

Marcos de Jesus Oliveira
Universidade de Brasília

Uma etnografia sobre o atendimento psicoterapêutico a transexuais

Resumo: O presente estudo analisa as formas de poder/saber que regulam a prática psicoterápica em grupo destinada a pessoas transexuais requerentes da cirurgia de transgenitalização em um hospital universitário brasileiro localizado em um grande centro urbano. Por meio de observação participante em sessões terapêuticas grupais, foi reconstituída a “microfísica do poder” da clínica, cuja direção parece tentar conformar as subjetividades ali produzidas a certos ideais regulatórios e disciplinares. Entrevistas semiestruturadas àquelas que se submeteram a atendimento psicoterápico como parte do programa de acesso à cirurgia de transgenitalização complementam a estratégia teórico-metodológica descrita, bem como buscam evidenciar alguns dos deslocamentos operados pelos sujeitos como possibilidades de resistência no interior dos regimes hegemônicos de subjetivação do contexto institucional investigado.

Palavras-chave: gênero; transexualidade; subjetividade; clínica; atendimento psicoterapêutico.

Copyright © 2014 by Revista Estudos Feministas.

¹ Marcos de Jesus OLIVEIRA, 2013.

² De acordo com a Portaria nº 2.803 de 19 de novembro de 2013 que redefine e amplia o Processo Transsexualizador no Sistema Único de Saúde (BTASIL, 2013), o requerente da cirurgia só poderá ser submetido a ela após a avaliação de no mínimo dois anos por uma equipe multidisciplinar, constituída por psiquiatra, cirurgião, endocrinologista, psicólogo e assistente social. A psicoterapia compulsória faz parte, portanto, do protocolo oficial de acesso ao processo transsexualizador.

1 Dentro e fora da clínica: etnografando o espaço institucional e seus sujeitos

O presente artigo é parte dos resultados de uma tese de doutoramento,¹ na qual foram analisadas as formas de poder/saber que regulam a prática psicoterápica em grupo destinada a pessoas transexuais requerentes da cirurgia de transgenitalização em um hospital universitário brasileiro localizado em um grande centro urbano.²

O estudo empreendido buscou entender como o diagnóstico de transtorno de identidade de gênero³ era elaborado pelos profissionais da área de saúde responsáveis pelo atendimento psicoterapêutico a transexuais.

Por determinação do Comitê de Ética em Pesquisa, ao qual a investigação foi submetida antes de sua realiza-

³ O DSM-IV-TR (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais), elaborado pela Associação Psiquiátrica Norte-Americana (APA), é um dos principais documentos de referência na construção dos modelos de acesso às cirurgias de transgenitalização no Brasil (Cf. AMARAL, 2007) e utiliza a expressão “Transtorno de Identidade de Gênero” como forma de nomear pessoas consideradas transexuais.

⁴ O termo “transexual de verdade” se refere, segundo a lógica dos terapeutas envolvidos na pesquisa, àqueles/as que terão direito ao laudo pericial com o diagnóstico da transexualidade atestando aptidão para a cirurgia. Algumas importantes investigações sobre transexualidade e travestilidade têm analisado como se dá a produção do “transexual de verdade” em diferentes contextos. Confira, por exemplo, AMARAL (2007, 2011), ARÁN (2006), BARBOSA (2010), BENTO (2003), BORBA (2011), LIONÇO (2006), PELÚCIO (2000); SANTOS (2010), TEIXEIRA (2009), ZAMBRANO (2003).

⁵ Michel FOUCAULT, 2006, p. 218.

ção, o local de execução do trabalho de campo bem como a identidade dos sujeitos de pesquisa foram suprimidos. Os nomes dos/das participantes de pesquisa, quando citados, foram trocados e, por conveniência, denominei, ficticiamente, o grupo de atendimento a transexuais, cujas sessões psicoterápicas frequentei, de “Grupo de Atendimento a Transexuais do Hospital Universitário de Cinelândia”.

A clínica investigada é um espaço, sobretudo, para a perícia, para descobrir/produzir, por meio de suas práticas, o “transexual de verdade”.⁴ Apesar de assujeitada ao poder psiquiátrico, ao poder pericial, a clínica também tinha uma proposta terapêutica, até porque também era frequentada por algumas pessoas que já haviam feito cirurgia de mudança de sexo e por outras que haviam conseguido o laudo com o diagnóstico da transexualidade, mas aguardavam a cirurgia.

O que significa dizer que a clínica tinha um propósito terapêutico? Não há como responder a questão de modo peremptório. Assim como não há loucura em estado selvagem, também não há terapêutico em estado puro. O terapêutico só existe, em uma sociedade, a partir das condições sociais e históricas que tornam sua existência inteligível. Eis talvez o maior desafio teórico quando se pesquisa a clínica da transexualidade como espaço de produção de subjetividades.

No contexto pesquisado, o poder pericial e a proposta terapêutica se confundem, afastam-se um do outro e se reencontram novamente. Por essa razão, talvez seja oportuno entender, desde já, as relações entre o poder psiquiátrico/pericial e a intervenção terapêutica da seguinte forma:

[...] o poder psiquiátrico é antes de mais nada certa maneira de gerir, de administrar, antes de ser como uma terapia ou uma intervenção terapêutica: é um regime, ou melhor, é porque é e na medida em que é um regime que se espera dele certo número de efeitos terapêuticos – regime de isolamento, de regularidade, emprego do tempo, sistema de carências medidas, obrigação de trabalho etc.⁵

Feitas essas observações, sigo com uma descrição mais fenomenológica da clínica, bem como algumas questões metodológicas. O Hospital Universitário de Cinelândia (HUC) contava, à época da pesquisa de campo, com uma sala e dois psicólogos. O hospital realizava apenas o atendimento terapêutico, não oferecendo, portanto, outros bens e/ou ofertas médicas tradicionalmente dirigidas ao público transexual, tais como cirurgia de mudança de sexo, acompanhamento nutricional, acompanhamento hormonal etc. O grupo se reunia uma vez por semana, com sessões

terapêuticas de aproximadamente duas horas e vinte minutos.

Acompanhei o grupo por seis meses, totalizando 24 encontros. Estes iniciavam às 8 h da manhã e terminavam às 10 h (havendo variações para mais ou para menos) e se dividiam em dois tipos, os quais denominei de encontros vivenciais e encontros analíticos. Os vivenciais, coordenados por uma psicóloga, eram abertos a pessoas ligadas ao sujeito: pais, companheiros/as etc., as quais podiam acompanhar o/a transexual inscrito/a no programa. Já os encontros analíticos eram exclusivos para pessoas transexuais, sendo coordenados por um psicólogo.

Os encontros vivenciais eram pouco frequentados, pois havia entre os/as participantes do grupo a ideia de que não eram propriamente "terapêuticos", mas tão somente uma conversa, um bate-papo informal. Os encontros analíticos, por outro lado, eram bastante frequentados, sendo sua participação alguns dos critérios para descobrir o interesse dos/das participantes em fazer a cirurgia de redesignação sexual.

Em outras palavras, os encontros vivenciais eram tidos como facultativos; e os analíticos, obrigatórios para aqueles/as que queriam conseguir a cirurgia de transgenitalização. Os encontros vivenciais também eram dedicados a resolver questões de cunho burocrático, como inscrição oficial do/da participante no programa, entrega de alguma documentação necessária à efetivação do/da participante no grupo etc.

É difícil precisar o número exato de participantes, já que havia um fluxo constante de pessoas que pareciam iniciar e interromper o "tratamento". Durante o trabalho de campo, vi algumas pessoas apenas uma vez. No entanto, não há como afirmar, com total segurança, que essas pessoas desistiram; talvez tenham apenas interrompido o processo. Algumas delas passavam meses sem frequentar o grupo pelas mais diversas razões e, de repente, ressurgiam. A despeito dessa dificuldade, uma média de 18 pessoas geralmente aparecia nos encontros analíticos, naqueles de caráter mais obrigatório. A estimativa é de que havia, à época da pesquisa, aproximadamente 25 pessoas participantes da terapia com alguma regularidade.

O terapeuta responsável pelo programa de atendimento psicoterápico a transexuais condicionou a observação do grupo desde que me tornasse um "paciente", guardadas obviamente as devidas proporções. Talvez a imposição dessa condição, à primeira vista, invasiva e autoritária, estivesse ligada a certo desconforto, por ele sentido, com o fato de que seu discurso estaria sendo, a partir de então, observado por um "especialista", que ele já não era mais a única "autoridade" ali presente.

⁶ Roberto CARDOSO DE OLIVEIRA, 2006.

⁷ Em ciências sociais, a expressão "procedimento nomológico" é, comumente, entendida como a investigação da esfera simbólica que preside a ação dos sujeitos. Ao testar hipóteses por procedimentos nomológicos, pretende-se verificar se as hipóteses formuladas conseguem explicar, com algum grau de validade, o curso da ação dos sujeitos.

⁸ Aqui se fazem necessárias algumas observações sobre o uso gramatical da flexão do masculino e do feminino para descrever os/as participantes da pesquisa. Quando utilizo o feminino, estou me referindo às mulheres-transsexuais, ao passo que, quando utilizo o masculino, aos homens-transsexuais. Quando me refiro aos dois gêneros, opto por colocar ambas as flexões (o/a, os/as), abrindo mão da regra gramatical do "masculino universalizante". Os termos "mulher-transsexual", "transsexual mulher" e "transsexual feminina" se equivalem e descrevem pessoas em processo de transição para o gênero feminino. A lógica inversa se aplica aos termos "homem-transsexual", "transsexual homem", "transsexual masculino", "homem trans", ou seja, descrevem pessoas em transição para o gênero masculino. A decisão em tratar os/as participantes dessa forma tenta obedecer ao modo como amiúde se autorrepresentam em seus próprios discursos.

⁹ William F. WHYTE, 2005.

Parece acertado também supor que a exigência cumprisse o papel de me inscrever nos regimes de saber/poder próprios à clínica investigada, de me engajar em sua "vontade de saber", de me submeter a um escrutínio pericial para descobrir quais seriam as "verdadeiras intenções" da pesquisa e se faria uso "correto" das informações coletadas.

Apesar do olhar panóptico no qual a presente pesquisa esteve imersa, foi possível manter certo distanciamento crítico em relação às práticas da clínica, em especial a partir da leitura de Michel Foucault a respeito do assunto. Ainda em relação à condição imposta, convém dizer, seguindo Roberto Cardoso de Oliveira,⁶ que, ao utilizar a observação participante, o pesquisador deve assumir um papel perfeitamente digerível no grupo observado, a partir do qual formulará hipóteses a serem testadas posteriormente por procedimentos nomológicos.⁷ A condicionabilidade resultou em uma oportunidade para tentar estabelecer uma maior proximidade dos/das participantes, ocupando um lugar aceitável entre eles/as.

Particpei ativamente da terapia, colocando meu sexo em discurso, falando sobre minha vida profissional, relações afetivo-sexuais, confessando desejos e intimidades. As respostas dadas aos psicólogos estavam, portanto, submetidas a sua avaliação bem como à avaliação dos/das demais participantes, experiência importante para perceber a clínica como uma instância reguladora.

Inicialmente, alguns/as participantes desinformados/as me recebiam como membro da equipe de terapeutas. Aqueles/as que não me conheciam, por vezes, tomavam-me por um transexual-homem,⁸ sobretudo, porque sempre me sentava por entre os/as participantes, não ficando em destaque. Foi preciso construir, sustentar e manter uma identidade de *outsider*, nem terapeuta nem transexual, mas "pesquisador-paciente", de modo a tornar possível o estabelecimento de uma relação de confiança com os/as participantes.

Segundo William F. Whyte,⁹ em sua obra *Sociedade da esquina*, um clássico entre aqueles que se aventuram pelos métodos qualitativos em ciências sociais, em especial a etnografia por observação participante, o trabalho do observador participante envolve saber ouvir, escutar, ver, fazer uso de todos os sentidos. A observação participante se torna assim um grande campo para experimentar hipóteses, modelos explicativos, possibilidades de interpretação etc. No início, anotava tudo no caderno de campo, das falas dos/das participantes e dos terapeutas até as reações de pessoas alheias ao programa. Paulatinamente, à medida que o material de campo ia aumentando e, a

partir dele, formulando hipóteses, comecei a direcionar o olhar para certas questões.

Além da observação participante, entrevistei 16 pessoas que se autodenominavam transexuais-mulheres. As entrevistas duraram em média 60 minutos, estendendo para mais ou para menos a depender das interações.

Foram utilizados questionários semiestruturados, de modo a analisar como os/as requerentes da cirurgia de transgenitalização descrevem a prática psicológica de seus/suas terapeutas. Infelizmente, a frequência dos transexuais-homens era baixa. Alguns deles só foram vistos uma ou duas vezes durante o período de campo, tornando difícil uma aproximação. Não foi possível entrevistá-los portanto.

As pessoas entrevistadas variavam em termos de tempo de participação na terapia. Entre elas, havia pessoas que já tinham feito cirurgia, aquelas que já tinham o diagnóstico da transexualidade e outras que aguardavam o laudo. Algumas tinham menos de um mês à época da entrevista, outras já participavam dos encontros terapêuticos há onze anos. Algumas entrevistas foram realizadas no próprio ambiente do HUC. No entanto, sempre que possível, optei por realizá-las em outros espaços para que as entrevistadas pudessem ficar mais à vontade.

Também foi entrevistado o terapeuta responsável pelos encontros analíticos, do qual se buscou apreender os sentidos que atribuía aos temas trabalhados nas sessões terapêuticas, quais sejam, transexualidade, cirurgia, corpo, relações afetivo-sexuais, trabalho, família, preconceito, prazer. A psicóloga não foi entrevistada apesar de ter havido muitas conversas informais durante toda a pesquisa de campo. A partir de todo esse trabalho – observação participante e entrevistas –, tentei entender como o diagnóstico de transtorno de identidade de gênero é construído nas e pelas interações terapêuticas destinadas ao público investigado, reconstituindo a “microfísica do poder” da clínica, seus regimes de subjetivação. Recorri ainda, na medida do possível, a conversas informais com algumas das participantes, em especial antes e depois da terapia.

2 Os rituais de confissão e (auto)exame: ou como fazer coisas com palavras

Começo relatando o que designei por “técnica da masturbação”, de modo a evidenciar alguns dos procedimentos, das estratégias, das práticas etc. implicados na produção de certas formas de relação que o sujeito dito transexual deve estabelecer consigo mesmo, com o outro e com o mundo.

Algumas das entrevistadas revelaram que, em determinadas sessões terapêuticas, o psicólogo incitava as participantes a se masturbarem na solidão de suas casas ou com seus parceiros/as para que pudessem descobrir se sentiam algum tipo de gozo sexual no órgão de que supostamente desejavam se livrar. A masturbação aparece como uma forma de autoconhecimento:

Os próprios psicólogos falam para a gente, que a gente tem que se masturbar para se conhecer, para conhecer o corpo. A gente tem que deixar as coisas acontecerem. Se um rapaz quiser me masturbar, eles [os terapeutas] dizem para a gente deixar isso acontecer, para saber até onde nossos desejos vão, até onde nossa transexualidade de fazer a cirurgia vai. Isso acontece no nosso mundo. A gente testa. (Bruna, em entrevista, 40 anos).

Obviamente, não interessa determinar se os/as participantes se masturbam ou não, mas assinalar que a técnica da masturbação visa a dotar o sujeito de interioridade psicológica, de uma “vontade de saber”, nos termos propostos por Michel Foucault,¹⁰ instigando o indivíduo a procurar a verdade de si em sua sexualidade, em seu desejo.

¹⁰ FOUCAULT, 1988.

Há, na técnica da masturbação, duas dimensões a serem destacadas. Nela encontramos a dimensão constativa, o que ela visa a enunciar a respeito do sujeito a que ela se submete. Os enunciados constativos são aqueles que descrevem um estado de coisas, estando passíveis ao critério de verificabilidade, podem ser classificados como verdadeiros ou falsos. Analisar a técnica em sua dimensão constativa significa evidenciar a finalidade para qual foi criada: enunciar quem é o transexual verdadeiro. No entanto, sabemos que “todo enunciado constativo se apóia ele mesmo numa estrutura performativa pelo menos implícita”.¹¹

¹¹ Jacques DERRIDA, 2010, p. 53.

A técnica da masturbação não tem apenas a finalidade de descobrir quem é o transexual de verdade (dimensão constativa), mas de criar o transexual de verdade por meio de seus enunciados (dimensão performativa). Esse entendimento só é possível na medida em que a técnica seja vista como “um dispositivo completo de poder e de saber que integra instrumentos, discursos, regimes do corpo, leis e regras para a maximização da vida, dos prazeres do corpo e da regulação dos enunciados de verdade”.¹²

¹² Beatriz PRECIADO, 2002, p. 124.

A separação das dimensões constativa e performativa é apenas uma estratégia heurística de análise, já que, conforme foi assinalado, todo enunciado constativo se apoia numa estrutura performativa pelo menos implícita. Quanto à dimensão constativa, vale dizer, se as fantasias que acompanham o ato masturbatório de uma mulher-transexual, por exemplo, estiverem ligadas a um desejo de penetrar o outro,

seja este outro homem, seja mulher, o sonho da cirurgia se tornará algo distante e quimérico aos olhos do terapeuta.

A técnica da masturbação é um exemplo de como a clínica visa a fazer da sexualidade uma das referências básicas para a definição identitária do indivíduo. Embora, na maioria da fala das entrevistadas, a sexualidade fosse sinônima de atividade sexual, a concepção clínica não se limitava a esse entendimento. Na clínica, a sexualidade é tratada como uma dimensão interna aos sujeitos, cujo sentido resulta de um conjunto de forças postas em marcha a partir da modernidade. Nesse sentido, são oportunas as palavras de Michel Foucault, na exata medida em que há muitas semelhanças entre o que ele definiu por “dispositivo da sexualidade” e as práticas da clínica até então descritas:

A sexualidade é o nome que se pode dar a um dispositivo histórico: não à realidade subterrânea que se apreende com dificuldade, mas à grande rede de superfície em que a estimulação dos corpos, a intensificação dos prazeres, a incitação ao discurso, a formação dos conhecimentos, o reforço dos controles e das resistências, encadeiam-se uns aos outros, segundo algumas grandes estratégias de saber e de poder.¹³

¹³ FOUCAULT, 1988, p. 116-117.

O exercício da sexualidade, no contexto da clínica, requer um longo e árduo aprendizado por parte de seus/ suas participantes. A técnica da masturbação é um dos exemplos em que a sexualidade se torna um dos códigos de apreensão de si, do mundo e do outro, integrando o dispositivo da (tran)sexualidade. Essa técnica parece ser uma das práticas a partir das quais os indivíduos, no contexto da clínica, são

[...] levados a prestar atenção a eles próprios, a se decifrar, a se reconhecer, se confessar como sujeitos do desejo, estabelecendo de si para consigo uma certa relação que lhes permite descobrir, no desejo, a verdade de seu ser, seja ele natural ou decaído.¹⁴

¹⁴ FOUCAULT, 1984, p. 11.

A obrigação da enunciação da verdade, por parte do sujeito dito transexual, é constantemente reiterada, e o seu engajamento é o princípio a partir do qual ele será individualizado por mecanismos de saber/poder e por tecnologias do eu. Talvez isso explique por que o acompanhamento psicoterápico aos requerentes de cirurgia de transgenitalização tem tido caráter compulsório.

Em várias sessões terapêuticas, o psicólogo enfatizava a ideia de que a mulher-transexual deve desenvolver “atributos femininos”, delicadeza, educação, economia dos gestos etc. Os atributos deveriam decorrer de uma “força interior”, do próprio desejo em ser homem e/ou mulher. Ao

construir a ideia de que o desenvolvimento de “atributos femininos” decorre de uma vontade interior, a clínica consegue negar o caráter performativo de suas próprias enunciações, suprimindo a autoridade que seu discurso tem para criar, para forçar tais atributos, visando, em outras palavras, a tornar o sujeito do enunciado idêntico ao sujeito da fala. O discurso do terapeuta parece ancorado na compreensão de que o desenvolvimento desses atributos decorre de um desejo interno (de ser mulher), de um fato psíquico portador de propriedades diacríticas. Ao explicar a etiologia da transexualidade, o terapeuta disse, em entrevista:

É uma decisão da criança. [...] É uma decisão de uma insatisfação, de uma falta. Talvez os pais não tiveram um olhar estrutural, um olhar de carinho, de amor. Às vezes, o pai não teve e a mãe olhou com mais carinho e ela quis “eu quero ser a mamãe”. Ou talvez houve uma desqualificação desse masculino e ela rejeitou esse masculino. [...] Nós funcionamos com imagem. Que imagem elas têm do masculino?

Talvez se os pais tivessem aceitado desde o nascimento elas nem precisavam ser transexual. Então já vem do abandono, de um olhar diferente, de uma falta.

Seria desnecessário apontar como sua compreensão das “sexualidades dissidentes”, aquelas que apresentam algum grau de descontinuidade entre sexo/gênero/desejo nos termos da matriz heterossexual,¹⁵ continuam a ser tratadas como falta, falha e/ou desvio. Reproduz-se aí a velha visão das “sexualidades dissidentes” como aquelas em que falta alguma coisa: genes, hormônios, figuras paternas etc.¹⁶

A etiologia da transexualidade, segundo o discurso do terapeuta, aponta para um conjunto muito amplo de percepções em relação às sexualidades *queer*, importante também à compreensão de como sua autoridade como terapeuta se constrói mediante seu público.

Em suas discussões de gênero, Val Plumwood¹⁷ sugere que a construção da autoridade está entrecortada por quatro processos fundamentais: pano de fundo, exclusão radical, homogeneização e incorporação. A fala do terapeuta transcrita acima se sobressai pela acentuada oposição entre eu e outro, o primeiro heterossexual e o segundo *queer*. O processo se constrói por meio de uma ampliação das diferenças entre o eu e o outro, minimizando as semelhanças compartilhadas. Há uma homogeneização do grupo, na medida em que todos/as os/as transexuais não tiveram amor de seus pais ou estes os/as olharam de forma diferente.

As qualidades do eu heterossexual se tornam o padrão, o pano de fundo a partir do qual a sexualidade do outro é pensada, negando uma suposta dependência. Tudo

¹⁵A matriz heterossexual diz respeito ao “modelo discursivo/epistemológico hegemônico de inteligibilidade do gênero, o qual presume que, para corpos serem coerentes e fazerem sentido (masculino expressa macho, feminino expressa fêmea), é necessário haver um sexo estável, expresso por um gênero estável, que é definido oposicionalmente e hierarquicamente por meio da prática compulsória da heterossexualidade” (BUTLER, 2010, p. 215).

¹⁶Gilbert HERDT, 1993, p. 444.

¹⁷Val PLUMWOOD, 1993.

¹⁸ PLUMWOOD, 1993, p. 42.

isso contribui para o engendramento de uma economia discursiva, cujo cume é “uma estrutura dualizada de outridade e de negação”,¹⁸ uma em que o eu heterossexual se constitui como posse plena da humanidade e o outro é construído como falta, falha e/ou desvio. A consciência do “paciente” nunca será a mesma do médico-psiquiatra, do terapeuta, marcando, assim, o lugar de autoridade deste em relação àquele.

¹⁹ FOUCAULT, 2010, p. 31.

A técnica da masturbação atualiza a dimensão ubuesca, grotesca do poder, o poder psiquiátrico, o poder de perícia do terapeuta. Em *Os anormais*, Michel Foucault¹⁹ diz que o grotesco não é simplesmente uma categoria de injúrias, mas uma categoria precisa da análise histórico-política, a maximização dos efeitos do poder a partir da desqualificação de quem os produz, é uma anulação do detentor do poder pelo próprio ritual que manifesta esse poder.

Desse modo, a referida técnica instaura a cena inquisitorial em que o terapeuta revestido de poder psiquiátrico se autoriza a interrogar aqueles que estão sob seu domínio, sob seu olhar. Mas não se trata de um interrogatório direto, de perguntar diante de todos/as o que cada um/a sente ao se masturbar, de inquirir as fantasias que acompanham o ato masturbatório. Pelo contrário, trata-se de induzir a consciência do sujeito a um estado de vigilância, de alerta, fazê-la interrogar a si mesma na solidão de suas casas ou no encontro com seus/suas parceiros sexuais, fazendo o poder funcionar de forma automática em toda e qualquer circunstância.

3 Masturbação, confissão, individualização: sobre a interiorização da experiência transexual

Diferentemente da narrativa do terapeuta que pressupõe uma origem, uma imagem como a causa eficiente do desenrolar da transexualidade, algumas entrevistadas revelam que, quando se perceberam, já estavam se “fazendo mulheres”: “*Nem eu sei. Quando você se vê, você já está se fazendo.*” (Mercedes, em entrevista, 37 anos).

A fala de Nádia também foi bastante emblemática por recusar falar em termos de “*se sentir mulher*” em favor da ideia de “*viver como mulher*”. O “sentir-se mulher” (consciência/vontade interior) precede o “fazer-se mulher” (performance) ou esse “fazer-se mulher” é anterior ao “sentir-se mulher”? As falas de algumas entrevistadas parecem apontar para uma percepção de que o feminino não se faz apenas pela consciência interior. Afinal, haveria identidade por trás de expressões de gênero? Ou a identidade se constitui de forma performática pelas expressões que são tidas como seus resultados?²⁰

²⁰ Judith BUTLER, 2010.

A clínica constrói a transexualidade como uma identidade, uma substância fixa. No entanto, algumas entrevistadas sinalizaram que transexualidade é antes uma potência genérica da qual se usa, mas sem nunca ser titular dela:

Eu me vejo mulher. Eu sou mulher. Não me vejo de outra maneira. Eu uso o termo transexual assim, pra dizer que eu não sou uma mulher como as demais, mas eu me vejo totalmente mulher. Só não sou uma mulher biológica, entende? (Regina, em entrevista, 26 anos)

[Sobre a transexualidade] *São formalidades porque você precisa prestar contas ao outro. Depende da situação, depende do espaço, do interlocutor, depende do tipo de negociação política que está em jogo.* (Simone, em entrevista, 37 anos)

Não seria o discurso sobre a existência de um desejo interno de ser mulher apenas uma ficção para legitimar certo lugar no mundo, um jogo de verdade típico da clínica e, às vezes, da sociedade mais ampla? Os jogos de verdade, no sentido foucaultiano, designam “os jogos entre o verdadeiro e o falso, através dos quais o ser se constitui historicamente como experiência [...], como podendo e devendo ser pensado”.²¹ Os jogos de verdade compreendem o conjunto de procedimentos que conduzem ao aceitável e ao inaceitável, ao normal e ao patológico, engendrando, por isso, formas específicas de subjetivação.

A noção clínica de transexualidade sugere o estabelecimento de uma união íntima entre sexo e verdade. Não apenas um sexo verdadeiro de uma pessoa é buscado, mas também a verdade humana escondida entre os genitais ou em suas representações psíquicas, conforme visto.

O dimorfismo sexual²² se apresenta como uma das linhas que organizam e estruturam as montagens e os limites da subjetividade e das experiências corporais daqueles que participam da clínica. No entanto, não se trata, simplesmente, de encontrar o/a “transexual de verdade” como se ela já estivesse ali como uma realidade dada *a priori*, mas de criá-lo/a a partir de mecanismos de poder/saber. A transexualidade que se desenha no espaço clínico é, portanto, construída a partir dos rituais de (auto)exame e de confissão e, nesse jogo, a técnica da masturbação desempenha um papel importante na decifração de quem o sujeito é.

A masturbação aparece na clínica como uma importante forma de autoconhecimento, sendo uma das chaves para descobrir se alguém é ou não transexual, para saber se seu desejo pela cirurgia é genuíno e verdadeiro. Encontrar prazer na excitação *persistente* e solitária de seus órgãos genitais pode ser um indicativo de que aquela que requer a cirurgia não é transexual, mas travesti, no caso das mulheres transexuais.

²¹ FOUCAULT, 1984, p. 12.

²² Thomas LAQUEUR, 2001.

A relação entre a masturbação como forma de autoconhecimento e a masturbação como forma de gozo sexual é tensa e tênue. É difícil precisar as fronteiras entre as duas, relatou o terapeuta. Em entrevista, ele me disse que a mulher transexual “pode usar o pênis, mas aquele pênis incomoda. Ela pode viver sem ele. Ela usa porque está ali e dá prazer. Ela não pode negar, mas ela pode viver sem ele muito bem”. A obtenção de gratificação por meio do uso do pênis por uma mulher transexual não exclui, necessariamente, a possibilidade de um “desejo genuíno e verdadeiro” pela cirurgia de transgenitalização desde que realizada segundo certos ideais.

A masturbação deve visar apenas ao autoconhecimento, o prazer advindo da prática seria involuntário, uma consequência não consciente e não intimamente desejada. Em entrevista, disse o terapeuta:

Eu acho uma bobagem – se é que eu posso falar assim – a pessoa não usar o pênis. Ele é um órgão que está disponível. Acho que é até um preconceito com o pênis. A pessoa não deixa de ser transexual porque ela usa o pênis dela. Para mim, isso não tem importância nenhuma. [...] Eu fico mais preocupado com aquela que não usa, que odeia o pênis. Não nos esqueçamos que a vagina, a neovagina vai ser feita do próprio pênis, só muda a forma. As meninas que usam o pênis, que se masturbam, que têm prazer, eu acredito que elas tenham mais facilidade de ter um orgasmo com a neovagina do que aquelas que nunca usaram o pênis. Afinal, como elas vão ter prazer num lugar que nunca tiveram?

Embora a técnica da masturbação fosse muito recomendada, é importante registrar que Francisca, uma das participantes, por exemplo, em conversa pessoal, disse que a via com suspeita. Em sua opinião, a técnica não era adequada para se descobrir se alguém quer ou não fazer a cirurgia. Em um diálogo informal que tivemos, disse-me ter a sensação de que o terapeuta parecia querer fazer com que as participantes desistissem da cirurgia, de que ele ficava feliz quando alguém desistia da cirurgia. Sua interpretação era de que o terapeuta incitava as pessoas a se masturbarem para que assim fizessem “bom uso” de seu órgão genital e desistissem da cirurgia.

A fala de Francisca, além de apontar para certas formas de resistência com relação à dinâmica imposta pela fala do terapeuta, revela que a sexualidade como um domínio autônomo, uma das bases identitárias do sujeito moderno, conforme argumenta Michel Foucault,²³ é uma produção histórica. Através dos rituais de confissão e de autoexame, fronteiras a respeito de variados fenômenos são construídas

²³ FOUCAULT, 1988.

e demarcadas. Daí o longo e árduo aprendizado em transformar a sexualidade no espaço em que a verdade do indivíduo pode e deve ser encontrada, em torná-la um conjunto de valores, sentimentos e comportamentos ligados ao prazer corporal e a certa moralidade.

Havia, entre as participantes do grupo, determinado acordo quanto à ideia de que a mulher-transsexual é alguém que tem certo horror ao pênis, e a enunciação desse horror no contexto da clínica seria um dos caminhos mais “fáceis” para se conseguir o laudo para a cirurgia.

Ao acompanhar algumas transexuais que haviam iniciado a terapia quando já estava realizando o trabalho de campo, notei que as novatas logo percebiam alguns dos jogos de verdade que perpassavam a clínica da transexualidade. De todas as sessões terapêuticas em grupo que participei, apenas uma vez ouvi uma participante dizer abertamente que fazia uso do pênis. Essa participante contou que seu uso não se dava na masturbação, mas na penetração de parceiros masculinos. Sua revelação foi bombástica porque parecia haver entre os/as participantes um conhecimento tácito de que, para se conseguir a cirurgia, essa informação não deveria ser em hipótese alguma revelada e, se fosse, deveria ser feita apenas nas sessões terapêuticas individuais ou, explicitamente, como forma de autoconhecimento. A consciência do conjunto de procedimentos que conduzem ao aceitável e ao inaceitável no espaço da clínica parecia rapidamente perceptível àqueles e àquelas que se iniciavam pela longa jornada mínima de dois anos em busca da cirurgia.

O interessante disso é que, se o século XVIII deu origem a uma verdadeira cruzada contra a masturbação, como atestam a imensa quantidade de manuais e toda uma literatura destinada a curar ou tratar os masturbadores, a imaginação sexológica contemporânea parece conferir sentidos bem diferentes daqueles que, até o início do século XX, assolaram, por exemplo, a razão psicanalítica, como se vê em *Análise de uma fobia em um menino de cinco anos*, de 1909. Ali, os perigos da masturbação à integridade psíquica do jovem Hans se constroem a partir do fato de que sua prática era o germe das tendências e inclinações homossexuais: “[n]aqueles que mais tarde se tornaram homossexuais encontramos a mesma predominância na influência da zona genital (e especialmente o pênis) que nas pessoas normais. Na realidade é a sua alta estima sentida pelo homossexual pelo órgão masculino que decide seu destino [...]”.²⁴

Por outro lado, durante o período da Guerra Fria, segundo análise de Beatriz Preciado,²⁵ a masturbação, ou melhor, o dispositivo masturbatório, como prefere a autora, é, amplamente, estimulada em certos redutos da cultura norte-americana como uma válvula de escape para aliviar

²⁴ Sigmund FREUD, 1976, p. 126.

²⁵ PRECIADO, 2010.

as ansiedades masculinas, exorcizando o fantasma da homossexualidade.

A prática masturbatória está sujeita, portanto, aos diferentes sentidos, a depender das injunções histórico-sociais. O discurso sobre a masturbação na clínica da transexualidade não é visto como uma prática anormal e/ou condenável desde que realizada dentro de certos limites e com determinados propósitos. A masturbação é apontada como um caminho possível para encontrar a verdade do desejo, sendo considerada uma prática saudável. Já não se trata, portanto, de controlar a carne nos movimentos elementares da concupiscência como na hermenêutica cristã,²⁶ mas de perceber esses movimentos em toda a sua profundidade, de sentir sua reverberação na alma, de escutar atentamente as fantasias que os acompanham para que daí submerja a verdade do desejo. A moralidade da clínica é uma moral da interioridade, da subjetividade interior onde se encontra a “verdade do desejo/sexualidade (transexual)”.

²⁶ FOUCAULT, 1988.

4 Sexo, identidade e desejo: (re)organizando a matriz heterossexual

Em sua pesquisa sobre transexualidade, Berenice Bento²⁷ encontrou um leque bastante amplo de combinações entre sexo, gênero e desejo/sexualidade, quais sejam, mulheres-transexuais heterossexuais, mulheres-transexuais lésbicas, mulheres-transexuais bissexuais etc. A presente pesquisa, por sua vez, também encontrou uma diversidade bastante semelhante àquela relatada pela socióloga brasileira. Dados coletados por vários pesquisadores pelo mundo também têm indicado uma crescente diversidade e fluidez das identidades sexuais e de gênero nas sociedades ocidentais contemporâneas.²⁸

²⁷ Berenice BENTO, 2003.

²⁸ A lista não pretende ser exaustiva, mas apenas sinalizar alguns trabalhos destacados na área. No Brasil, podemos citar: AMARAL, 2007 e 2011; ARÁN, 2006; BARBOSA, 2010; BENTO, 2003; BORBA, 2011; LIONÇO, 2006; PELÚCIO, 2000; SANTOS, 2010; TEIXEIRA, 2009; e ZAMBRANO, 2003; no Canadá, Viviane K. NAMASTE, 2000; nos Estados Unidos, Kate BORNSTEIN, 1994; Patrick CALIFIA, 2003, Leslie FEINBERG, 1996; Claudine GRIGGS, 1998; no Reino Unido, Sally HINES, 2007; Tam SANGER, 2010; Davy ZOWIE, 2011; na Austrália, Frank LEWINS, 1995; e, na França, Marie-Hélène BOURCIER, 2011.

Diferentemente do “olhar médico tradicional”,²⁹ em que a mulher-transexual verdadeira era *somente* aquela que desejava fazer a cirurgia para se relacionar heterossexualmente, no contexto da observação realizada, algo diferente se passou: mulheres-transexuais podiam se relacionar homossexualmente ou bissexualmente, antes e/ou depois da cirurgia com nuances a serem destacadas.

²⁹ Chamo de “olhar médico tradicional” as contribuições em torno da transexualidade realizadas nos anos de 1940/1950, sobretudo, por Robert Stoller, Harry Benjamin e John Money.

No universo pesquisado, parece ter havido um deslizamento entre identidade de gênero e orientação sexual. O fato de ser mulher-transexual não quer dizer que se deve necessariamente desejar um homem sexualmente; pode-se desejar outra mulher. No entanto, o deslizamento continua sendo informado pela matriz heterossexual. A mulher-transexual não pode utilizar seu pênis para penetrar parceiros masculinos e nem femininos; isso denunciaria traços de uma sexualidade viril, masculina.

No entanto, a mulher transexual pode se relacionar afetivo-sexualmente com outras mulheres e/ou homens desde que esteja em posição passiva. No imaginário médico tradicional, a mulher transexual não poderia jamais se relacionar com outra mulher, já que a mulher-transexual é, por definição, heterossexual e, portanto, passiva.

A mulher-transexual, no contexto desta pesquisa, pode, contudo, escolher homens e/ou mulheres como objetos de satisfação sexual, ser heterossexual, lésbica e/ou bissexual, desde que a passividade esteja garantida. A orientação sexual do indivíduo antes e/ou depois da cirurgia já parece não importar tanto, o mais importante é como essa sexualidade é exercida. O que define a identidade de gênero (transexual de verdade), na visão dos psicólogos do programa do HUC, não é a escolha do objeto de gratificação sexual (homem ou mulher), mas o modo como essa gratificação é realizada (ativa ou passivamente).

O imaginário médico-psiquiátrico tradicional vê a “mulher-transexual de verdade” como aquela que deseja se livrar do pênis porque tem uma identidade de gênero feminina e, como consequência, deseja se relacionar afetivo-sexualmente com homens. A “mulher-transexual de verdade”, na minha pesquisa, é aquela que pode até encontrar algum tipo de satisfação sexual peniana, mas essa satisfação não pode ser persistente, uma vez que a persistência denunciaria o desejo de mudança, revelando traços de virilidade. O pênis oferece prazer; isso é inegável, disse-me o terapeuta. Afinal, o prazer peniano está ligado a reações físico-biológicas não controláveis pelo indivíduo. No entanto, na transexual, ele a incomoda, arrematou em entrevista. Daí a necessidade da cirurgia de transgenitalização.

Há um jogo muito interessante em torno do prazer peniano; é nele que se encontrará a chave para saber se a mulher transexual é uma transexual de verdade ou não. Algo semelhante ocorre em relação aos transexuais masculinos. Se querem ter um pênis, logo este deverá ser utilizado para penetrar parceiros, sejam eles homens e/ou mulheres. Ter um pênis e ser penetrado ou não utilizá-lo denunciaria traços de passividade e, portanto, de feminilidade.

Nesse caso, esse homem transexual não seria um transexual de verdade. A excitação do pênis antes da cirurgia, no caso de mulheres transexuais, só pode acontecer, nos termos da hermenêutica do sujeito, com o intuito de escutar atentamente o desejo e descobrir sua verdade. O desejo para ser desejo precisa persistir, e a persistência deve estar ligada à não necessidade de excitação do órgão, exceto para se ter a certeza de que dele não se precisa.

A vinculação entre desejo sexual e órgão sexual se insinua na clínica como um dos traços recorrentes da hermenêutica do sujeito ocidental, cuja pressuposição é de que a persistência temporal de determinada conduta decorre de um nível profundo, íntimo, da verdade do desejo. Como consequência disso, o indivíduo é pensado como portador de um sexo, de um gênero e de uma sexualidade, sendo impossível pensá-lo como possuindo, ou melhor, como sendo atravessado por múltiplos sexos, por diferentes identidades de gênero e por desejos sexuais os mais diversos ou como variações e/ou modulações da (in)estabilidade do sistema terminológico (sexo/gênero/desejo) da matriz heterossexual. O desejo é tratado como substância, como uma coisa. A noção linear de tempo, coextensiva à compreensão clínica de desejo/sexualidade, visa a marcar efeitos de fronteira e se estrutura em termos de desdobramentos necessários em que o presente e/ou futuro é uma projeção de forças determinantes do passado.

O psiquismo e o desejo são construídos como desdobramentos necessários de realidades anteriores, sendo possível determinar uma origem linearmente. Essa necessidade de permanência e de estabilidade do (desejo do) sujeito transexual também foi observada quando, em um dos encontros psicoterápicos, discutiu-se a escolha dos nomes sociais por parte dos/das participantes.

Além da cobrança feita pelo terapeuta de que os/as transexuais deveriam se impor a ponto de exigir que aqueles/as que os/as rodeiam lhes chamassem pelo nome social, também foi cobrada a necessidade de que não mudassem constantemente de nome. Quando uma das participantes revelou que já não mais queria o nome social que havia escolhido anteriormente, o terapeuta lhe disse: *"Um dia, você se chama Maria. No outro, Joaquina. Três dias depois, Joana... É preciso ter-se claro que nome se quer."* Estabilidade e uniformidade são ideais de conduta da clínica da transexualidade. O sujeito da clínica é, constantemente, interpelado a ser idêntico a si mesmo, a partir do qual se construirá fronteiras e efeitos de matéria.

A estabilidade do "querer ser mulher" ou do "querer ser homem" só é descoberta, conforme indiquei, por uma hermenêutica do sujeito nos termos propostos por Michel Foucault, cuja base se encontra no controle da integridade de cada um dos termos da matriz heterossexual e da relação entre eles.

A dinâmica das interações psicoterápicas se dá por meio de técnicas e procedimentos capazes de revelar essa verdade ao terapeuta. A categoria "transexual de verdade" continua a ser uma referência importante na elaboração dos laudos àqueles/as julgados/as aptos/as à cirurgia pelos

terapeutas. A terapia parecia se orientar de modo a descobrir quem, entre os/as frequentadores/as da terapia, tinha um desejo genuinamente verdadeiro e permanente pela cirurgia. A matriz heterossexual como ideal regulatório da clínica da transexualidade continua a prever o sexo como uma unidade de experiência a partir da qual se desenham um gênero e uma orientação sexual.

A compreensão de que a transexual-mulher pode se relacionar sexualmente com homens e/ou mulheres parece soar como se a clínica tivesse conseguido descolar identidade de gênero e orientação sexual. A ênfase já não recai tanto na dinâmica da correspondência necessária entre os termos da matriz heterossexual, em sua relação cruzada, mas na estabilidade isolada de cada um dos termos ao longo do tempo, determinada pela necessidade de um sexo verdadeiro e de uma sexualidade exercida de modo adequado ao gênero a que se quer pertencer. É preciso se ter um sexo, um gênero e uma orientação sexual, atentando para o modo como essas categorias são exercidas.

5 O “mito da desistência” e a interiorização do preconceito como formas de (auto)controle

Dando prosseguimento ao objetivo de entender o processo de construção das subjetividades dentro do contexto investigado, passo à descrição do que denominei de “mito da desistência” e a interiorização do preconceito.

Era bastante comum o terapeuta dizer que inúmeras pessoas desistiam da cirurgia, muitas vezes diante da mesa cirúrgica. A questão da desistência também aparecia, amiúde, na fala das entrevistadas, seja como reprodução da fala do terapeuta, seja como por ter “ouvido falar”. Histórias de pessoas que haviam feito a cirurgia de transgenitalização e que depois dela ficaram loucas ou se mataram também rondavam o imaginário de muitas das participantes da investigação. No entanto, algumas viam tais histórias com ceticismo, como “história pra boi dormir”, para retomar a expressão de uma das entrevistadas.

A despeito do ceticismo de algumas, o “mito da desistência” funcionava como um operador importante na economia do sentido sobre a transexualidade, a cirurgia e a importância do processo terapêutico. O “mito da desistência” se constrói em uma oposição binária entre “desejo verdadeiro” e “desejo falso” pela cirurgia de transgenitalização dentro da matriz de inteligibilidade cujo pressuposto se funda na hermenêutica do sujeito, como vimos descrevendo até então.

Se há pessoas que procuram os centros onde as cirurgias são feitas e algumas delas desistem, logo, há pessoas portadoras de um “desejo verdadeiro” que se diferenciam dos/das portadores/as do “desejo falso”. A oposição visa a consolidar a legitimação do terapeuta como aquele que, por meio de técnicas e procedimentos, poderá trazer à tona a verdade do desejo. Não é o terapeuta que revela como uma espécie de oráculo a verdade do desejo, mas é ela própria que se impõe dessa forma, já que o poder se nega a se reconhecer como tal.

Outra questão importante sobre essa economia discursiva de controle e da vigilância, de tornar os corpos dóceis e úteis, é o modo como o preconceito e a discriminação são tratados no contexto da clínica. Como é sabido, a discriminação é uma situação cotidiana na vida daqueles/as que vivem para além das fronteiras da heterossexualidade compulsória. Relatou-me Marlene em uma de nossas conversas:

É um absurdo, é um horror ter que mostrar a identidade. Quando as pessoas me veem, elas me tratam como senhora. É senhora para cá, senhora para lá, mas quando eu mostro minha identidade eles perguntam: “mas a senhora tá com nome de homem?”. É um problema em blitz... É um problema danado... Eu digo logo, olha meu senhor, se você quiser me levar para a 1ª DP, você pode levar, está tudo dentro da lei, eu sou transexual. Na verdade eu nem digo que sou transexual porque eles não entendem. Eu digo que sou travesti. Minha carteira é essa daqui, minha identidade também, se você quiser você pode me levar. (Marlene, 57 anos, em entrevista)

A fala de Marlene atesta certa impossibilidade de diálogo ou, pelo menos, de certa dificuldade de diálogo, com a autoridade policial. Ela sabe, por antecipação, que será condenada pelo olhar da polícia. Não se esforça em explicar ao policial “o que de fato está acontecendo”. Seria preciso muitas palavras, um longo discurso para se fazer inteligível e compreensível. Por muitas participantes viverem situações semelhantes de discriminação, o tema do preconceito acabava por se tornar recorrente nas sessões terapêuticas.

Embora se reconhecesse que há formas discriminatórias as mais diversas na sociedade em relação à transexualidade, o preconceito era discutido em termos do modo como o sujeito transexual se coloca diante dos demais. Em outras palavras, sofrerá preconceito aquele ou aquela que não souber fazer valer sua necessidade de respeito.

Assim, em uma das sessões terapêuticas, desenrolou-se o seguinte diálogo:

Rita: *Essa semana eu fui vítima de preconceito no salão de beleza em que trabalho.*

Terapeuta: *Como você se sentiu?*

Rita: *Me senti fria, gelada, sem reação.*

Terapeuta: *Está certa. É preciso ter estrutura. Temos que entender que ela [a pessoa que discriminou Rita] também tem um problema. Aquele que não aceita a sexualidade do outro tem problemas não resolvidos.*

Alessandra, uma das participantes, comentou o caso, dizendo que se tratava de “uma recalcada”. Frase inteiramente aprovada pelo terapeuta que, em outro momento, afirmou: “O homem que bate em uma travesti está batendo em sua homossexualidade reprimida.”. Como o tema era agressão, ouviram-se também comentários, por parte das participantes, de que travestis são agredidas porque “são despeitadas”, “ficam procurando encrenca” e que “a gente [transexual] precisa saber se impor e se dar o respeito”.

Essa parece ser uma das grandes diferenças, na percepção de alguns integrantes do grupo, entre travestis e transexuais. Além da já conhecida ideia de que toda travesti se prostitui, elas também são agressivas, gostam de “se mostrar”, de “se exibir”. A transexual, por outro lado, é mais delicada, é uma pessoa que “não gosta de se expor” (Vanessa, 49 anos, em entrevista).

³⁰ GOFFMAN, 1984.

É comum, segundo Erving Goffman,³⁰ que grupos estigmatizados estabeleçam divisões internas, ordem de hierarquias entre os membros do próprio grupo, como tentativas de justificar o estigma que recai sobre todo o grupo. No universo *trans* investigado, haveria travestis e transexuais. Se as transexuais veem as travestis como agressivas, as travestis, por outro lado, veem como “loucas” aquelas que querem ser operadas, segundo o relato de algumas participantes da terapia.

O estigma, construído como decorrente da própria ação do indivíduo, parece servir, para as transexuais, de justificativa para a agressão física sofrida por travestis. Dessa maneira, “o grupo estigmatizador é eximido de sua responsabilidade: não fomos nós, implica essa fantasia, que estigmatizamos essas pessoas e sim as forças que criaram o mundo [...]”.³¹

³¹ ELIAS e SCOTSON, 2000, p. 35, grifo dos autores.

O preconceito passa a ser construído a partir do modo como o indivíduo se relaciona com o mundo; decorre de sua própria ação, sendo sua responsabilidade. A clínica da transexualidade sugere um regime de verdade no qual o preconceito não decorre de processos históricos e sociais, mas da ação individual do sujeito alvo da discriminação.

A privatização do preconceito tende a torná-lo despolitizado. A despeito da lente individualista que o terapeuta

lança sobre o preconceito, persiste certa percepção de que o preconceito está para além das forças ditas individuais. Assim, na mesma sessão, ouviu-se dizer: “a sociedade tem que respeitar a diferença”. A privatização do preconceito opera no âmbito de forçar identidades de gênero “bem-comportadas”. Se o preconceito depende do modo como o indivíduo se coloca no mundo, a clínica prevê um ideal de comportamento para que o indivíduo não se torne vítima de preconceito e da discriminação. A mulher transexual deve ser dócil e delicada para que, diferentemente das travestis, tidas como “despeitadas”, “brigonas”, não sejam vítimas de preconceito e discriminação.

A privatização do preconceito parece fazer parte da economia simbólica cujo fim é forçar certas formas de autocontrole e autolimitação, enfeixando-se nas malhas da normalização de gênero no âmbito de uma estrutura sexual dimórfica extremamente rígida.

A internalização do preconceito visa a proteger o indivíduo de possíveis ataques súbitos e da irrupção de violência, moderando as emoções espontâneas e controlando possíveis sentimentos de raiva e/ou ódio com relação àqueles que violentam cotidianamente homens e mulheres transexuais. Não é mais a sociedade, seus preconceitos e atos discriminatórios que representam perigo, mas o próprio eu. O medo do preconceito e da discriminação inspirado pelo outro deve desaparecer para dar lugar a um medo interno, a um medo de não atuar de forma adequada, quer dizer, de forma dócil e discreta, perante esse outro. Obviamente, não estou sugerindo que o medo externo tenha desaparecido por completo, mas que a compreensão clínica do preconceito tende a construir o medo como interno, próprio à pessoa. A interiorização do preconceito funciona como uma força propulsora necessária à mudança na economia das paixões, na estrutura dos medos, em relação às situações cotidianas de discriminação.

³² FOUCAULT, 2008.

O poder disciplinar³² se torna responsável por forçar a estabilidade de autocontrole mental que deve emergir como traço decisivo da estrutura da personalidade do indivíduo. A clínica contribui para certo desejo de “distinção social”, e essa distinção recai sobre a demonização da travesti em contraposição à docilidade, equilíbrio e harmonia da transexual.

³³ ELIAS, 1993, p. 242.

Nesse jogo de distinção entre transexual e travesti é que o poder opera no seu sentido produtivo. A vergonha,³³ uma espécie de ansiedade que automaticamente se reproduz na pessoa em certas ocasiões, por força do hábito, torna-se um operador lógico na conduta e no controle dos indivíduos que participam da clínica, já que a degradação do sujeito decorre do modo como se porta diante dos demais.

³⁴ A noção é tributária do pensamento de Judith Butler. Para a autora (2002), o abjeto designa o campo de possibilidades com o qual o sujeito pode se identificar, circunscrevendo a construção de sua subjetividade aos padrões normativos estabelecidos pela vida social.

³⁵ BUTLER, 2010.

A interiorização do preconceito gera um temor em perder o amor e o respeito dos demais. Assim, as linhas de força que orientam as práticas e os discursos da clínica investigada parecem colocar sempre o sujeito transexual sob a ameaça constante do abjeto,³⁴ já que é por meio dele que se estabelecem as fronteiras do “transexual de verdade”, os limites do normal e do anormal, daquilo com o qual o sujeito pode se identificar no processo de constituição de sua subjetividade.

6 Considerações finais

O material de campo produzido a partir da etnografia por observação participante em sessões terapêuticas em grupo destinadas a pessoas transexuais, bem como as entrevistas destes e de outros sujeitos, ensejaram a possibilidade de evidenciar a maneira pela qual o espaço psicoterápico investigado agencia subjetividades, identidades e individualidades.

Ao se propor que formas específicas de subjetividades estão sendo tecidas no interior da clínica da transexualidade investigada, não se está enunciando uma suposta uniformidade e/ou homogeneidade das subjetividades ali produzidas, mas operacionalizando a hipótese segundo a qual há uma normatividade comum atravessando a clínica, entendida como um ideal regulatório, no dizer de Judith Butler.³⁵

Por essa razão, tentei mostrar, ainda que brevemente, que os sujeitos ditos transexuais, quando interpelados, nem sempre respondiam segundo a lógica de sentido imposta, em alguma medida, pelos terapeutas. Assim, nem todas acreditavam na eficiência da técnica da masturbação, na possibilidade de enunciar a verdade sobre seus desejos. Outras se disseram céticas em relação “ao mito da desistência”. Além disso, algumas só frequentavam a terapia por conta da exigência dos protocolos de acesso à cirurgia de mudança de sexo.

A despeito dos possíveis deslocamentos operados no interior do contexto institucional investigado por parte dos sujeitos transexuais, a noção clínica de transexualidade funciona a partir de uma hermenêutica do desejo, cuja força tende a tornar a experiência transexual como decorrente de uma vontade interior, uma realidade psicológica portadora de características diacríticas específicas. O desejo/sexualidade se torna o lugar mais apropriado para encontrar as verdades mais secretas e profundas de um indivíduo; é nele que se pode descobrir quem o sujeito é. Ao construir a transexualidade como uma substância psicológica, a clínica esbarra em essencialismos de várias ordens, conforme a discussão sugeriu.

Onde estaria o “poder terapêutico” da clínica então? A pergunta soa ambígua. Afinal, com ela, estamos nos indagando pelo poder de cura, possibilidade de diminuição de sofrimento psíquico ou poder de disciplinarização, de punição? Pelas duas coisas, obviamente. Parece impossível separar as duas dimensões na clínica investigada. Daí talvez a ambiguidade entre poder pericial/psiquiátrico e proposta terapêutica, já colocada logo no início do presente trabalho.

A intervenção terapêutica parece estar relacionada ao poder de regular e disciplinar a homens e mulheres, ao poder de normalização. É porque é e na medida em que é um modo de gerir e administrar multiplicidades que se espera dele certo número de efeitos terapêuticos, de transformações. E aí se escondem as potencialidades de um poder de fazer viver e de deixar morrer. A concessão do direito à cirurgia de mudança de sexo será feita por meio da inclusão de alguns e da exclusão de outros, da exclusão de tantas formas de viver o gênero e a sexualidade para além dos protocolos considerados oficiais sobre a transexualidade e instituídos pelo contexto investigado.

Referências

- AMARAL, Daniela Murta. *A psiquiatrização da transexualidade: análise dos efeitos do diagnóstico de transtorno de identidade de gênero nas práticas de saúde*. 2007. 158f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social da Universidade do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- _____. *Os desafios da despatologização da transexualidade: reflexões sobre a assistência a transexuais no Brasil*. 2011. 106f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social da Universidade do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- ARÁN, Márcia. “A transexualidade e a gramática normativa do sistema sexo-gênero”. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, v. 9, n. 1, p. 49-63, jan./jun. 2006.
- BARBOSA, Bruno César. *Nomes e Diferenças: uma etnografia dos usos das categorias travesti e transexual*. 2010. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Universidade de São Paulo, São Paulo.
- BENTO, Berenice. *A reinvenção do corpo: sexualidade e gênero na experiência transexual*. 2003. Tese (Doutorado em Sociologia) – Programa de Pós-Graduação em Sociologia, Universidade de Brasília, Brasília.
- BORBA, Rodrigo. “Travestis, (trans)masculinidade e narrativas orais: reconstruções da travestividade”. *Bagoas: Revista de Estudos Gays*, v. 6, p. 181-210, 2011.

- BORNSTEIN, Kate. *Gender outlaw: men, women and the rest of us*. New York: Routledge, 1994.
- BOURCIER, Marie-Hélène: *Queer zones 3: identities, cultures, politiques*. Paris: Éditions Amsterdam, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n. 2.803 de 19 de novembro de 2013 que redefine e amplia o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS)*. Disponível: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2803_19_11_2013.html>. Acesso em: 10 nov. 2013.
- BUTLER, Judith. *Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2010.
- _____. *Cuerpos que importan: sobre los límites materiales y discursivos del "sexo"*. Buenos Aires: Paidós, 2002.
- CALIFIA, Patrick. *Coming to power: writing and graphics on lesbian SM*. Boston: Alyson, 1981.
- _____. *Public sex: the culture of radical sex*. California: Cleis Press, 2003.
- CARDOSO DE OLIVEIRA, Roberto. "O trabalho do antropólogo: olhar, ouvir, escrever". In: CARDOSO DE OLIVEIRA, Roberto. *O trabalho de antropólogo*. São Paulo: UNESP, 2006. p. 17-35.
- DERRIDA, Jacques. *Força de lei: o "fundamento místico da autoridade"*. São Paulo: Martins Fontes, 2010.
- ELIAS, Norbert. *O processo civilizador: formação do Estado e civilização*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1993.
- ELIAS, Norbert; SCOTSON, John L. *Os estabelecidos e os outsiders: sociologia das relações de poder a partir de uma pequena comunidade*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2000.
- FEINBERG, Leslie. *Transgender warriors: making history from Joan of arc to Dennis Rodman*. Boston: Beacon, 1996.
- FOUCAULT, Michel. *História de sexualidade II: o uso dos prazeres*. Rio de Janeiro: Graal, 1984.
- _____. *História de sexualidade I: a vontade de saber*. Rio de Janeiro: Graal, 1988.
- _____. *O poder psiquiátrico: curso do Collège de France (1973-1974)*. São Paulo: Martins Fontes, 2006.
- _____. *Vigiar e punir: história da violência nas prisões*. Rio de Janeiro: Vozes, 2008.
- _____. *Os anormais: curso do Collège de France (1974-1975)*. São Paulo: Martins Fontes, 2010.
- FREUD, Sigmund. "Análise de uma fobia em uma criança de cinco anos". In: *Edição Standard brasileira das obras psicológicas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1976. v. 7. p. 13-133.
- GOFFMAN, Erving. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Rio de Janeiro: Guanabara Editora, 1984.

- GRIGGS, Claudine. *S/he: changing sex and changing clothes*. Oxford / New York: Berg, 1998.
- HERDT, Gilbert. "Mistaken sex: culture, biology and the third sex in New Guinea". In: HERDT, Gilbert (Org.). *Third sex, third gender: beyond sexual dimorphism in culture and history*. New York: Zones Books, 1993. p. 419-445.
- HINES, Sally. *TransForming gender: transgender practices of identity, intimacy and care*. Bristol: Polity Press, 2007.
- LAQUEUR, Thomas. *Inventando o sexo: corpo e gênero dos gregos a Freud*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2001.
- LEWINS, Frank. *Transsexualism in society: a sociology of male-to-female transsexuals*. Australia: MacMillan, 1995.
- LIONÇO, Tatiana. *Um olhar sobre a transexualidade a partir da perspectiva da tensionalidade somato-psíquica*. 2006. 158f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília.
- NAMASTE, Viviane K. *Invisible lives: the erasure of transsexual and transgendered people*. Chicago / London: University of Chicago Press, 2000.
- OLIVEIRA, Marcos de Jesus. *Confissões da carne: uma experiência clínica de atendimento psicoterapêutico a transexuais*. 2013. Tese (Doutorado em Sociologia) – Programa de Pós-Graduação em Sociologia, Universidade de Brasília, Brasília.
- PELÚCIO, Larissa. *Desejo e abjeção: uma etnografia travesti sobre o modelo preventivo da AIDS*. São Paulo: Annablume/FAPESP, 2009.
- PLUMWOOD, Val. *Feminism and the mastery of nature*. New York: Routledge, 1993.
- PRECIADO, Beatriz. *Manifiesto contra-sexual: prácticas subversivas de identidad sexual*. Madri: Opera Prima, 2002.
- SANGER, Tam. *Transpeople's partnership: towards an ethics of intimacy*. New York: Palgrave MacMillan, 2010.
- SANTOS, Maria Fátima de Lima. *A construção do dispositivo da transexualidade: saberes, tessituras e singularidades nas experiências trans*. 2010. 191f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- TEIXEIRA, Flávia do Bonsucesso. *Vidas que desafiam corpos e sonhos: uma etnografia do construir-se outro no gênero e na sexualidade*. 2009. 241f. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – Rio de Janeiro: Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP.
- WHYTE, William F. *Sociedade de esquina: a estrutura social de uma área urbana pobre e degradada*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.
- ZAMBRANO, Elizabeth. *Trocando os documentos: um estudo antropológico sobre a cirurgia de troca de sexo*. 2003.

Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) –
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Programa
de Pós-Graduação em Antropologia Social, Porto Alegre.
ZOWIE, Davy. *Recognizing transsexuals: personal, political
and medicolegal embodiment*. UK: Ashgate, 2011.

[Recebido em abril de 2013,
reapresentado em julho de 2014
e aceito para publicação em julho de 2014]

An Ethnography About Psychotherapeutic Interventions for Transsexuals

Abstract: *This study analyzes the forms of power/knowledge which govern the practice of group psychotherapy for applicants of sex reassignment surgery in a Brazilian university hospital located in a large urban centre. Through participant observation in group therapy sessions, the hegemonic regimes of subjectivation of the clinic were reconstituted. These regimes of subjectivation work as a dispositif, in a Foucauldian sense, by conforming the participants of the therapy to certain regulatory and disciplinary ideals. Semi-structured interviews with those who underwent psychotherapy complement the theoretical and methodological strategies already described, in order to enable the objective aforementioned, as well as to make possible to visualize some subversions as possibilities of resistance within the hegemonic regimes of subjectivation in the institutional context investigated.*

Key Words: *Gender; Transsexuality; Subjectivity; Clinic; Psychotherapeutic Interventions.*