoria in Children and Suppression of Debate,” *Journal of American Physicians and Surgeons* ²¹ (Summer 2016): 52. Vide também “Sex reassignment surgery or the treatment of gender dysphoria,” *Hayes Medical Technology Directory* (2014).

os pacientes. A “Proposta de Memorando Decisório para a Disforia de Gênero e Cirurgias de Reatribuição de Sexo”, de junho de 2016, colocou o tema da seguinte forma:

Baseado em um levantamento minucioso das evidências clínicas disponíveis no momento, não há evidências suficientes para determinar se a cirurgia de reatribuição de sexo melhora a saúde dos beneficiários do Medicare com disforia de gênero. Houve resultados conflitantes (inconsistentes) – entre os estudos com melhor desenho, alguns reportaram benefícios, enquanto outros reportaram prejuízos à saúde. A qualidade e a força das evidências eram baixas devido aos desenhos de estudos, na maior parte de caráter observacional, sem grupos de controle, bem como confusão potencial e amostras de tamanho reduzido. Muitos estudos que reportaram resultados positivos consistiam em estudos de tipo explanatório (séries de casos e controle de casos), sem um acompanhamento posterior para fins de confirmação.²⁷

O memorando final de agosto 2016, intitulado “Memorando Decisório para a Disforia de Gênero e Cirurgias de Reatribuição de Sexo”, foi ainda mais direto. Ele observou que “no geral, a qualidade e a força das evidências eram reduzidas devido aos desenhos dos estudos, na maior parte de caráter observacional, sem grupos de controle, pontos de chegada subjetivos, confusão potencial (uma situação na qual a associação entre a intervenção e o resultado é influenciada por outro fator, tal como uma co-intervenção), amostras de tamanho reduzidas, falta de instrumentos de avaliação validados e uma perda considerável de acompanhamento posterior”. Esse “acompanhamento posterior perdido”, lembrem-se, poderia apontar a pessoas que cometeram suicídio.

E quando se trata dos melhores estudos, não há evidência alguma de “mudanças clinicamente significativas” após a reatribuição de sexo:

A maioria dos estudos foram não-longitudinais, de tipo exploratório (isto é, em um estágio preliminar de investigação ou de geração de hipóteses), ou não incluía controles concorrentes ou testagem antecedente e posterior à cirurgia. Vários estudos reportaram resultados positivos, mas os problemas potenciais notados acima reduziram sua força e confiança. Após uma análise cuidadosa, nós identificamos seis estudos que poderiam fornecer informações úteis. Deles, os quatro estudos de melhor desenho e execução que analisaram a qualidade de vida antes e depois da cirurgia, utilizando estudos psicométricos validados (embora não específicos), não demonstraram mudanças ou diferenças clinicamente significativas nos resul-

²⁷ Tamara Syrek Jensen et al., “Proposed Decision Memo for Gender Dysphoria and Gender Reassignment Surgery,” *U.S. Centers for Medicare and Medicaid Services, File No. CAG-00446N* (June 2, 2016), <https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/details/nca-proposed-decision-memo.aspx?NCAId=282>.

tados dos testes psicométricos após a cirurgia de reatribuição de gênero.²⁸

Numa discussão sobre o maior e mais robusto estudo – o estudo feito na Suécia mencionado pelo Dr. McHugh na citação acima – os *Obama Centers for Medicare and Medicaid* destacaram a possibilidade dezoito vezes maior de morte por suicídio e um conjunto de outros resultados negativos:

O estudo identificou aumento da mortalidade e da hospitalização psiquiátrica em comparação com os grupos de controle correspondentes. A mortalidade foi devida principalmente a suicídios completados (19,1 vezes maior do que em cidadãos suecos do grupo de controle), mas a morte devido a neoplasma e doença cardiovascular também aumentou de 2 a 2,5 vezes. Observamos que a mortalidade para essa população de pacientes não se tornou aparente até que dez anos tivessem passado. O risco para hospitalização psiquiátrica foi 2,8 vezes maior do que nos grupos de controle, mesmo após ajustes devidos à doença psiquiátrica anterior (18%). O risco de tentativa de suicídio foi maior em pacientes que transicionaram na direção masculino-feminino, não importando o gênero do grupo-controle. Além disso, não podemos excluir intervenções terapêuticas como causas do excesso de morbidade e mortalidade observado. O estudo, porém, não foi desenhado para analisar o impacto da cirurgia de reatribuição de gênero per se.²⁹

Estes resultados são trágicos. E eles contradizem diretamente as narrativas midiáticas mais populares, bem como muitos dos estudos pontuais que não acompanham as pessoas ao longo do tempo. Como observaram os *Obama Centers for Medicare and Medicaid*, “a mortalidade para essa população de pacientes não se tornou aparente até que dez anos tivessem passado”. Por isso, quando a mídia apresenta estudos que acompanham os resultados por apenas alguns anos, e afirma que a reatribuição é um sucesso retumbante, há motivos para permanecermos céticos.

Como explico no meu livro, tais resultados deveriam ser suficientes para parar essa pressa temerária na direção dos procedimentos de reatribuição de sexo. Eles deveriam nos levar a desenvolver terapias melhores para ajudar as pessoas que têm dificuldades com sua identidade de gênero. E nada disso toca nem mesmo na questão das terapias radicais e inteiramente experimentais que estão sendo direcionadas aos corpos de crianças para a sua transição.³⁰

²⁸ Tamara Syrek Jensen et al., “Decision Memo for Gender Dysphoria and Gender Reassignment Surgery,” *U.S. Centers for Medicare and Medicaid Services, File No. CAG-00446N* (August 30, 2016), <https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/details/ncadecision-memo.aspx?NCAId=282&bc>.

²⁹ Ibid., discussing Cecilia Dhejne et al., “Long-term follow-up of transsexual persons undergoing sex reassignment surgery: cohort study in Sweden,” *PLOS ONE* 6 (February 2011): e16885.

³⁰ Ver *When Harry Met Sally*, Capítulo VI.

5. O Propósito da Medicina, das Emoções e da Mente

Por detrás dos debates sobre as terapias para pessoas com disforia de gênero encontram-se duas questões relacionadas: como definimos saúde mental e desenvolvimento humano? E: qual é o propósito da Medicina, em particular da Psiquiatria?

Essas questões mais gerais incluem outras mais específicas: se um homem tem um senso interno de que é uma mulher, isso é apenas uma variedade do funcionamento humano normal, ou é uma psicopatologia? Devemos nos preocupar com a desconexão entre sentimentos e realidade, ou apenas com o sofrimento emocional ou as dificuldades funcionais que ela pode ocasionar? Qual é a melhor maneira de ajudar as pessoas com disforia de gênero a administrar seus sintomas: aceitar a insistência delas de que são do sexo oposto e apoiar uma transição cirúrgica, ou as estimular a reconhecer que os sentimentos estão desalinhados com a realidade, e a aprender como se identificar com os próprios corpos? Todas essas questões requerem uma análise filosófica e julgamentos baseados em visões de mundo acerca do que consiste em o “funcionamento humano normal” e de qual é o propósito da Medicina.

Para resolver os debates a respeito da resposta adequada à disforia de gênero, é necessário mais do que evidências científicas e médicas. A ciência médica, sozinha, não é capaz de nos dizer qual é o *propósito* da medicina. A ciência não é capaz de responder perguntas sobre significado ou propósito de um ponto de vista moral. Ela pode nos informar acerca da função deste ou daquele sistema corporal, mas não pode nos dizer o que fazer com essa informação. Ela não é capaz de nos ensinar como os seres humanos devem agir. Estas são perguntas filosóficas.

Embora a ciência médica não responda a questões filosóficas, todo praticante da Medicina tem uma visão de mundo filosófica, seja ela explícita, ou não. Alguns médicos podem considerar sentimentos e crenças desconectadas da realidade como parte do funcionamento humano normal e não como uma fonte de preocupação, a não ser que causem sofrimento. Outros médicos irão considerar esses sentimentos e crenças como disfuncionais em si mesmos, mesmo se o paciente não os considerar angustiantes, porque eles indicam um defeito dos processos mentais. Mas as pressuposições feitas por este ou aquele psiquiatra para o propósito de diagnosticar, e tratar, não são capazes de resolver as questões *filosóficas*: é bom, mau ou neutro proteger sentimentos e crenças conflitantes com a realidade? Devemos aceitar esses sentimentos e crenças como a última palavra, ou tentar entender as suas causas e corrigi-los, ou pelo menos mitigar os seus efeitos?

Embora as descobertas atuais da ciência médica, conforme mostrado acima, revelem resultados psicossociais negativos para pessoas que passaram por terapias de reatribuição de sexo, essa conclusão não deve ser onde nós paramos. Devemos também olhar mais profundamente numa busca de sabedoria, iniciando com algumas verdades básicas sobre o bem-estar e o funcionamento saudável humano. Devemos começar por reconhecer que a reatribuição de sexo é fisicamente impossível. Nossas mentes e sentidos funcionam de maneira correta quando revelam a realidade para nós e nos levam ao conhecimento da verdade. E nós nos desenvolvemos como seres humanos quando abraçamos a verdade e vivemos de acordo com ela. Uma pessoa pode encontrar alívio emocional ao abraçar uma falsidade, mas fazê-lo não a deixará numa situação melhor. Viver na falsidade nos impede de nos desenvolver plenamente, independentemente de ser fonte, ou não, de sofrimento e angústia.

Esta visão filosófica do bem estar humano é a base de uma prática médica sã. A Dra. Michelle Cretella, que é presidente do Colégio Americano de Pediatras – um grupo de médicos que formaram a sua própria associação profissional em resposta à politização da Academia Americana de Pediatria – enfatiza que o atendimento de saúde mental deve ser guiado por normas fundamentadas sobre a realidade, incluindo a realidade do ego corporal. “A norma para o desenvolvimento humano é que os pensamentos se alinhem com a realidade física, e que a identidade de gênero se alinhe com o sexo biológico”, diz ela.³¹ Para que os seres humanos se desenvolvam, eles precisam sentir-se confortáveis nos seus próprios corpos, identificar-se prontamente com o seu sexo e acreditar que são quem de fato são. Especialmente no caso das crianças, o desenvolvimento e o funcionamento normal requerem a aceitação da sua realidade física e a compreensão dos seus egos encarnados como machos ou fêmeas.

Infelizmente, muitos profissionais hoje veem o atendimento de saúde – incluindo a saúde mental – principalmente como um meio de atender os desejos dos pacientes, sejam eles quais forem. Nas palavras de Leon Kass, professor emérito da Universidade de Chicago, hoje em dia, um médico é visto como nada mais do que “uma seringa contratada altamente competente”:

O modelo implícito (e por vezes explícito) da relação médico-paciente é de tipo contratual: o médico – como se fosse uma seringa contratada altamente competente – vende os seus serviços sob demanda, limitado apenas pela lei (embora ele seja livre para não prestar os seus serviços caso o paciente não queira, ou não possa, pagar o honorário). É assim: para o paciente, autonomia e serviço; para o médico, dinheiro, cumulado

³¹ Michelle Cretella, “Gender Dysphoria in Children and Suppression of Debate,” 51.

pelo prazer de dar ao paciente o que ele quer. Se um paciente quiser consertar o seu nariz, ou mudar o seu gênero, determinar o sexo de seus filhos não nascidos, ou consumir drogas produtoras de euforia só por diversão, o médico pode e deve se empenhar – desde que o preço esteja acertado e que o contrato seja explícito sobre o que irá acontecer se o cliente não estiver satisfeito.³²

Essa visão moderna da Medicina e dos profissionais médicos está errada, diz o Dr. Kass. Os profissionais devem professar a sua devoção aos propósitos e ideais que servem. Professores deve dedicar-se a ensinar; advogados, à Justiça; clérigos, a coisas do Alto; e médicos, a “curar os doentes buscando a saúde e a plenitude”. Curar é “o núcleo central da Medicina”, escreve Kass; “curar, tornar inteiro, é o negócio principal do médico”.

Para fornecer o melhor cuidado possível, servindo os interesses médicos do paciente, requer-se uma compreensão da plenitude e do bem estar humano. O cuidado da saúde mental deve ser guiado por um conceito de desenvolvimento humano. O padrão mínimo de cuidado deve começar por um padrão de *normalidade*. A Dra. Cretella explica como esse padrão se aplica à saúde mental:

Uma das principais funções do cérebro é perceber a realidade física. Pensamentos que estão de acordo com a realidade física são normais. Pensamentos que desviam da realidade física são anormais – além de potencialmente nocivos ao indivíduo ou aos outros. Isso é verdade, quer o indivíduo que possui os pensamentos anormais sinta angústia, quer não.³³

Os nossos cérebros e sentidos são desenhados para colocar-nos em contato com a realidade, conectando-nos ao mundo externo e à realidade sobre nós mesmos. Pensamentos que disfarçam ou distorcem a realidade são desordenados – e podem causar mal. No livro *When Harry Met Sally*, eu argumento que precisamos melhorar o modo como ajudamos as pessoas que enfrentam essas batalhas.

³² Leon R. Kass, “Neither for Love nor Money: Why Doctors Must Not Kill,” *Public Interest* 94 (Winter 1989): 28.

³³ Cretella, “Gender Dysphoria in Children and Suppression of Debate,” 51. Eu modifiquei levemente a expressão da Dra. Cretella. O filósofo em mim se arrepiou um pouco diante de sua definição de normalidade como aplicada ao cérebro. Afinal, muitas pessoas têm crenças falsas sobre a realidade, incluindo a realidade física: pensem nos nossos debates sobre aquecimento global e mudança climática. Ambos os lados do debate não podem estar certos. O desacordo a respeito de questões em discussão é a norma da racionalidade humana: com frequência, não vemos imediatamente a resposta certa. Temos que descobri-la de maneira discursiva, em geral ao longo de um processo comunal de idas e vindas, ponto e contraponto. Tenho certeza de que Cretella estaria de acordo e reconheceria prontamente a justiça dessas observações.

Referências bibliográficas

- American Psychological Association. “Answers to Your Questions About Transgender People, Gender Identity, and Gender Expression.” <http://www.apa.org/topics/lgbt/transgender.pdf>.
- Anderson, Ryn T. *When Harry Met Sally. Responding to the Transgender Moment*. New York: Encounter Books, 2018.
- Batty, David. “Mistaken identity.” *The Guardian* (July 30, 2004). Disponível em <https://www.theguardian.com/society/2004/jul/31/health.socialcare>.
- Condic, Maureen L e Samuel B. Condic. “Defining Organisms by Organization.” *National Catholic Bioethics Quarterly* 5, n. 2 (Summer 2005).
- Cretella, Michelle. “Gender Dysphoria in Children and Suppression of Debate.” *Journal of American Physicians and Surgeons* 21 (Summer 2016).
- Dhejne, Cecilia et al. “Long-term follow-up of transsexual persons undergoing sex reassignment surgery: cohort study in Sweden.” *PLOS ONE* 6 (February 2011).
- George, Robert P. “Gnostic Liberalism.” *First Things* (December 2016).
- Hayes, Inc. “Sex reassignment surgery or the treatment of gender dysphoria.” *Hayes Medical Technology Directory*. Lansdale, PA: Winifred Hayes, 2014.
- _____. “Hormone therapy for the treatment of gender dysphoria.” *Hayes Medical Technology Directory*. Lansdale, PA: Winifred Hayes, 2014.
- Jensen, Tamara Syrek et al. “Decision Memo for Gender Dysphoria and Gender Reassignment Surgery.” *U.S. Centers for Medicare and Medicaid Services, File No. CAG-00446N* (August 30, 2016). Disponível em <https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/details/ncadecision-memo.aspx?NCAId=282&bc>.
- _____. “Proposed Decision Memo for Gender Dysphoria and Gender Reassignment Surgery.” *U.S. Centers for Medicare and Medicaid Services, File No. CAG-00446N* (June 2, 2016). Disponível em <https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/details/nca-proposed-decision-memo.aspx?NCAId=282>.
- Kass, Leon R. “Neither for Love nor Money: Why Doctors Must Not Kill.” *Public Interest* 94 (Winter 1989).
- Killermann, Sam. “The Genderbread Person v3.” *It’s Pronounced Metrosexual* (March 16, 2015). Disponível em: <http://itspronouncedmetrosexual.com/2015/03/the-genderbread-personv3/>.

- McHugh, Paul. "Transgenderism: A Pathogenic Meme." *Public Discourse* (June 10, 2015). Disponivel em: <http://www.thepublicdiscourse.com/2015/06/15145/>.
- Rude, Mey. "It's Time for People to Stop Using the Social Construct of 'Biological Sex' to Defend Their Transmisogyny." *Autostraddle* (June 5, 2014). Disponivel em: <https://www.autostraddle.com/its-time-for-people-to-stop-using-the-social-construct-of-biological-sex-to-defend-their-transmisogyny-240284/>.
- Trans Student Educational Resources. "The Gender Unicorn." *Transtudent.org*. Disponivel em: <https://www.transstudent.org/gender>.
- U. S. District Court, Middle District of North Carolina. *Declaration of George R. Brown, M.D., DFAPA*. U.S. District Court, Middle District of North Carolina, Case 1:16-cv-oo425, p. 7.
- _____. *Declaration of Lawrence S. Mayer, M.D., M.S., Ph.D.* U.S. District Court, Middle District of North Carolina, Case 1:16-cv-00425-TDS-JEP, Exhibit K.
- _____. *Expert Rebuttal Declaration of Lawrence S. Mayer, M.D., M.S., Ph.D.* U.S. District Court, Middle District of North Carolina, Case 1:16-cv-00425-TDS-JEP.
- _____. *Declaration of Deanna Adkins, M.D.* U.S. District Court, Middle District of North Carolina, Case 1:16-cv-oo236-TDS-JEP.

Understanding and Responding To Our Transgender Moment*

ABSTRACT: At the heart of the transgender moment are radical ideas about the human person – in particular, that people are what they claim to be, regardless of contrary evidence. Transgender activists do not admit that this is a metaphysical claim. They do not want to have the debate on the level of philosophy, so they dress it up as a scientific and medical claim. But modern medicine cannot reassign sex physically, and attempting to do so does not produce good outcomes psychosocially. Transgender medicine is based on a transgender worldview. But the worldview promoted by transgender activists is inherently confused and filled with internal contradictions. Activists never acknowledge those contradictions. Instead, they opportunistically rely on whichever claim is useful at any given moment. But if you pull too hard on any one thread of transgender ideology, the whole tapestry comes unraveled.

KEYWORDS: transgender activism; sex reassignment; transgender worldview.

* Este artigo foi publicado originalmente em Anderson, Ryan T., “Understanding and Responding to Our Transgender Moment”. *Fellowship of Catholic Scholars Quarterly*, Vol. 41, No. 1 (Spring 2018), disponível em SSRN: <https://ssrn.com/abstract=3172277>, e foi gentilmente cedido pelo autor para tradução original em português.