



Programa de  
Pós-Graduação em  
**Linguística**

**DIAGNÓSTICO PARA QUE(M)? O CERCEAMENTO DA TRANSEXUALIDADE  
PELO DISCURSO PSIQUIÁTRICO**

SÃO CARLOS  
2019



**Universidade Federal de São Carlos**

**CAIO CÉSAR GARCIA CARNIEL**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS  
CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM LINGUÍSTICA

**DIAGNÓSTICO PARA QUE(M)? O CERCEAMENTO DA  
TRANSEXUALIDADE PELO DISCURSO PSIQUIÁTRICO**

CAIO CÉSAR GARCIA CARNIEL  
Uninersidade Federal de São Carlos - USFCar

Dissertação apresentada ao Programa de  
Pós-Graduação em Linguística da  
Universidade Federal de São Carlos, como  
parte dos requisitos para a obtenção do  
Título de Mestre ou Doutor em Linguística.

Orientador: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Vanice Sargentini

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS**

Centro de Educação e Ciências Humanas  
Programa de Pós-Graduação em Linguística

---

**Folha de Aprovação**

---

Assinaturas dos membros da comissão examinadora que avaliou e aprovou a Defesa de Dissertação de Mestrado do candidato Caio César Garcia Carniel, realizada em 28/02/2019:

---

Profa. Dra. Vanice Maria Oliveira Sargentini  
UFSCar

---

Prof. Dr. Jacob dos Santos Biziak  
IFPR

---

Profa. Dra. Daniela Giorgenon  
UNIP

Certifico que a defesa realizou-se com a participação à distância do(s) membro(s) Jacob dos Santos Biziak, Daniela Giorgenon e, depois das arguições e deliberações realizadas, o(s) participante(s) à distância está(ão) de acordo com o conteúdo do parecer da banca examinadora redigido neste relatório de defesa.

---

Profa. Dra. Vanice Maria Oliveira Sargentini

## EPÍGRAFE

*Pessoa “trans” é aquela que está em permanente “transformação”, disposta a “trans-por” todos os obstáculos. É aquela pessoa que “trans-gride” regras e padrões de conduta, “transmitindo” à sociedade, de forma absolutamente “transparente”, novas ou inexploradas possibilidades de realização. Pessoa “trans” é aquela que “trans-cende” a si mesma, tentando expressar ao mundo a pessoa que ela realmente é, em vez da pessoa que o mundo acha que ela deveria ser.*

Letícia Lanz

*Uma bala  
Quase hétero  
Etérea, massa, complexo  
De não se entender  
Um canalha  
Quase hétero  
Ignorar amor por complexo  
Medo de nele se ver  
É necessário quebrar os padrões  
É necessário abrir discussões  
Alento pra alma, amar sem portões  
Amores aceitos sem imposições  
Singulares, plural  
Se te dói em ouvir, em mim dói no carnal  
Mas se tem um jeito esse meu jeito de amar  
Quem lhe dá o direito de vir me calar?  
Eu sou todo amor, medo e dor, se erradicar  
Feito o sol que ilumina a umidade suspensa do ar*

*Criolo - Etérea*

## DEDICATÓRIA

*À coragem de todo corpo errante*

## AGRADECIMENTOS

*À Vanice Sargentini pela liberdade dada a minha escrita, por sempre ser tão presente em cada grito de desespero e por partilhar as risadas necessárias para se suportar uma escrita*

*À Daniela Giorgenon, Jacob Bizjak, Kátia Menezes e Luzmara Curcino que se disponibilizaram de alguma maneira a estar presente no processo de construção desse trabalho.*

*Aos Professores Monica Diniz Signori, Anton Miguez, Janaina Namba, Roberto Baronas, Soila da Silva, Carolina Machado, Nina Leite, Ricardo Pacheco, Mônica Stival e Cynara Telles. Cada um de vocês contribuíram para a construção desse percurso de escrita.*

*Ao time de “escutadoras”, Marisa Baldi e Betina Matarazzo, que abaravam cada virada subjetiva que essa escrita permitiu existir.*

*A meus pais, Silvia Garcia e Luiz Carniel, por me apoiar incondicionalmente cada passo da produção desse trabalho, mesmo não sabendo muito bem os motivos dessa escrita.*

*A cada corpo marcado pela questão trans que me fez ver meus privilégios de estar em um corpo cis e me permitiu a sensibilidade ao olhar um corpo trans. Agradeço a: Angela, Erika, Felippa, KaTrevoza, Erick, Cauê, Lorenz, Simon, Perpétua, Zago, Nicholas e Tomás. Cada um em sua história e de sua maneira abriu um caminho que percorreu essa construção.*

*À Comissão de Diversidade Sexual e Identidade de Gênero, que apareceu no momento exato e fez em ato duas palavras: empoderamento e escrita.*

*Aos meus amigos, que me deram sustentação nos momentos em que o escrever é aflitivo e assustador. E que comemoraram comigo o processo e um resultado possível dessa caminhada.*

*Às Repúblicas 2/1, Uva Preta e Subversivos do 93 que foram lugares de muito aprendizado e risadas.*

*E, por fim, ao meu eu-resiliente, que lutou diariamente com o eu-sabotador que tentou de diversas formas boicotar o processo de escrita. Meu eu-sabotador, heteronormativo e insistente, foi o que manteve a escrita à flor da pele e fez o eu-resiliente aparecer em cada palavra.*

## RESUMO

Um corpo que faz ruptura com o estabilizado é constantemente endereçado à silenciamentos e apagamentos. Falar sobre o si, dependendo da governamentabilidade, pode estar sujeito à morte ou a outras formas de controle, ainda mais quando quem fala é um corpo marcado pela questão trans-sexual. O intuito dessa pesquisa é mostrar o percurso científico dado ao corpo trans, principalmente nos DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders ou Manual de Diagnóstico e Estatísticas das Perturbações Mentais ou Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais), e pensar nos efeitos que isso tem nos processos de identificação dos sujeitos marcados pela questão trans e, também, pensar o efeito normativo – presente nos manuais – dentro da sociedade. O percurso se inicia pensando o dispositivo psiquiátrico, que monta uma rede de práticas que cria uma pedagogia sobre os corpos a partir de alianças entre instituições e políticas públicas [governamentabilidade]. Dessa forma, o dispositivo regula socialmente a maneira como será endereçado o tratamento dos corpos – principalmente os corpos errantes, que entrarão no contexto do patológico. Uma vez nas amarras do patológico, é possível ver o crivo que determina a divisão entre o normal e patológica, sendo representado, respectivamente, pelo corpo cisgênero e o tranvestigênero apontando uma heteronormatividade no que tange o tratamento dos corpos na relação com a suas sexualidades e gêneros. A esse processo demos o nome – pautados na teoria foucaultina – de: sujeição, ou seja, a *“feitura” de um sujeito, o princípio de regulação segundo o qual o sujeito é formulado e produzido*. Porém, seguindo a teoria foucaultina, toda sujeição – atrelada a um Poder – fornece o próprio material para os movimentos de resistências, e será a partir deles que será possível pensar o engodo das identidades, criadas pela sujeição. A partir de alguns recortes de casos clínicos, vamos apontar onde a relação sintoma-diagnóstico falhar, mostrando rupturas nos discursos prescritivos dos manuais e apontando para uma dimensão subjetiva que proporciona um ato parresíastico. A Parresía entra no percurso desse trabalho a fim de apontar esse lugar de veridicção subjetiva que não é homologado pelo discurso psiquiátrico, mas pelo sintoma que aparece como uma revelação autêntica de si. E, para finalizar, o último passo desse percurso será dado em direção de apontar um distanciamento do direcionamento moral e prescritivo dos manuais de diagnósticos, e uma aproximação de uma leitura sobre o sintoma que considere as condições de existência para o mesmo, que aponte para um reconhecimento de corpos marcado por uma pragmática, porém insistindo numa produção de si – apesar das pragmáticas de si. Dessa forma, é possível pensar que os corpos marcados pela questão tran(sexual) são capturados pelo discurso psiquiátrico e ganham lugares de homologações perante a sociedade e sofrem sujeições construções de identidade. O lugar da resistência, como, por exemplo, “mulher de pênis” – entre outros exemplos contidos nesse trabalho – vem desabar as construções tão estabilizadas sobre o feminino e o masculino, e também as definições sobre a transexualidade. Demarcando, assim, que a leitura sobre a transexualidade é apenas possível no um-a-um. A leitura ética do si é possível pela via da r(existência).

Palavras-Chaves: Transexualidade; Heteronormatividade; Sujeição; Resistência; Ética



## ABSTRACT

A body which makes ruptures with stabilized bodies is constantly addressed to be silenced and eradications. Talking about the oneself, depending on governability, may be subject to death or/and other forms of control, especially when the speaker is a body marked by the trans-sexual matter. This research aims to show the scientific path given to the trans-body, especially in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM), and to think about the effects this has on the identification processes of the subjects marked by the trans matter and also thinking about the normative effect - present in the manuals - within society. We begin by thinking about the psychiatric device, which sets up a network of practices that creates a pedagogy about bodies based on alliances between institutions and public policies [governability]. Thus, the device socially regulates the way in which the treatment of bodies will be addressed - especially the erratic bodies, which will permeate the pathological context. Once in the pathological shackles, it is possible to see the sieve that determines the division between the normal and the pathological, being represented, respectively, by the cisgender body and the transvestite indicating a heteronormativity regarding the treatment of the bodies in relation to their sexualities and genders. We have named this process - based on the Foucault's theory - of subjection, that is, the 'making' of a subject, the regulation principle by which the subject is formulated and produced. However, according to Foucault's theory, all subjection – associate by a Power - provides its own material for the resistances raise, and with it, it'll be possible to think of the identities' failure created by subjection. Starting from some clinical cases, we will point out where the symptom-diagnosis relationship fails, showing the ruptures in the manuals prescriptive speech and pointing to a subjective dimension which provides a parrhesiastic act. The idea of parrhesia enters in order to point out the subjective veridiction which isn't homologated by psychiatric discourse, but by the symptom that appears as an authentic revelation of self. And finally, the last step will be taken towards to the pointing out of the distance between the moral and prescriptive directions of the diagnosis manuals, and an approximate of an understanding about the symptom that considers the conditions of existence for it, leading us to a body recognition marked by a pragmatic, but maintaining a production of oneself - despite the pragmatics-of-oneself. Therefore, it's possible to deliberate that the bodies marked by the trans(sexual) matter are captured by psychiatric discourse and they gain places of approval before society and suffer subjection on identity constructions. The place of resistance, such as "woman with a penis" - among other examples contained in this work – collapses the stabilized constructions about the feminine and the masculine, as well as the trans-sexuality's definitions. Remarking, therefore, that an understanding about trans-sexuality is only possible in one-on-one. The ethical reading of oneself is only possible through the r-existence [resistance]

Keywords: Transsexuality; Heteronormativity; Subjection; Resistance; Ethic

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO:</b> <i>Construindo uma questão</i> .....	<b>11</b>
<b>CAPÍTULO 01. OS CAMINHOS DA SUJEIÇÃO:</b> <i>o pareamento do discurso psiquiátrico com o discurso heteronormativo</i> .....	<b>16</b>
1.1. DISPOSITIVO PSIQUIÁTRICO: <i>o uso disciplinar como método de controle</i> .....	16
1.2. A TRANSEXUALIDADE NAS AMARRAS DO DISCURSO PATOLOGIZANTE: <i>o laço com o discurso heteronormativo</i> .....	24
1.2.1. A TRANSEXUALIDADE E O DISCURSO PSIQUIÁTRICO-CIENTÍFICO .....	27
1.2.2. OS LUGARES ENDEREÇADOS AOS SUJEITOS TRANSEXUAIS NOS DSM .....	34
1.2.3. O DISCURSO DA HETERONORMATIVIDADE: <i>uma performatividade?</i> .....	43
1.2.4. OS PARADOXOS DA SUJEIÇÃO E A QUESTÃO TRANSEXUAL .....	50
<b>CAPÍTULO 02. AS RES(X)ISTÊNCIAS:</b> <i>o aparecimento dos discursos subjetivos</i> .....	<b>55</b>
2.1. AS RESISTÊNCIAS FRENTE ÀS IDENTIDADES: <i>de Freud a Foucault</i> .....	59
2.1.1. A RESISTÊNCIA FREUDIANA: <i>algumas considerações</i> .....	59
2.1.2. AS RESISTÊNCIAS EM FOUCAULT: <i>o irredutível do Poder</i> .....	63
2.1.3. DE FREUD À FOUCAULT: <i>as resistências como intersecção possível</i> .....	65
2.2. O CASO ANDRÉA: <i>de que mulher se fala?</i> .....	66
2.3. O CASO REIMER: <i>uma transexualidade?</i> .....	70
<b>CAPÍTULO 03. A ÉTICA DO “UM”:</b> <i>de um discurso a outro</i> .....	<b>78</b>
3.1. A CONSTITUIÇÃO DE SI: <i>uma identidade irrealizável</i> .....	78
3.3. EFEITOS DE UM PERCURSO: <i>uma co-missão</i> .....	91
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>98</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	<b>100</b>

## INTRODUÇÃO: *Construindo uma questão*

Se pudesse escrever o percurso dessa questão em poucas linhas, não poderia existir outra forma se não fosse por um jogo de palavras. Eis o percurso: *Uma transexualidade é subversiva. Uma transexualidade é. Uma transexualidade. Uma.* As trajetórias dos sujeitos marcados pela questão trans desde muito cedo são abalizadas pela insígnia da subversão: um corpo transita pelas bordas das normas de gênero fazendo aparecer todo engodo da sustentação da relação “eufórica” de corpos – a conjunção de anatomia/sexualidade/gênero. Porém, toda subversão é alvo de silenciamentos, logo toda transexualidade é silenciada em sua subversão: busca-se construir classificações, definições e tratamentos na tentativa incessante de se calar a subversão que pode fazer rupturas em normas tão bem “estabelecidas” – um furo na heteronormatividade. O corpo trans passa pelo discurso psiquiátrico e ganha novos lugares: travestismos, transexualismo, transtorno de identidade de gênero e disforia de gênero – *uma transexualidade é*: o resultado do encontro dos corpos errantes com a ciência. Novamente a ciência se apressou em generalizações, quando se começa a escutar para além de um diagnóstico, torna-se autêntica a subversão: constrói-se uma transexualidade, perpassada por uma historicidade que por suas experiências traduziu diversas formas de gêneros e sexualidade em seu corpo. Ao final, a busca resulta em um lugar tão específico, que a transexualidade só existe quando é uma. Sozinha – mas, com grupo de pares. Por referências – mas, nunca reverências.

Na busca de expor essas singularidades, a diretora Tanaz Eshaghian exibiu seu documentário *Be Like Others: Transsexual in Iran*<sup>1</sup>, retratando a difícil trajetória de corpos marcados pela sua sexualidade “desviante”, ao mesmo tempo colocando em movimento questões referentes ao gênero e a sexualidade. Recortamos um dos casos apresentados no documentário: a história de Anoosh, um sujeito homossexual que sofre pressão da família, do namorado e da sociedade sobre o seu comportamento afeminado. O discurso da mãe e dos irmãos o coloca no lugar endereçado às mulheres, como: “ele lava a louça, cozinha”, “ele é quem faz o trabalho de casa”, já o do namorado, “sofremos muito com o seu jeito”, “creio que depois da cirurgia seremos mais bem aceitos pela sociedade”. Porém, em vários momentos Anoosh mostra-se insatisfeito com essa opção cirúrgica, endereçando a demanda a seu médico: “não me sinto feliz com essa escolha, e gostaria que comunicasse minha família que não quero realizar essa cirurgia”. Porém, o médico tenta convencê-lo que para a ‘atual conjuntura’ essa seria a melhor opção. Anoosh topa e torna-se Anahita, ela mostra-se feliz por sua escolha, pois agora não faz mais parte do grupo de pessoas ‘imorais’ [homossexuais]. Porém, suas relações com a família e namorado tornam-se cada vez mais distantes. O

---

<sup>1</sup> Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=0xIYa0Eg7Wg>

movimento de Anoosh não é um caso isolado, em 2014, a BBC Persa (HAMAEDAMI, 2014) publica uma matéria em que homossexuais sofrem pressão para realizar mudança de sexo para evitar a pena de morte, apresentando-nos um processo institucionalizado que agencia os modos de existir de corpos, ou seja, eles [o documentário e a notícia] denunciam como os discursos são vieses de construção de subjetividades, pois, de acordo com Fernandes (2011), *a construção da subjetividade [dá-se] por meio de uma possessão do outro – exterioridade social –, no imbricamento com outro sujeito.*

Trazendo a questão para um território nacional, é possível ver um forte discurso midiático sobre o tema, seja em novelas, em filmes ou em programas televisivos, e, muitas vezes, vê-se que isso acarreta discussões que não conduzem a pensar a questão de modo efetivo, ficando apenas numa reprodução do que o discurso médico já construiu sobre, promovendo um processo de banalização dessa condição (JORGE e TRAVASSOS, 2018). Porém, isso deve ser olhado com certa estranheza, pois, o processo transexualizador envolve, com frequência, tratamentos médicos sérios e irreversíveis – hormonioterapia, ablação das mamas, colocação de próteses, raspagem de protuberâncias ósseas e cirurgias de redesignação ou transgenitalização. Ademais, só no Brasil, houve a criação de cinco centros habilitados pelo Ministério da Saúde para atender à demanda de sujeitos transexuais – sem contar os centros que aparecem sem iniciativa governamental. Pautada nisso, essa dissertação visa entrar neste lugar: uma leitura dos discursos que agenciam os corpos marcados pela questão trans, principalmente o discurso médico psiquiátrico, e como esses ecoam no discurso midiático, causando construções de “pragmáticas de si” (FOUCAULT, 2010b). A hipótese é a de que o discurso médico-psiquiátrico fabrica modos de controle instituídos discursivamente para corpos “errantes”<sup>2</sup>.

Para tal tarefa, essa pesquisa terá como fundamentação teórica majoritária o pensamento de Michel Foucault ([1970], 1999) no tratamento de um “arquivo”. Faremos nossos apontamentos a partir de quatro princípios (conforme Foucault, [1970], 1999): o da (1) da inversão, que pressupõe um reconhecimento de um “jogo negativo” de um recorte, de uma rarefação do discurso, propondo uma leitura dos efeitos de manutenção de disciplinarização e a sua relação com o autor, ou seja, como os teóricos sobre a transexualidade constroem seus saberes e direcionam para determinadas práticas – como a construção de manuais diagnóstico – apresentando assim, um *jogo negativo* que revela as forças presentes nesses processos; (2) o princípio da descontinuidade, apontando que o fato de existir sistemas de rarefação não implica que para além deles não haja um gama de discurso ilimitado, contínuo e silencioso

---

<sup>2</sup> Terminologia retirada do trabalho de FRANGELLA, Simone M. **Corpos urbanos errantes: uma etnografia da corporalidade de moradores de rua em São Paulo**. São Paulo: Anablume, Fapesp, 2009. Nesse trabalho a autora propõe um corpo errante a um corpo destinado a uma invisibilidade, ao fora da norma, ao corpo que é marcado pelos discursos de abjeção.

que são constantemente reprimidos e recalcados e nós tivéssemos por missão descobrir restituindo-lhe, enfim, a palavra; (3) o princípio da especificidade, que não coloca um discurso em um jogo de significações prévias, mas o concebe *como uma violência que fazemos às coisas, como uma prática que lhe impomos em todo caso; e é nesta prática que os acontecimentos do discurso encontram o princípio de sua regularidade* (FOUCAULT, 1999, p.52); e, por fim, (4) o princípio da exterioridade, pressupondo não uma passagem *do discurso para o seu núcleo interior e escondido, para o âmago de um pensamento ou de uma significação que se manifestariam nele; mas, a partir do próprio discurso, de sua aparição e de sua regularidade, passar às suas condições externa de possibilidade, àquilo que dá lugar à série aleatória desses acontecimentos e fixa sua fronteira* (ibid., p.53). Resumindo, os princípios reguladores de análise serão as noções: de acontecimento<sup>3</sup>, a de série, a de regularidade e a de condição de possibilidade, contrapondo-se, respectivamente: à criação, à unidade, à originalidade e à significação, nos permitindo uma análise crítica e genealógica, crítica porque coloca em prática o princípio da inversão, *procurando cercar as formas da exclusão, da limitação, da apropriação* (ibid., p.60) e, genealógica, porque coloca em prática os três outros princípios, *como se formaram as séries de discursos; qual foi a norma específica, e quais foram as condições de aparição* (ibid., p.60-1).

Assim, *entre o empreendimento crítico e o genealógico, a diferença não é tanto do objeto ou de domínio, mas sim, de ponto de ataque, de perspectiva e delimitação* (ibid., p. 66-7), nos direcionando, então, para as questões balizadoras dessa pesquisa: Quais são os processos envolvidos no tratamento dos corpos marcados pela questão trans? Como os discursos psiquiátricos validam, classificam, patologizam corpos a fim de manutenção de um discurso hegemônico da heterossexualidade? Os manuais de diagnóstico pautam as construções nosográficas em um embasamento biológico, fisiológico, hormonal e comportamental, porém, haveria uma outra leitura sobre o sintoma? E se há, como essas leituras se posicionam frente a esses manuais de diagnóstico? Portanto, temos como objetivos (1) realizar uma leitura dos deslocamentos do significante “trans” [/trãs/] nas cinco edições dos DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders ou Manual de Diagnóstico e Estatísticas das Perturbações Mentais ou Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais) de 1952 a 2013; (2) pontuar a existência de um dispositivo psiquiátrico, tendo o DSM como uma de suas engrenagens, e seus efeitos nas construções de práticas, identidades e subjetividades; (3) realizar pequenos recortes, principalmente clínicos, pontuando as resistências de corpos marcados pela questão trans; e,

---

<sup>3</sup> O acontecimento não é a ordem dos corpos. Entretanto, ele não é imaterial; é sempre no âmbito da materialidade que ele se efetiva, que é efeito; ele possui seu lugar e consiste na relação, coexistência, dispersão, recorte, acumulação, seleção de elementos materiais; não é o ato nem a propriedade de um corpo; produz-se como efeito de e em uma dispersão material. Digamos que a filosofia do acontecimento deveria avançar na direção do paradoxal, de um materialismo incorporal (FOUCAULT, [1970], 1999, p. 57-58)

(4) pensar em como essas resistências promovem mudanças essenciais no direcionamento e tratamento psiquiátrico.

Essa dissertação se comporá em três capítulos: o primeiro pretende explorar os caminhos da sujeição proposto pela prática psiquiátrica acerca dos corpos transexuais. Pautamos nossa exposição no conceito foucaultiano de sujeição, elaborado principalmente em *Vigiar e Punir*, que é usado para pensar o corpo como um “investimento político” ligado, por meio de relações complexas e recíprocas, à sua utilização econômica, ou seja, um corpo aprisionado em um sistema de sujeições. O corpo marcado pela questão transexual torna-se útil à ciência, pois coloca em movimento a hegemonia do saber psiquiátrico. Para tal, faremos uma breve exposição sobre o surgimento do DSM e a sua manutenção, e depois como os DSMs contornaram as diversas formas de sexualidade, colocando-as num crivo normativo, mais especificamente heteronormativo. Nesse capítulo, também, traremos uma possível leitura do engendramento dos saberes com as práticas e o reflexo nas construções cotidianas, como, por exemplo, em um Concurso de Beleza, Miss Transgender. Nesse concurso, é possível ver que as construções pautadas pela Psiquiatria colocam em circulação os modos de construções da sexualidade e gênero, apontando que um modo específico de sujeição pode dar origem ao homem como objeto de saber para um discurso com status “científico”. No segundo capítulo, mobilizaremos o conceito de resistência, particularmente desenvolvido no livro *História da Sexualidade I*, e que nesse trabalho será ilustrado por recortes em dois casos clínicos. De acordo com Foucault (2015), só é possível pensar em resistências, se associada a uma forma de poder. Elas são *possíveis, necessárias, improváveis, espontâneas, selvagens, solitárias, planejadas, arrastadas, violentas, irreconciliáveis, prontas ao compromisso, interessadas ou fadadas ao sacrifício* e suas condições de existência estão subordinadas ao *campo estratégico das relações de poder* (FOUCAULT, 2015, p.61), inscrevendo-se nestas relações como *o interlocutor irredutível*. Ou seja, há algo nos jogos de poder que passa ao desejo de sujeição; e, será por meio dos casos que será possível construir uma leitura sobre as resistências como uma das únicas formas de saída da sujeição imposta – mesmo que efêmera e isolada. Dois sujeitos à mercê de um discurso científico, seja na sua inclusão ou na sua exclusão, que insistem em apontar o desacordo entre os discursos psiquiátricos vigentes da tradução subjetiva da sexualidade e gênero, apontando que os discursos da sexualidade e gênero vêm atender a uma demanda mais de seus operadores e construtores do que de fato dos sujeitos objetivados por meio de seus sintomas, isto é, aquilo que é tomado como sintoma não corresponde com o “ser curado”. Aqui, pretendemos elaborar uma análise que permita questionar as estabilizações, a fim de construir aberturas para uma construção das “pragmáticas de si” não pautada em um manual, e sim na sua construção subjetiva/discursiva, pautada na voz dos que são atravessados por essas questões. Para tal, mobilizaremos o conceito de Parresía, da fala franca, do discurso verdadeiro que é proposto por Foucault (1982-83 e 83-84) e vem abarcar o lugar

da voz como forma de resistência. Dessa forma, seria possível pensar como essa *Parresía* aparece para o sujeito transexual como uma questão que visa expor sua subjetividade – uma tradução dos moldes sociais com a interpretação subjetiva da sexualidade – resistindo a um ethos – uma estabilização coercitiva e fomentada por uma instituição que possui a sua homologação no social e, logo, exerce um poder de controle sobre os corpos. Por fim, no último capítulo, apontaremos como os possíveis movimentos de resistência contribuíram para a reformulação nos modos de apreensão subjetiva dos corpos marcados pela questão trans, construindo, assim, uma dicotomia entre as sujeições e as resistências, em que um é condição de existência para o outro. É por meio dessa relação dialética que será possível pensar nas estratégias de poder, e nos processos de empoderamento desses corpos ‘errantes’. Para tal, nos valeremos novamente do conceito de *Parresía* para pensar uma construção ética no cuidado de si, e como essas questões vão aparecendo na narrativa da travesti Angela Lopes

Concluindo, nesta dissertação espera-se que a discussão sobre a transexualidade se dê a nível mais autoral do que partindo de uma estabilização generalista construída por manuais que não correspondem – e muitas das vezes não abordam – as questões subjetivas envolvidas em determinados comportamentos. Consideramos que é impossível encerrar a questão da transexualidade numa divisão entre o normal e o patológico, nossa intenção é situá-la nas encruzilhadas dos discursos, dos saberes e dos poderes pontuando os efeitos sobre as vivências possíveis da sexualidade.

## CAPÍTULO 01. OS CAMINHOS DA SUJEIÇÃO: *o pareamento do discurso psiquiátrico com o discurso heteronormativo*

*[...] o desenvolvimento que neste século crescerá, dos meios de agir sobre o psiquismo, uma manipulação combinada das imagens e paixões já utilizada com sucesso contra nosso julgamento, nossa resolução, nossa unidade moral, darão ocasião para novos abusos do poder. (LACAN, J. 1986)*

Neste primeiro capítulo, faremos um percurso pelo dispositivo psiquiátrico, considerando as condições de existência fabricadas por instituições responsáveis pelo controle [escola, prisões, hospitais]. Por meio de métodos pedagógicos construídos pela “confissão”, esse controle organiza-se em categorizações e divisões homologadas institucionalmente, que generalizam e constroem identidades, reduzindo as manifestações mais ímpares e retificando lugares possíveis que são apagados por uma limitação produzida por essas identidades – esse processo será aqui tratado pelo conceito de sujeição.

### 1.1. DISPOSITIVO PSIQUIÁTRICO: *o uso disciplinar como método de controle*

Para chegarmos ao conceito de sujeição, será necessário traçarmos um caminho que nos permita argumentar em como as instituições de saúde – principalmente as de cunho psiquiátrico – tornam-se responsáveis pelos métodos de controle no que tange a saúde mental e, mais especificamente, responsabilizam-se por construir lugares para as sexualidades necessárias de controle, estabelecendo padrões de normalidades e anormalidades. Ao longo da história, o dispositivo psiquiátrico foi tomando força e estabelecendo a heteronormatividade como crivo de normalidade, definindo, assim, sexualidades normais e anormais – e porque não dizer sexualidades “patológicas”. Inicialmente, para aprofundarmos essa questão, recorreremos à noção de *dispositivo* proposta por Foucault (1975/2015), bem como àquela elaborada, a partir das considerações de Foucault, por Agamben (2005) em uma conferência “O que é um dispositivo?”.

Agamben (2005) pontua que o termo dispositivo aparece em seu estado bruto *em Ditos e Escritos III*, recortando três pontos (Foucault, 1977, apud Agamben, 2005, p. 299):

*(1) O que eu estou tentando repetir com esse nome é, em primeiro lugar um conjunto decididamente heterogêneo, incluindo discursos, instituições, instalações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais e filantrópicas, em resumo: do dito assim como do não dito, estes são os elementos do dispositivo. O dispositivo em si é a rede que é estabelecida entre esses elementos [...]*

*(2) [...] por dispositivo, quero dizer uma espécie de certificado de treinamento que no momento dado tinha principal função de responder a uma emergência. O dispositivo, portanto, tem uma função estratégica dominante [...] O dispositivo é sempre inscrito em um jogo de poder.*



(3) [...] *O que eu chamo de dispositivo é um caso muito mais geral do que a episteme. Ou melhor, que a episteme é um dispositivo especialmente discursivo, ao contrário do dispositivo que é, discursivo e não discursivo. (1977, vol. 3, p. 299 – tradução livre)*<sup>4</sup>.

Explanaremos esses três pontos, juntamente com nosso objeto de análise: os DSM (Diagnostic And Statistical Manual: Mental Disorders), publicados em 1952 (DSM I), 1968 (DSM II), 1980 (DSM III), 1994 (DSM IV) e 2008 (DSM V). Para tal análise, consecutivamente à construção de uma leitura acerca do dispositivo, extrairemos recortes das introduções dos manuais (onde contém as justificativas da criação desses manuais, o procedimento da construções de categorizações e o alcance dos manuais nas mais diversas esferas dos campos institucionais). E, após, realizaremos uma análise dos endereçamentos dado aos corpos marcados pela questão transexual contidos no DSM. Vale ressaltar aqui, que, neste momento do trabalho, trataremos o conceito de transexualidade construído dentro do discurso médico, que aparece no DSM como: *travestismo, transexualismo, transtorno de identidade e disforia de gênero*.

Autorizados pelo processo de escrita, iniciaremos nossa análise a partir do ponto (2): o dispositivo advém de dois momentos em um espaço de um tempo, ele advém primeiro de uma emergência – um sintoma no *corpo social* – e, posteriormente, assume um caráter dominante, inscrevendo-se em um jogo de poder. A publicação da primeira edição do DSM, em 1952, representa um ato inaugural para a apreensão psiquiátrica do psiquismo – da sexualidade, considerando que as nomenclaturas foram baseadas nos estudos referenciados à psicanálise. Será por meio dessa apreensão, que se postulará uma primeira estabilização nominal de sintomas das doenças mentais e, assim, modos de capturas de corpos generalizados em uma redução nosográfica: o **sujeito**<sup>5</sup> “errante”, com o advento do dispositivo médico, é, portanto, um sujeito marcado pela necessidade de tratamento e, implicitamente um sujeito atravessado por uma idealização de uma normalidade.

No início do Século XX, cada centro de estudo médico-psiquiátrico estadunidense possuía um sistema próprio de classificação e método, cada um atendendo sua demanda

---

<sup>4</sup> **No original:** (1) *Ce que j'essaie de repeter sous ce nom, c'est, premierement un ensemble resolutment heterogene comportant des discours, des institutions, des amenagements architecturaux, decisions reglementaires, des lois, des mesures administratives, des enonces scientifiques, des propositions philosophiques, morales, philantropiques, bref: du dit aussi bien que du non-dit, voila les elements du dispositif. Le dispositif lui-meme c'est le reseau qu'on etablit entre ces elements [...] (2) [...] par dispositif, j'entends une sorte -disons- de formation qui aun moment donne a eu pour fonction majeure de repondre a une urgence. Le dispositif a done une fonction strategique dominante... Le dispositif est toujours inscrit dans un jeu de pouvoir [...] (3) [...] Ce que j'appelle dispositif est un cas beaucoup plus general que l'episteme. Ou que plutt l'episteme c'est un dispositif specialment discursif, a la difference du dispositif qui est lui, discursif et non discursif. 1977 (Dits et ecrits, 3, p. 299).*

<sup>5</sup> Aqui trataremos a questão de sujeito, proposta por Agamben (2005) em que o [...] *sujeito é o que resulta da relação e, por assim dizer, do corpo-a-corpo entre os viventes e os dispositivos. Naturalmente as substâncias e os sujeitos, como na velha metafísica, parecem sobrepor-se, mas não completamente. Neste sentido, por exemplo, um mesmo indivíduo, uma mesma substância, pode ser o lugar dos múltiplos processos de subjetivação (AGAMBEN, 2005, p.13)*

específica. Devido à falta de alternativas, os materiais criados pelos centros de estudos eram usados por todo território estadunidense – geralmente, por profissionais que recebiam treinamentos nesses centros – fazendo com que uma mesma patologia fosse diferentemente nomeada dependendo do centro de estudo de referência. Assim, de acordo com a APA (American Psychiatric Association), *modificações nos termos nosográficos tornavam-se necessárias, pois essa poliglossia de classificação diagnóstica bloqueava a comunicação e o levantamento estatístico que pudesse traçar uma estratégia de contorno desses corpos.* (DSM I, 1952).

A partir de investimentos governamentais, juntamente com Comitê de Higiene Mental, a APA assumiu a responsabilidade de futuras publicações de manuais estatísticos: os DSMs, possibilitando, assim, uma *representação nacional da sociedade* [the representative national society] (DSM I, 1952). As condições de emergência, que evidenciaram essa necessidade da classe médica, deram-se com o início da Segunda Guerra Mundial (1938-1945), ocasião em que psiquiatras, civis e militares estavam utilizando o nome apropriado desenvolvido anteriormente pelas nomenclaturas dos centros de estudos. Porém, esse sistema *era por ele mesmo previsível em suas dificuldades [...] e elas apareceram*<sup>6</sup> (DSM I, 1952). As consequências do período pós-guerras produziu um aumento significativo de casos psiquiátricos – principalmente no que diz respeito aos transtornos de humor. Com isso, os psiquiatras se veem frente ao residual psicológico ocasionado pela guerra: suas vítimas começaram a apresentar várias formas de transtornos mentais e a psiquiatria não tinha uma metodologia específica que atendesse a essa demanda. Devido a esse fato, teorias como a Psicanálise começam a ganhar força no campo da psiquiatria – principalmente sob a influência dos profissionais emigrados da Europa. (CAPONI, 2011). Esses novos saberes abrem caminhos para uma necessidade de propor a “higiene mental” e contabilizar as causas de mortalidades, já que essas situações evidenciavam-se mais nos militares do que nos civis – havendo um proporcional de 90% de doenças sem diagnóstico (DSM I, 1952).

Desta forma, a fim de dar um direcionamento para esses casos não diagnosticados, criou-se um manual – que foi amplamente divulgado nas instituições de saúde do governo Estadunidense. Um ponto crucial para avaliar as iniciativas de construção desses manuais é considerar de onde originam suas demandas: eles eram financiados majoritariamente pelas associações de Veteranos de Guerra, pelas Forças Armadas estadunidense e endossado pelos órgãos públicos de saúde mental e pela Associação Americana de Psiquiatria (APA). Com seus saberes científicos, eles preenchem um lugar de resposta ao residual das guerras mundiais, ou seja, o DSM recorta um campo marginalizado, nomeando-o de “transtornos de personalidade” e as “reações transitórias [transiente] em situações de estresse” – o que mais tarde virá a ser chamado de Transtorno de Ansiedade Pós-Traumático (DSM, 1952). Ou seja,

---

<sup>6</sup> No original: *this system was in itself predictive of the difficulties which would soon be encountered.* (DSM I, 1952)

um manual estatístico dos transtornos mentais, onde estatísticas assumem um signo de sintomas passíveis de classificação, engendrados no discurso patológico – os transtornos [disorders] – e, consecutivamente, uma estratégia de ação de “cura”, ou, ao menos, uma (re)estabilização da ordem, convocando a um processo de normalização dos corpos.

Se retornarmos ao ponto (1) destacado por Foucault (1977 *apud* Agamben 2005) o disposto se sustenta por uma rede composta pelos seguintes elementos: discursos, instituições, instalações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais e filantrópicas, em resumo: *do dito, assim como do não dito*. Cabe aqui pensar, nos “aparelhos disciplinares” e como esses assumiram seus lugares na rede de elementos do dispositivo e como fundaram os processos de normalização. Foucault (2010[1975]) irá pontuar que é próprio do saber médico um certo tipo de poder, pois ele é convocado a responder em diversas esferas de nossa sociedade [jurídica, política, social], principalmente no campo jurídico. Devido a esse poder, seu saber [corporificado nos laudos médicos] é carregado de valores que determinam qual corpo corresponde ao normal e ao patológico, anormal, errante – é por isso que muitos transexuais, antes do decreto<sup>7</sup> proposto pela presidenta Dilma Rousseff, necessitavam de um laudo psiquiátrico e psicológico para conseguir o direito de retificação do nome social. Então é a partir dessa *emergência do poder de normalização*, que é possível pensar *a maneira como ele se formou, sem jamais se apoiar numa só instituição, mas pelo jogo que conseguiu estabelecer entre diferentes instituições*, estendendo sua soberania na sociedade (FOUCAULT, 2010 [1975], p. 23). Compreendemos assim que, conforme as relações de poder a prática de normalização dos corpos será uma prática soberana com o **propósito de controle**, principalmente no que diz respeito aos corpos em “desordem”, “transtornados”, “errantes” e “disfóricos”.

Essa ideia de controle sobre os corpos não é algo novo na prática médica, em *Os Anormais*, Foucault (2010a [1975]) irá pontuar duas práticas de controle, que de alguma maneira, com mais ou menos intensidade e/ou elaboração ainda persistem nos dias atuais: (1) a exclusão dos leprosos e (2) a inclusão supervisionada do pestífero. Primeiro, durante toda a Idade Média, havia a “exclusão dos leprosos” (BOURGEOIS<sup>8</sup>, 1972 *apud* FOUCAULT, 2010a [1975]), que determinava uma regra restrita de não contato com o sujeito leproso. Havia, *a rejeição desses indivíduos num mundo exterior, confuso, fora dos muros da cidade, fora dos limites da comunidade* (p. 37) destituindo, assim, o lugar jurídico e político desse sujeito. Em suma, havia práticas de exclusão, de rejeição e marginalização – práticas de poder muito similares aplicadas aos corpos marcados pela loucura, pelo desviante, pelo disfórico. Essa prática que

<sup>7</sup> Decreto nº 8.727, de 28 de abril de 2016, que dispõe sobre o uso do nome social e o reconhecimento da identidade de gênero de pessoas travestis e transexuais no âmbito da administração pública federal direta, autárquica e fundacional.

<sup>8</sup> BOUGEOIS, A. *Lépreux et malandriers*. Em: **Mémoires de la commission départementale des monuments historiques du Pas-de-Calais**, XIV/2, Arras, 1972

foi reforçada pela administração real, aos poucos foi dando lugar a uma nova forma de controle que é possível ver quando se tratava do controle da peste, instaura-se assim um determinado policiamento das cidades empesteadas, que abarca desde o olhar da sociedade (dos cidadãos não empesteados) até as medidas de ação dos responsáveis administrativos. Por exemplo, havia as sentinelas que investigavam os novos casos de pestes, que reportavam aos responsáveis dos bairros, que ao receberem toda informação reportavam aos responsáveis pelo distrito, que repassavam ao responsável pela cidade – nesse processo, construíam-se lugares destinados tanto ao sujeito que possui a doença como para aquele [sociedade] que ficou na responsabilidade de notificar a doença. Assim, é possível ver ascender um poder contínuo em seu exercício de vigilância. Nesses dois casos, a ação que envolvia governo-instituição-sociedade visava estabelecer uma normalização dos corpos adoentados, e com o avanço das práticas psiquiátricas foi possível usar as mesmas técnicas de controle do psiquismo, ou seja, o psiquismo também passa por seu processo de normalização no final do século XIX, e vem tendo suas imbricações e cotejamentos ainda nos dias atuais. A existência de uma ideia de normalização apenas é possível com uma determinada condição: a norma. Ela não pode ser definida como uma lei natural, ao contrário, a norma é marcada *pelo papel de exigência e de coerção que ela é capaz de exercer em relação aos domínios a que se aplica* (CANGUILHEM<sup>9</sup>, 1966 *apud* FOUCAULT, 2010a [1975], p. 43). Desta forma, a norma é carregada de uma ambição de poder, *ela não é apenas um princípio, ela é um elemento a partir do qual certo exercício de poder se acha fundado e legitimado* (p. 43). E ademais, a norma demanda ao mesmo tempo um princípio de correção e qualificação, a ela não se atribui a função de exclusão, mas sim uma técnica positiva de intervenção e transformação, ou seja, uma forma de poder normativo.

Esse processo médico, que estabilizará normas – para um processo de normalização – também se estendeu para os manuais. Com seleção dos termos adequados para cada diagnóstico, o Comitê da APA escolheu termos que facilitaram ao máximo a comunicação entre os psiquiatras a fim de diminuir as ambiguidades na construção de um diagnóstico. De acordo com APA:

*Os racionalistas podem estar propensos a acreditar no velho ditado de que "uma rosa com qualquer outro nome cheiraria tão doce"; mas psiquiatras sabem muito bem que fatores irracionais desmentem sua validade e que rótulos condicionam nossas percepções (DSM II, p. 8 – grifo dos autores)<sup>10</sup>.*

E a fim de diminuir a quantidade de rótulos poliglósticos, foi possível com o DSM III (1980) a realização de uma força-tarefa [Task-force] que visava uma revolução em três

---

<sup>9</sup> CANGUILHEM, G. **Le Normal et le Pathologique: Nouvelles Réflexions concernant le normal et le pathologique**, PUF/Quadrige, Paris, 1966.

<sup>10</sup> No original: *Rationalists may be prone to believe the old saying that "a rose by any other name would smell as sweet"; but psychiatrists know full well that irrational factors belie its validity and that labels of themselves condition our perceptions. (DSM II, 1968).*

níveis: (1) a estrutura conceitual: criando uma homogeneidade diferente das classificações anteriores presentes nos livros-texto clássicos majoritariamente utilizados na clínica psiquiátrica, propondo não apenas uma nomenclatura única, mas sobretudo, uma *única lógica classificatória*; (2) a hegemonia dos campos de saberes concorrentes: representando uma ruptura com a abordagem psicanalítica dominante no âmbito da psiquiatria norte-americana; e, por fim, (3) as representações sociais relativas ao indivíduo moderno: forjando não apenas novas concepções sobre o normal e o patológico, mas também participando do engendramento de grupos identitários (RUSSO e VANANCIO, 2006). Ademais, foi necessária uma participação dos vários campos de conhecimento – principalmente da psicologia e da epidemiologia – com os objetivos de: (a) fazer com que o DSM tivesse uma utilidade clínica capaz de auxiliar nas decisões do tratamento e gestão em vários campos clínicos, (b) confiabilidade das categorias de diagnósticos, (c) aceitabilidade para os clínicos e pesquisadores de orientações teóricas variadas, (d) utilidade para educar os profissionais de saúde, (e) manter a compatibilidade com as nomenclaturas internacionais (CID), (f) evitar a introdução de novas terminologias, exceto quando necessário – como será possível ver para os sujeitos marcados pela questão transexual, que teve sua reformulação em quase todas as edições do DSM, (g) consenso crescente sobre os significados dos termos diagnósticos que são utilizados de forma inconsistente, evitando o uso dos que tenham real utilidade, (h) consistência com os dados das pesquisas feitas pelos institutos acerca da validade das categorias diagnósticas, (i) adequação para descrever assuntos em estudos de pesquisas e (j) dar respaldo, durante a produção dos DSM, às críticas de médicos e pesquisadores.

Será a partir do DSM III (1980) que os autores irão se posicionar como uma corrente “a-teórica” no que diz respeito à etiologia dos transtornos mentais; porém, é possível ver em seu discurso uma articulação com a teoria comportamental, pois devido a um distanciamento das teorias psicanalíticas, nesta ocasião os sintomas são lidos a partir de **padrões comportamentais**; criando, uma nova concepção da linha divisória do normal e patológico (DSM III, 1980). Podemos considerar, então, que o DSM se torna um material pedagógico, que vai disseminar leituras de subjetividades e ratificar o lugar de poder do discurso psiquiátrico.

Então, pensar o dispositivo na obra foucaultiana é pensar numa descrição genealógica do poder. Ou seja, é pensar o modo como ascende um poder e a sua relação com discurso (seja ele dito ou não). Com isso, adentraremos no ponto (3) para pensar um passo para além da episteme produzida pelos manuais, e sim para refletir sobre o lugar da psiquiatria nas relações de poder. Em *O Poder Psiquiátrico*, Foucault (2006 [1973/74]) constrói uma analítica do poder, que irá detalhar as práticas e enfrentamentos reais que fazem emergir os discursos determinantes para a ascensão do poder psiquiátrico como saber médico teórico e profissional. Retrata um estudo genealógico sobre a prática psiquiátrica, visando relacionar,

então, como se instauraram o saber e a instituição psiquiátrica, no início do século XIX, *a partir de todo um jogo de forças e verdades lapidadas, principalmente, no século precedente, que só foram possíveis pela empreitada do poder nos asilos e nas práticas que remetem ao tratamento, à captura e sujeição dos loucos dentro e fora dessas instituições* (BENINI, 2008).

Porém, foi necessário deslocar a ideia de poder para uma instância mais simbólica, ou seja, a “violência” a apresentava nos sistemas asilares do “louco” e foi preciso o instalar de uma conotação outra, que fosse capaz de dar conta de uma produtividade sobre todas as instituições possíveis, materiais ou não – asilos, hospitais, indivíduos, família, doentes, médicos, enfim, sobre todo o corpo físico e de pensamento da sociedade. O corpo e a célula de consciência sofrem determinada capturas a fim de categorizar o louco, o errante:

*[...] certa captura da atitude do sujeito, da consciência, da vontade do sujeito no próprio interior do seu corpo”. Quer dizer, a “[...] diferença clínica de desempenhos entre diferentes níveis de comportamento, permite a análise clínica do indivíduo no próprio nível da sua intenção [...] (FOUCAULT, 2006 [1973-74], p. 393).*

A prática psiquiátrica, principalmente após o fim o séc. XIX, estabelece uma séries de determinações na tentativa de: controlar modos de ser, implantar coações morais e obediências. Com o intuito de estabelecer a marca da diferença do normal e do patológico (BENINI, 2008). A loucura/anormalidade, então, passa a ser discursivizada como própria àquele sujeito alienado, fora de um mundo real, um sujeito ausente de realidade, que será sobredeterminado pelos mecanismos responsáveis da sociedade, pareando, assim, um dispositivo disciplinar a ser implantado nas instituições com relevância social (os asilos, os hospitais psiquiátricos, entre outros). Esses espaços institucionais foram preenchidos por saberes que registraram, ordenaram, categorizaram, distribuíram todas as recentes descobertas sobre a anormalidade, de modo que regulou, estrategicamente, a verdade que era posta pelo paciente e a realidade esperada pelo médico. Se ,por um lado, a psiquiatria a princípio era uma prática marginalizada – que também dava conta de objeto como tais, que buscava estabelecer seu poder no mundo do dispositivo médico por meio do sujeito errante –, por outro lado, adquiriu sua força à medida que começou a estabelecer um bem para a sociedade, pois dava conta dos sujeitos errantes por meio das práticas de internamento e de disciplinamento das instituições responsáveis: ao afastar esses sujeitos marcados pelo erro, pela anormalidade, pela loucura a sociedade não precisava mais lidar com essas diferenças que promoviam o incômodo – o corpo social não mais está permeado pelos corpos patológicos.

Essa escalada da Psiquiatria trouxe à tona

*a necessidade de se deduzir a loucura à realidade de um mundo potencializado por uma verdade-conhecimento (científica e demonstrável) que supõe a existência de uma verdade universal em toda parte o tempo todo e não, ao contrário, uma verdade-acontecimento (local e transitória realizada no fenômeno, em si, do ato enlouquecido* (BENINI, 2008).

Esse deslocamento da questão da verdade de vida de cada indivíduo permeado pela loucura para uma posição passiva, que advém de um saber estabilizado, possuindo uma matriz sobre a realidade desses sujeitos, dá, então, o tom para o avanço da prática psiquiátrica propriamente dita.

Porém, essa prática como espaço de dominação e capturas de subjetividade não seria possível sem um engendramento do poder disciplinar. Foucault (2006 [1973/74]) também enfatizará no curso *O poder Psiquiátrico* a importância das disciplinas e como essa foi a matriz política das ciências humanas. O avanço das ciências humanas culminou nos preenchimentos estratégicos das instituições que regulavam o corpo – espaço até então direcionado a uma pedagogia familiar – criando assim a função-psi, isto é, *um conjunto de práticas que remetem o indivíduo ao social, fazendo com que sua existência seja constantemente organizada e produzida como uma verdade desejada* (BENINI, 2008). Por exemplo, o infantil será coordenado por uma pedagogia de separação das crianças ditas normais, e das “idiotas, retardadas e imbecis”, imprimindo um padrão comportamental esperado do desenvolvimento infantil e, consecutivamente, um curso de normalidade – ou não – em que cada sujeito era inserido. (FOUCAULT, 2006 [1973/74]). *O poder psiquiátrico é esse suplemento de poder pelo qual o real é imposto à loucura em nome de uma verdade detida de uma vez por todas por esse poder sob o nome de ciência médica, de psiquiatria.* (FOUCAULT, 2006 [1973/74], p. 164-5).

Então, é passível de entendimento que tal poder é constituído mais por um enodamento de manobras, táticas e gestos do que necessariamente por um investimento propriamente médico. Até o Século XIX o poder psiquiátrico não possuía um corpo anatômico ou neurológico como a medicina clássica, então, foi preciso sair da dicotomia louco/não-louco. Para tanto, necessitaria dos mesmos instrumentos que a medicina, ou seja, um quadro de patologias e de realizar aferições que apontassem para a existência do diagnóstico diferencial entre as doenças, essas estratégias permitiriam uma ratificação do exercício do poder da psiquiatria. Grosso modo, foi essa operação que fez com que o médico/psiquiatra pudesse apresentar uma *prova psíquica da lesão mental* [dispositivo neurológico], diferentemente da medicina clássica que destrinchava os corpos em uma prática anatomopatológica. O que o dispositivo da psiquiatria buscava foi operar uma cisão binária entre loucura e normalidade; assim o fez, de forma complexa e potencializada, através de todo um campo de conhecimento entre poder-saber que retira a loucura de seu estatuto de existência emancipada e a coloniza no discurso e na prática de uma ciência de demonstração da verdade que reverbera, não somente na psicanálise e na neuropatologia, bem como no incremento dos códigos e manuais de classificação da nosografia psiquiátrica que patologizaram a loucura e desenharam as subjetividades sujeitadas (FOUCAULT, 2006 [1973/74]).

Com isso, é possível ver que o DSM é um **sintoma do discurso psiquiátrico**, pois carrega em si – explicita ou implicitamente – as formas de capturas subjetivas para a construção de um paciente psiquiátrico, com seu “desajuste”, sua “disforia”, seu “transtorno” e, propõe a esse corpo uma forma de direcionamento, tratamento, “cura”. De acordo com Foucault (2006[1973/74]), é possível pensar numa relação entre poder e psiquiatria [ou as “funções-psi”, que envolvem a psiquiatria, a psicologia e a psicanálise] por meio de três vieses: (i) a violência (mesmo que não física), (ii) a instituição e (iii) a família (a manutenção de seu bem estar), ou seja, a difusão dos discursos prescritivos, que homologados por instituições, vai constituir jogos de verdades sobre esses sujeitos “errantes”. E, para que estes jogos tenham sua validação, o corpo (seja do paciente psiquiátrico já de fato, ou daqueles que são submetidos à vigilância por apresentar uma categoria “errante”) torna-se o principal instrumento da regulação do poder, pois é nele e com ele que será possível a construção da relação de saber e poder da psiquiatria. Com o DSM, é possível ver como a nova doutrina psiquiátrica, iniciada no Séc. XIX, tem a sua interpelação nos manuais, pois os corpos transtornados advindos das guerras demandam um tratamento – direcionados à instituição militar, que vai encontrar seu respaldo nas associações psi e nas repartições governamentais responsáveis pelas questões salutaras – e, assim tornam-se objeto de estudo da psiquiatria, que em muitas vezes não se constrói a partir de uma perspectiva ética. Então, é possível ver como os discursos vão se homologando e a visão da psiquiatria se reafirmando nos mais diversos campos, devido a um *preenchimento estratégico* para aqueles transtornos até então sem nenhum lugar.

## **1.2. A TRANSEXUALIDADE NAS AMARRAS DO DISCURSO PATOLOGIZANTE: o laço com o discurso heteronormativo**

Desenvolvida a ideia de dispositivo, pode-se perceber que os lugares destinados aos sujeitos marcados por um corpo errante, a partir de seus sintomas, serão classificados e endereçados a uma determinada patologia, ou seja, um performativo – carregado por um rol de comportamentos – é o determinante para ocupar um específico lugar dentro das amarras do discurso médico. Como coloca Agamben (2005, p.14), *todo dispositivo implica, com efeito, um processo de subjetivação*, que denuncia não apenas um método de controle colocado por forças governamentais, mas também como um exercício da violência. Seria essa violência dentro do dispositivo médico a insistência de criação de categorias patológicas que classificam comportamentos e generalizam corpos sem considerar minimamente uma implicação subjetiva nas expressões de comportamento? Quando corpos são inseridos em uma sociedade disciplinar, os dispositivos almejam, por um rol de práticas e discursos, a criação de corpos



dóceis, *que assumem a sua identidade e a sua "liberdade" enquanto sujeitos no processo mesmo do seu assujeitamento [sujeição]* (AGAMBEN, 2005).

Como já apontado anteriormente, o objetivo deste capítulo é construir um caminho teórico/analítico do conceito de **sujeição** elaborado por Foucault, em *Vigiar e Punir* (2014[1975]), e associá-lo com a construção dos lugares destinados, pelo discurso médico, aos corpos marcados pela questão trans. Por ora, é possível perceber que os dispositivos endereçam lugares aos corpos tocados pelos mesmos, então o conceito de sujeição é usado para pensar o corpo como um *investimento político* ligado, por meio de relações complexas e recíprocas, à sua utilização econômica, ou seja, um corpo aprisionado em um sistema de identidades<sup>11</sup>. Então, cabe-nos perguntar, como se deu esse processo de sujeição – incorporado pelo dispositivo psiquiátrico, e homologado pelo discurso político – no que tange à sexualidade humana, e principalmente aos corpos marcados pela questão transexual?

Em 2015, os cinemas de várias partes do mundo abriram suas portas para contar a história da primeira transexual a realizar a cirurgia de redesignação sexual<sup>12</sup>: uma cirurgia corretiva – um corpo encontra-se errante. Quando Lili Elbe decide revogar sua liberdade de gênero e demanda ao médico que a *transforme* em uma mulher condizente com seu desejo, revela não só um sujeito movido por um desejo único, enredado pela busca de uma materialização totalmente independente dos caminhos perpassados e praticados até então; mas também, surge um sujeito fora-da-lei, que desnuda pontos de rupturas de estabilizações vigentes, que levanta o véu do recalque e mostra um corpo errante, não resignado pelas convenções sociais, exteriorizando uma nova tradução da sexualidade humana, possuidor de um estilo próprio para seu corpo. Por questões de registros, Elbe carrega a nomeação de ser a primeira mulher quem realizou a cirurgia de redesignação sexual. Seu desejo: tornar-se mulher. Um corpo errante parado pelo seu próprio desejo de tornar-se a mulher esperada. Ao tentar inserir um útero, Elbe materializa sua impossibilidade e, em um último ato, funde-se com a ideia do ser mulher – cedendo enfim a uma construção estabilizada do discurso médico-biológico que porta uma resposta sobre o que seria uma mulher. Sua vida solitária foi marcada por angústias e dúvidas, enquanto sua morte é marcada pela completude do “ser mulher”. Foram necessárias cinco cirurgias, cinco atos em que Lili deu-se a ciência à custa da sustentação pré-estabelecida do que seria ser uma mulher. Hipoteticamente falando, se Lili não estivesse em uma sociedade que não reproduzisse padrões altamente estereotipados, seria

---

<sup>11</sup> Foucault (2002), em *As palavras e as coisas*, irá propor que os grandes quadros do saber são desenvolvidos segundo as formas de identidade e diferença, que em vez de desembocar numa ciência da interpretação, implica numa gênese que ascende formas rudes das capturas subjetivas. É dessa identidade que estamos tratando nessa dissertação, dessa construída de uma forma rude que não passa por um processo de interpretação, mas sim por uma associação do comportamento com a sexualidade.

<sup>12</sup> **The Danish Girl** (A Garota Dinamarquesa) é um filme britânico-americano de drama-pseudo-biográfico, dirigido por Tom Hooper, baseado no romance homônimo de David Ebershoff e inspirado na vida das pintoras dinamarquesas Lili Elbe e Gerda Wegener.

ela permeada por um desejo de transformar-se nessa mulher? E foi exatamente por viver em uma cultura que carrega consigo um grande desejo de normatividade, que Lili foi acolhida como uma das piores feridas infligidas à ordem simbólica.

No entanto, os primeiros artigos acerca do “fenômeno transexual” apareceram nos anos 50, com o psiquiatra Harry Benjamin, que trouxe para o campo nosográfico esses corpos errantes, configurando um sintoma. Esses corpos retornam nos compêndios das áreas psi em sua forma pré-estabelecida. Ao entrar para o campo nosográfico, a transexualidade está automaticamente inserida no campo do **sintoma**, do patológico. Um sintoma a ser erradicado. Um sintoma induzido a retornar a uma ordem. Benjamin (1966) estabelece categorias para um diagnóstico do *verdadeiro transexual*, e propõe a cirurgia como *a única alternativa*. Trata-se de um saber médico criando formas de controles a possíveis destabilizações das normas das construções de gênero. Só há apenas um destino para esses corpos errantes: um retorno ao sexo de origem, novamente fundir-se à concepção do que vinha sendo estabelecido como condizente sobre o sexo. Evidenciando mais uma vez o lugar encaminhado para tais sujeitos: ou fora-da-lei – permeados pelos estigmas da psicose, perversão e aberração – ou cirurgicamente normatizados – permeados pela “cura” desse quadro sintomático.

Ao tornar visível o “verdadeiro transexual”, o que resta para as outras manifestações da sexualidade? Haveria lugar para essas outras manifestações? Quando, o psiquiatra estadunidense Harry Benjamin propõe o termo “*transexualismo*” para designar um distúrbio puramente psíquico da identidade sexual, caracterizado pela convicção inabalável de que um sujeito pertence ao sexo oposto (ROUDINESCO e PLON, 1998), ele não apenas categoriza um sujeito a partir de uma concepção binarista, como também ignora que há um desejo que sustenta esse suposto sintoma do transexualismo, que não pertence a essa concepção binária anatômica.

Tendo como ponto de partida a inserção da transexualidade no campo nosográfico, problematizaremos a construção do ‘sintoma transexual’. Para tal será necessário construirmos quatro pontos principais (1) **A transexualidade e o discurso medicocientífico**: pensar a entrada da transexualidade no campo sintomático é pensar os movimentos que subordinavam as áreas psi, principalmente, à Psiquiatria e à Psicanálise que subsidiaram saberes para as construções dos manuais. É nesse momento que será pensado como os contornos anatômicos foram tomando proporções em que assumiram um lugar principal na categorização dos atos do sujeito: deter um pênis, implica em ser homem e consecutivamente há um hall de ações a executar, o mesmo com a mulher, ao deter uma vagina, é endereçada a reproduzir certos atos. A consolidação do binarismo será o principal ponto de discussão neste momento, pois será por intermédio dele que se inserirá métodos de controle acerca da transexualidade. (2) **Os lugares endereçados aos transexuais nos DSM:**

com a estabilização da visão binária sobre os corpos, aqueles que não se inserem nesse lugar, assumem sua posição de corpos errantes, desviantes, transtornados em sua célula identitária, disfóricos. Assim, ao serem colocados em um lugar sintomático, esses corpos entram num lugar perverso do saber: ser o objeto de poder de um outro [da Psiquiatria e áreas afins]. A transexualidade torna-se então um objeto que será constantemente avaliada, diagnosticada e patologizada. Considerando esse percurso, problematizaremos estruturalmente a divisão normal e patológico e articularemos com (3) **A performatividade e discurso da heteronormatividade**, pensando em como essas construções comportamentos produzem lugares no campo performativo e que vão construindo matrizes identitárias que colocam a heterossexualidade como forma de sujeição. E, finalizaremos com a discussão sobre (4) **os paradoxos da sujeição e a questão transexual**: aqui pensaremos *os processos de subjetivação e de objetivação que fazem com que o sujeito possa se tornar, na qualidade de sujeito, objeto de conhecimento* (FOUCAULT, 2014b, p. 236). Os processos de subjetivação retratam como a construção subjetiva legítima determinados conhecimentos, melhor dizendo, como os corpos retificam determinados lugares na relação sujeito-objeto, estabelecendo, assim, jogos de verdades e fazendo aparecer o lugar de sujeição – a liberdade aprisionada.

### 1.2.1. A TRANSEXUALIDADE E O DISCURSO PSIQUIÁTRICO-CIENTÍFICO

Com os investimentos em pesquisas no enfoque nas ciências biológicas algumas pesquisas tomaram a frente e acabaram alinhando as categorias de gênero numa composição discursiva em que as práticas sociais foram - e, ainda, são - pautadas no interior da norma heterossexual. O chamado “binarismo” realinha a masculinidade e a feminilidade em posições contrárias e as estabiliza. Assim, o final do século XIX é marcado pela construção da heterossexualidade como temos hoje, colocando como objeto de “estudo” - para não dizer, vigilância - as manifestações que apresentavam seus caminhos desviantes.

Segundo Katz (1996, p. XX), *a ideia heterossexual passou de anormal para normal, e de normal para normativa*. O termo heterossexual não era equiparado a sexo “normal”, mas a uma perversão que se manteve na cultura da classe média até a década de 1920. Assim, o motivo pelo qual os heterossexuais eram considerados perversos, era a suposta condição do que foi chamado de *hermafroditismo psíquico*, ou seja, o sujeito heterossexual - do início do Século XIX e no começo do Século XX - inicialmente era considerado aquele que possuía seu desejo sexual por ambos os sexos, um comportamento considerado como um desvio sexual e erótico.

A mudança desse quadro apoia-se nos estudos sobre o binarismo, e começa em 1894, quando o psiquiatra Richard Von Krafft-Ebingn ([1894]1998) passa a considerar heterossexual o indivíduo que detém o desejo por pessoas do sexo oposto, dando vigência à normalidade pró-criativa. A partir desse conceito as outras formas de expressão da sexualidade

passam a ser inseridas no campo do patológico, pois se posicionam contra o paradigma da reprodução. A classificação de Krafft-Ebing (1998) é exatamente o ponto do giro discursivo entre o sujeito heterossexual marginalizado que é visto por estabelecer relações heterogêneas ao padrão, com sujeito heterossexual que, diferente do homossexual, estabelecia relação com gêneros diferentes de seus, e assim, a psiquiatria estaria novamente transformando o cânone da sexualidade.

Com a primeira parte dessa pesquisa foi possível retratar *a formidável extensão do campo de influência da psiquiatria* (FOUCAULT, 2010a [1975]), porém, para que seja possível exercer essa *função geral*, a psiquiatria surge como uma mantenedora do saber sobre a sexualidade e a partir dele efetiva o seu lugar homologado pelas instituições e juntamente carrega teorias como a de Krafft-Ebing.

[...] a psiquiatria não poderá evidentemente exercê-la [função geral], e exercê-la verdadeiramente, a não ser que seja capaz de organizar um campo unitário do instinto com a sexualidade [...] Em suma, é necessário construir não apenas um discurso, mas métodos de análise, conceitos, teorias tais que possamos ir, no interior da psiquiatria e sem dela sair, do auto-erotismo infantil ao assassinato, do incesto discreto e bolinante à grande devoração dos antropófagos monstruosos (FOUCAULT, 2010a [1975], pg. 242 – grifo nossos)

Assim, adentrando na questão transexual e em sua relação com o discurso medicopsiquiátrico-científico, observamos que a transexualidade entra no campo nosográfico de fato, com esse nome, a partir de 1966, com Henry Benjamin. Porém, vale lembrar da hipótese de Leite Júnior (2011) de que a transexualidade teve sua origem no discurso médico com os chamados “pseudo-hermafroditas”, que são as novas entidades conceituais, filhos legítimos da então nascente ciência sexual, integrando-se à *grande família indefinida e confusa dos anormais* (FOUCAULT, 1997<sup>13</sup> apud LEITE JÚNIOR, 2011), por isso que a introjeção do “pseudohermafrodita” – sujeito marcado por uma divisão sexual psíquica, sem a corroboração anatômica – é um passo para as classificações das sexualidades transgressoras.

Nas páginas introdutórias do livro *O fenômeno transexual*, Harry Benjamin (1966) irá pontuar que a construção do sexo pautado na anatomia estaria próxima de seu fim, afinal apenas as construções sociais e legais sobre o sexo permanecem. Enquanto a estrutura anatômica subdivide o ser humano em dois (homem e mulher), Benjamin (1966) acreditava que o sexo podia ser dividido em pelo menos nove categorias: cromossômico, genético, anatômico, gonadal, embrionário, endócrino (hormonal), psicológico e, também, o sexo social, geralmente pautado nos estereótipos de criação. E ele acrescenta, *nenhum desses é fixo ou imutável, exceto o inerente: o sexo genético*<sup>14</sup> (ibid; 1966, p. 9). E ressalta que o mais flexível dos sexos é o psicológico, pois de acordo com muitos psiquiatras, principalmente os psicanalistas, são nas condições da primeira infância que é possível detectar condições desfavoráveis para o

<sup>13</sup> FOUCAULT, M. **Resumo dos cursos do Collège de France**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.

<sup>14</sup> No original: *None of them is fixed and unchangeable except the inherited, genetic sex.*

desenvolvimento normal, tendo assim uma possível justificativa para a produção de corpos “errantes” – onde se encontram os sujeitos transexuais, travestis e homossexuais. De acordo com Benjamin (1966), os transexuais são aqueles que desejam pertencer a um outro corpo, os travestis são apenas “cross-dress”, que se utilizam de artifício de suas vestimentas para poder se distanciar do sexo e gênero que não necessariamente são deles.

Assim, Benjamin (1966) irá balizar o seu estudo pautado no conceito de normalidade do homem e da mulher. Ele pontuará que um homem normal tem sua voz e corpo masculino, uma ampla quantidade de androgenia, potência satisfatória, uma contagem de esperma que assegura a fertilidade, tem uma coerência entre o sexo e gênero, é sexualmente atraído por mulheres, e ficaria horrorizado em vestir roupas femininas ou “trocar de sexo”. Ele é frequentemente marido e pai e trabalha em profissões condizentes com o seu sexo e gênero. Por outro lado, uma mulher dita normal apresenta uma figura oposta: ela sente, parece, age e exerce funções de mulher, não desejando nada mais que isso; geralmente casa e tem filhos, veste-se e maquia-se para ser atrativa para um homem e seu sexo e gênero nunca são questionados pela sociedade ou pela lei. E ele acrescenta que essa “sinfonia dos sexos” é a regra. Porém, é possível considerar que há um distúrbio, dentre eles: transexuais, travestis, eunucóides, homossexuais, bissexuais entre outras variações – encontradas no DSM como “desvios sexuais”. E, ainda, acrescenta que esses desvios sexuais acontecem com mais frequência do que é possível assumir, porém as convenções médicas e o sistema jurídico não dão aberturas para que esses assuntos sejam estudados. E é justamente por esse motivo, que Benjamin (1966) propõe a urgência de um diagnóstico diferencial em que essas categorias mencionadas acima não mais sejam tomadas de uma mesma forma, ou seja, cada categoria necessitaria de um tratamento específico.

Em seu capítulo inicial, ele irá construir uma linha divisória entre a homossexualidade, o travestismo e o transexualismo. Ele diz necessária essa construção, pois muitos médicos ainda não estavam aptos para abordar essas questões que colocam em cheque os problemas sociais que implicam as questões de gênero e sexo e as questões de sexo e gênero em si mesmas. Então, sua construção será tentar traçar uma linha que levará em consideração uma divisão entre sexo e gênero [homossexualidade e a transexualidade] e um problema social que implica as questões de sexo gênero e sexo [travestismo]. Para tal divisão, Benjamin (1966) percorre um caminho já percorrido por médicos alemães e dinamarqueses, que já estudavam sobre os diferentes graus de travestismo – porém, a maioria dos estudos e documentos foram destruídos pelo partido nazista – e, também, já se havia realizado algumas cirurgias intituladas de “correção sexual”. Um dos casos marcantes – que teve uma ampla repercussão midiática – foi o de Christine Jorgensen (1926 - 1989), uma das primeiras pessoas a tornar-se conhecida nos EUA por sua transição, cresceu no Bronx, em Nova York e foi recrutada para o exército em 1945. Depois de retornar do exército, começou a tomar hormônio feminino por conta

própria, sem receita médica. Jorgensen pretendia ir para a Suécia para fazer uma cirurgia, mas durante uma escala na Dinamarca se encontrou com um endocrinologista dinamarquês, o Dr. Christian Hamburger, que prescreveu sua terapia de reposição hormonal. Ela fez a cirurgia de redesignação sexual na Dinamarca. Em 1952, sua história foi parar na imprensa dos Estados Unidos, sendo convidada por inúmeras mídias para falar sobre transexualidade. Ela tinha planejado casar-se após sua vaginoplastia, mas não conseguiu, devido à sua certidão de nascimento ainda colocando-a como do sexo masculino. Vítimas do preconceito, seu noivo perdeu o emprego quando ficaram sabendo do noivado. Ela passou os anos 70 e 80 em universidades falando sobre suas experiências, bem como trabalhando como artista e atriz. E em 1953, inspirado com esse Caso, Henry Benjamin publica no *International Journal of Sexology* um artigo comentando sobre o caso e colocando pela primeira vez o termo “transexualismo”.

Então, os estudos iniciais apontavam uma construção do travestismo associado ao se vestir. O desejo de pertencer a outro sexo demanda uma nova construção sobre o assunto. E será isso que Benjamin abordará em seu livro – o fenômeno transexual -, ele irá se apoiar em duas linhas de pesquisa principalmente:

(1) dos teóricos alemães que irão dividir o travestismo em 3 grandes grupos: (a) no grupo um seriam as pessoas que muitas das vezes seguem a sua vida de uma forma heterossexual, ou seja, que estabelecem relações de uma heterossexualidade considerada normal, como: ter um cônjuge, ter filhos e apenas se utilizar de adereços, do se vestir para satisfazer determinado desejo; (b) as pessoas do segundo grupo teriam as mesmas regulamentações heterossexuais, porém necessitariam de uma modificação corporal, a inclusão de hormônios – ou seja, é possível constatar aí um aditivo emocional, a questão que já não está simplesmente na satisfação com a vestimenta – um fetiche; e o (c) terceiro grupo, nesse estariam aqueles que mais tarde serão categorizados como transexuais, são aqueles que não apresentam nenhuma congruência com o sexo genital e o psicológico, e a modificação demandada é a genital, o que implica num grau severo de transtornos mentais associados. Então, a partir dessa escala é possível perceber um movimento que vai do objeto de fetiche – porém não comprometendo a heterossexualidade normalizada – até a uma mudança corporal radical que coloca em xeque a construção da normalidade, por isso ser tomada por um enquadre patológico, possuindo, assim, sua regulamentação e tratamento.

(2) De acordo com Benjamin (1966), não seria possível abordar a transexualidade e as outras categorias em distinção, sem pensar na escolha do objeto amoroso/sexual. Ele dirá que é nesse ponto que muitas vezes será possível realizar o diagnóstico diferencial. A escala Kinsey (K.S.), foi proposta no livro *Sexual Behavior in Human Male*, onde se elaborou uma escala de sete [0-6] variações entre heterossexuais e homossexuais, sendo que 0 representava o sujeito exclusivamente heterossexual e 6 (seis) representava um sujeito exclusivamente homossexual.

Assim, permeado por essas pesquisas, Benjamin (1966) irá desenvolver o S.O.S (Sex Orientation Scale), apresentado na tabela abaixo:

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

\*See explanation in the adjoining text.  
Type 0: normal sex orientation and identification, heterosexual or homosexual. The idea of "dressing" or "sex change" foreign and unpleasant. Vast majority of all people.

Figura 1. Sex Orientation Scale (S.O.S). BENJAMIN, H. *The Transsexual Phenomenon*. 1966

Benjamin (1966) manteve a ideia inicial do trabalho dos médicos alemães – divisão de três grupos do eixo travestismo-transsexualismo – e os reordenou de acordo com as novas observações clínicas vindas de institutos que estudavam a sexualidade humana (como o hospital Jhon Hopkins, nos Estados Unidos). Essa escala irá avaliar o sujeito marcado pela questão *trans* pelo sentimento do sujeito perante ao gênero, aos hábitos e à vida social – ou melhor dizendo, as modulações sociais do sexo introjetado, o grau de sexualidade – pela Escala Kinsey, e as formas de tratamento: psicoterapia, tratamento hormonal e cirurgia de conversão.

Com isso, foi possível iniciar uma linha divisória entre a homossexualidade, o travestismo e o transsexualismo. A homossexualidade é um problema referente ao sexo, já que afeta duas pessoas, e, na escolha do parceiro sexual, há demanda de uma exclusividade indispensável em relação ao mesmo sexo. O transsexualismo é um problema de sexo e gênero, em que o sujeito está primeiramente preocupado com sua construção corporal, de ser e agir como uma pessoa do sexo oposto, e apenas em segundo plano fica a escolha do parceiro amoroso/sexual. E por fim, o travestismo é um problema social com implicações de sexo e gênero, pois o travesti não demanda um parceiro sexual para o exercício de sua satisfação. Assim, com o trabalho de Benjamin (1966), é possível perceber que o discurso médico, permeado por uma cientificidade utilizada nas ciências naturais, passa a tomar a

transexualidade em contraste com a sexualidade dita normal – já que seu “grupo de base” são as construções subjetivas que visam a heterossexualidade.

Henry Benjamin tornou-se um dos precursores da teoria acerca do gênero<sup>15</sup>, isto é *um conjunto de traços de personalidade e também como uma rede de crenças, sentimentos, atividades, valores e condutas que servem para diferenciar homens e mulheres* (COSSI, 2011). A fragmentação que já era proposta por Benjamin (1966) associando padrões comportamentais a determinado sexo, que então advém a teoria do psicólogo John Money, criador da Clínica de Identidade de Gênero juntamente com o Hospital John Hopkins – lugares perpassados por Brenda/Brian Reimer, caso que traremos no segundo capítulo desse trabalho. De acordo com Money (1981<sup>16</sup> *apud* LEITE JUNIOR, 2011) a questão que as áreas psi deveriam se preocupar seriam com os problemas relacionados à identificação pessoal entre os genitais e o autoconhecimento como homem ou mulher; ademais, ele pontuava que as construções ambientais sobre e homem e mulher são determinantes para esse processo de identificação. Uma das frentes de estudo de Dr. Money era revisar o lugar patológico da homossexualidade do discurso médico, para isso ele radicalizava uma total independência do social com o anatômico, dessa forma ele sustentava que o gênero é determinante em relação ao sexo (JORGE e TRAVASSOS, 2018).

Outro teórico que entra em cena, e que também será citado em diversos laudos médicos e jurídicos sempre que a questão trans é convocada a esses lugares, é o psicanalista californiano, Robert Stoller. Ele irá introduzir o conceito de *identidade de gênero nuclear*:

*É uma convicção de que a designação de sexo da pessoa foi anatômica e psicologicamente correta. É o primeiro passo em direção à identidade de gênero fundamental da pessoa e a conexão em torno do qual a masculinidade e a feminilidade gradualmente se desenvolvem. A identidade de gênero nuclear não implica em um papel ou em relações objetivas* (STOLLER, 1993, p.29).

Com esse conceito, Stoller (1993) irá pontuar que há um gênero que tem a sua influência social, porém há algo de fixo no que tange à construção sobre o corpo, será a partir desse núcleo, estabelecido em sua primeira infância, que será possível advir o “verdadeiro gênero”. Se pegarmos um pouco do percurso de Stoller nos estudo acerca da questão trans, em seu trabalho *Sex & Gender* (1968) ele argumentará pela primeira vez sobre a identidade de gênero, ele estaria imbricado de alguma maneira nas relações estabelecidas nos períodos iniciais da infância, sua influência com o seu estudo é tão grande que os DSM após esse ano

---

<sup>15</sup> Esse conceito de gênero apresentado aqui é um conceito em seu teor “clássico”, estabilizado por um conjunto de ciências humanas. Sua origem vem da sociologia, tendo sua precursora M. Mead (1988), em sua obra *Sexo e Temperamento*, em que ela coloca que *atitudes temperamentais que tradicionalmente reputamos femininas – tais como passividade, suscetibilidade e disposição de acalantar as crianças – podem tão facilmente ser erigidas como padrão masculino e numa tribo, e na outra ser prescrita para a maioria das mulheres, assim como a maioria dos homens* (MEAD, 1988, p. 168), colocando assim, uma dicotomia do comportamento como inato a determinado sexo.

<sup>16</sup> MONEY, J. TUCKE, P. **Os papéis sexuais**. São Paulo: Brasiliense. 1981.



– as três últimas edições – incluíram em suas categorias de transexualidade [transexualismo, transtorno de identidade de gênero e disforia de gênero] um apêndice de investigação dos comportamentos na infância. Em *A experiência transexual* (1975), Stoller apontou que os discursos proferidos nas justificativas para a realização da cirurgia de redesignação sexual – sujeitos anatomicamente normais, sentem-se como membro do sexo oposto e, conseqüentemente, deseja trocar o seu sexo – não provavam nada. Ele apontava que um verdadeiro transexual existia para além da demanda cirúrgica – contrapondo-se com Henry Benjamin (1966) – estava na **convicção inabalável** de *ser mulher no corpo de homem* (STOLLER, 1975).

Stoller (1982 *apud* COSSI, 2011) irá construir dois momentos do processo de construção do gênero. Um primeiro que passa pela via da identidade, que é a estabilização do gênero, é o processo de construção da identidade nuclear de gênero que terá sua estabilização antes do complexo de Édipo – que na psicanálise é o lugar de sexuação ocupado pelo sujeito após introjetar as funções parentais. E em outro momento – pós Édipo – são as identificações, que se relaciona a uma atividade inconsciente na qual o sujeito se apropriasse de aspectos masculinos ou femininos:

*Se meninos, no interior da normal simbiose criança-mãe, identificam-se com suas mães, e se excessiva, prolongada e feliz proximidade produz neles uma extrema feminilidade, o menino que se deve tornar masculino terá de repudiar aquela feminilidade. Mas então a feminilidade (identificação feminina) estará presente não por ser parte da herança biológica da humanidade, mas, antes, porque todos os meninos têm mulheres como mãe (STOLLER, 1982, p.13).*

Dessa forma, as contribuições de Stoller (1968, 1975, 1982) irão pontuar um novo lugar de leitura da transexualidade – mas, como sempre, para o uso científico e não necessariamente para um uso que fosse para um lugar de saída de um corpo errante – um lugar em que há uma dicotomia das identificações, onde muitas das vezes, de acordo com o autor, hospedam o lugar das demandas cirúrgicas e não necessariamente corresponde ao verdadeiro gênero. Pois, para Stoller (*ibid.*) essa sexualidade desenvolvida pelos transexuais passam por um percurso diferente na resolução edípica, se comparada aos sujeitos que não são marcados pela questão trans. Enquanto meninas não-trans identificam-se, voltam-se para seu pai e adotam-no como objeto de amor, as meninas trans parecem exclusivamente preocupadas com os aspectos exteriores do papel feminino – sendo aí o lugar que reside a convicção inabalável. (STOLLER, 1982).

Considerando o tempo destinado à produção dessa dissertação, seria impossível trazer todo o percurso do discurso médico acerca da questão trans. A escolha desses três autores foi devido ao fato de suas ideias reformularem as construções das formas de capturas acerca da transexualidade: com Henry Benjamin temos a construção do termo transexualismo que visava a busca do verdadeiro transexual, que era o sujeito não congruente com o sexo

anatômico e suas outras fragmentações do sexo, principalmente o social. Já com Stoller é possível ver uma divisão nas questões que devem ser abarcadas desse sujeito errante, que não está em suas identificações, mas sim em sua identidade nuclear do gênero; é na busca do verdadeiro gênero que pautará suas considerações, dessa forma ele revisa o lugar da cirurgia no processo de tratamento do transexualismo, derivando assim, uma nova captura: o transtorno de identidade de gênero. E, por fim, temos a concepção de John Money, que tenta fazer um corte radical, apontando uma construção completamente bancada pelo lugar do comportamento, será a partir desses comportamentos que não correspondem ao lugar de gênero que ele irá propor uma leitura de corpos nomeada de disforia de gênero. Porém, o que fica válido flagrar nesse processo de cientifização/medicalização/patologização da transexualidade é o uso do sujeito transexual para a construção de estabilizações e categorizações dos modos de captura da transexualidade, é por meio do processo de “confissão” estimulado pelo formato do discurso médico e usado para qualificar outros corpos que não necessariamente correspondem subjetivamente falando às construções feitas pelos sujeitos ouvido na construção desse trabalho. Haveria, desta forma, no discurso psiquiátrico-científico um lugar de impossibilidade de apreensão de uma sexualidade subjetiva?

### 1.2.2. OS LUGARES ENDEREÇADOS AOS SUJEITOS TRANSEXUAIS NOS DSM

Partindo do percurso construído no tópico anterior, é possível perceber que essas correntes de saber vão engendrando nos discursos outros e adquirindo um status de científico, que estabelece uma certa pedagogia dos corpos – almejando como efeito a criação de corpos dóceis. Será por meio de saber científico que os corpos errantes serão marcados pelos estigma da anormalidade, e os mesmos farão parte dessa ciência, todavia essa participação é com determinado silenciamento/apagamento. Nesse momento, traremos as entradas das categorias que bordeiam a transexualidade dentro do discurso médico e juntamente alguns efeitos desses manuais no que tange ao corpo marcado pela questão trans.

Iniciaremos com o DSM I e II, apesar de não tem a marca da transexualidade ainda muito bem delimitada pelo conhecimento médico – por ainda não possuir os estudos de Henry Benjamin (1966) – trazem na categoria *Desvio Sexual* [sexual deviation], o termo *travestismo* [transvestism] – que consideraremos aqui como um **espectro** do termo transexualismo:

*Este diagnóstico é reservado para os desvios sexuais que não são sintomas relacionados a outras síndromes, como esquizofrenia e reações obsessivas. O termo inclui, na maioria dos casos já classificados como “personalidade psicopatológica com sexualidade patológica”. O diagnóstico se*

*especificará de acordo com o comportamento patológico como homossexualidade, travestismo, pedofilia, fetichismo e sadismo*<sup>17</sup> (DSM I, 1952)

Nesse primeiro momento, podemos pensar que o termo “trans” está relacionado a um tipo específico de comportamento, porém, o DSM ainda não estava preocupado com a inserção descritiva sobre o travestismo, as inscrições das categorias apontavam mais uma necessidade de classificação dos “comportamentos patológicos” do que realmente uma prescrição investigativa de tal “fenômeno”. Assim, nesse momento o termo *trans-vestism*, que na tradução para o português fica travestismo, assumirá um lugar de possibilidade frente a um diagnóstico diferencial: são pacientes que possuem um distúrbio no que tange às questões exclusivamente da sexualidade, ou seja, essas poucas linhas em que aparece esse corpo sexualmente errante são efeitos dos estudos de Magnus Hirschfeld, que nos anos de 1926 a 1930 publicou um trabalho intitulado *Sexual Knowledge*. A obra de cinco volumes vai abordar diversas disfunções e transtornos sexuais, e no seu segundo volume é dedicado ao diagnóstico diferencial entre homossexualidade e o fenômeno de cross-dresser, que foi intitulado *The Transvestites The Erotic Drive to Cross-Dress* (1927), nesse trabalho o foco de Hirschfeld (1927) era trabalhar um diagnóstico diferencial dos sujeitos afeminados e, principalmente, a escolha do objeto amoroso. Será essa escolha o primordial para a distinção de um travesti homossexual, um heterossexual e um fetichista? Independente das definições proposta em cada uma dessas categorias, o que estava em voga era a classificação desse fenômeno que transitava e desafiava os contornos anatômicos, ou seja, os estudos direcionavam o seu olhar para aquele corpo fora da matriz heterossexual.

Esses estudos promoveram deslocamentos do termo “trans”, que veio a sofrer uma alteração na segunda edição do DSM, publicado com 1968:

*Essa categoria é para os indivíduos cujos interesses sexuais são direcionados principalmente a objetos que não sejam pessoas do sexo oposto, em direção a atos sexuais que geralmente não são associados ao coito, ou ao coito realizado em circunstâncias bizarras como na necrofilia, pedofilia, sadismo e fetichismo. Mesmo que muitos encontrem suas práticas desagradáveis, eles permanecem incapazes de substituir o comportamento sexual normal por eles. Este diagnóstico não é apropriado para indivíduos que performem atos sexuais desviantes porque os objetos sexuais normais não estão disponíveis para eles*<sup>18</sup>. (DSM II, 1968)

<sup>17</sup> No original: *This diagnosis is reserved for deviant sexuality which is not symptomatic of more extensive syndromes, such as schizophrenic and obsessional reactions. The term includes most of the cases formerly classed as "psychopathic personality with pathologic sexuality." The diagnosis will specify the type of the pathologic behavior, such as homosexuality, transvestism, pedophilia, fetishism and sexual sadism (including rape, sexual assault, mutilation).*

<sup>18</sup> No original: *This category is for individuals whose sexual interests are directed primarily toward objects other than people of the opposite sex, toward sexual acts not usually associated with coitus, or toward coitus performed under bizarre circumstances as in necrophilia, pedophilia, sexual sadism, and fetishism. Even though many find their practices distasteful, they remain unable to substitute normal sexual behavior for them. This diagnosis is not appropriate for individuals who perform deviant sexual acts because normal sexual objects are not available to them.*

Apesar da denominação do termo “trans” permanecer praticamente a mesma – se comparado à primeira edição do manual – nessa nova forma de inscrever e escrever o corpo marcado pela questão transexual vale ressaltar dois pontos:

- (1) A explicação do que seria a normalidade: a sexualidade direcionada a pessoas do sexo oposto, construindo, assim, uma normalização da heterossexualidade, ou seja, a heterossexualidade será o crivo que embasará a classificação e consecutivamente, a patologização. Desta forma, a homossexualidade, fetichismo, pedofilia, travestismo [*transvestitism*], exibicionismo, voyeurismo, sadismo, masoquismo são considerados sexualidades desviantes, fora da normalidade, isto é, são práticas que não visam à reprodução, ao coito ou ao coito com objetos apropriados;
- (2) Os casos em que não estão disponíveis aos sujeitos os “objetos sexuais normais” não pode ser aplicado o diagnóstico de “transtorno de personalidade com desvio sexual”. Desta forma, os sentidos produzidos no DSM é que nem toda “sexualidade desviante” é patológica em nível de uma desvio que tange a personalidade; porém, provavelmente, esse sujeito (não apresentado aos objetos sexuais normais) será associado a um outro tipo de transtorno, provavelmente a esquizofrenia ou reações obsessivas, como já apontado no DSM I.

Serão com esses manuais que a psiquiatria, durante os períodos de 1952 até o fim dos anos 70, solidificará as formas de controle de corpos e dos exercícios da sexualidade. Porém, o distanciamento dos manuais com a prática clínica começou a tornar-se mais evidente, o termo *travestismo* [*trans-vestism*] será mantido em alguns casos – aqueles que são permeados por um desvio sexual e nasce o termo *transexualismo* – criado por Henry Benjamin (1966) como já apontado anteriormente. O procedimento cirúrgico de correção de corpos passa a ser uma realidade e uma estratégia de ação de um “novo” diagnóstico diferencial. Basicamente, a cirurgia corretiva restituía os corpos errantes, endereçando-os a uma conjunção coerente entre sexo anatômico e sexo social [gênero]. A cirurgia ao mesmo tempo em que reforçava a ideia de uma normalidade acerca do sexo [sexo e gênero são necessários serem condizentes], mostra uma impossibilidade de sustentar todo “travestismo” como o mesmo sujeito que o transexual.

No DSM III (1980) o significante “trans” sofre uma divisão e uma reformulação. O termo “trans” estará inserido nos transtornos neuróticos [*neurotic disorders*] – mais precisamente nos transtornos psicosexuais [*psychosexual disorders*], que vêm em contraponto com os transtornos psicóticos. Assim, há um “trans” que é efeito de uma psicose [*travestismo*] e outro que faz parte de uma neurose [*transexualismo*]. No primeiro, ele é um sintoma associativo à doença, enquanto no segundo, ao associar-se aos transtornos neuróticos, o termo “trans” carrega em si o próprio sintoma e não mais associado a uma patologia outra. De acordo com o DSM III (1980):

Os Transtornos Psicosexuais são divididos em quatro grupos. Os **Transtornos da Identidade de Gênero** que são caracterizados pelos sentimentos de desconforto e inadequação do indivíduo em relação ao seu sexo anatômico e por comportamentos persistentes geralmente associados ao sexo oposto. As **Parafilias** que são caracterizadas por excitação em resposta a objetos ou situações sexuais que não fazem parte de padrões normativos de excitação-atividade e que, em graus variados, podem interferir na capacidade de atividade sexual afetiva recíproca. As **Disfunções Psicosexuais** que caracterizam-se por inibições no desejo sexual ou pelas mudanças psicofisiológicas que caracterizam o ciclo de resposta sexual. Finalmente, há uma classe residual de **Outros Transtornos Psicosexuais** que tem duas categorias: Homossexualidade Ego-distônica e uma categoria residual final, Transtornos Psicosexuais que ainda não foram classificados em nenhuma outra categoria. (DSM III, 1980, p.261)<sup>19</sup>

Desses quatros grupos, há dois principalmente que interessam a esse trabalho: (1) Transtornos de identidade de gênero e (2) as parafilias (perversões). Para o primeiro grupo o termo usado é “transexualismo” [transsexualism], e para o segundo grupo o termo usado é o “travestismo” [transvestism]. O que possivelmente determina cada “trans”?

Para o primeiro grupo (1), de acordo com o DSM III (1980), o fator principal é uma incongruência [incongruence] entre o sexo anatômico e a identidade de gênero. De acordo com o manual, a identidade de gênero é *um rdtsaber sobre qual sexo se pertence*, ou seja, uma *experiência subjetiva* [private experience] sobre o *papel de gênero* [gender role], que é uma expressão pública da identidade de gênero. Abaixo segue a tabela com os fatores que comporiam o diagnóstico do Transtorno de identidade de gênero:

#### Critérios diagnóstico para Transexualismo<sup>20</sup>

- A. Sentimento de desconforto e inadequação sobre o próprio sexo anatômico
- B. Desejo de se livrar de seus genitais e viver como membro do sexo oposto
- C. Uma perturbação contínua (não limitada a períodos de estresses) por no mínimo dois anos
- D. Ausência de inter-sexos físicos [hermafroditismo] ou anormalidade genética E. Não está associado a outro transtorno mental, como Esquizofrenia.

Assim para compreender minimamente a categoria [trans]sexualismo, torna-se necessário passar por alguns pontos: (A) quando o DSM propõe que há um papel de gênero designado para mulheres e homens, ou seja, o sexo anatômico já convoca o sujeito a respectivos papéis [roles] comportamentais, o manual coloca que qualquer discordância entre o esperado de um(a) homem/mulher poderá ser um fator que remeta ao Transexualismo – ou para um sinal

<sup>19</sup> No original: *The Psychosexual Disorders are divided into four groups. The Gender Identity Disorders are characterized by the individual's feelings of discomfort and inappropriateness about his or her anatomic sex and by persistent behaviors generally associated with the other sex. The Paraphilias are characterized by arousal in response to sexual objects or situations that are not part of normative arousal-activity patterns and that in varying degrees may interfere with the capacity for reciprocal affectionate sexual activity. The Psychosexual Dysfunctions are characterized by inhibitions in sexual desire or the psychophysiological changes that characterize the sexual response cycle. Finally, there is a residual class of Other Psychosexual Disorders that has two categories: Ego-dystonic Homosexuality and a final residual category, Psychosexual Disorders Not Elsewhere Classified.*

<sup>20</sup> No Original: **Diagnostic criteria for Transsexualism (DSM III – 1980)** A.

Sense of discomfort and inappropriateness about one's anatomic sex.

B. Wish to be rid of one's own genitals and to live as a member of the other sex.

C. The disturbance has been continuous (not limited to periods of stress) for at least two years.

D. Absence of physical intersex or genetic abnormality.

E. Not due to another mental disorder, such as Schizophrenia

de algum outro transtorno [esquizofrenia ou transtorno de identidade de gênero atípico]; (B) ao pontuar as cirurgias de redesignação sexual como o tratamento mais efetivo nos casos de *verdadeiros transexuais*, reforça indiretamente a construção anatômica dos sexo.

Será também a partir do DSM III que se introduzirá uma leitura diagnóstica pautada na infância e também o diagnóstico precoce do transexualismo na infância – que começa a aparecer com mais recorrência nas clínicas e nos hospitais-escolas estadunidenses. Essa vigilância acerca da infância é uma antiga estratégia do discurso psiquiátrico, a fim de ter uma homologação do seu lugar na sociedade, como a ciência preocupada com as questões que envolvem o bem-estar da família – mostrando assim, não apenas uma visão apoiada na visão binarista como também a família em seus moldes tradicionais. Desta forma, aos poucos, os manuais vão se constituindo a fim de tentar abranger os pilares de controle de um corpo: a família, a instituição de saúde e também os moldes de parâmetros governamentais. Assim, a infância estabelece uma relação com o discurso psiquiátrico

*Trata-se de pôr em continuidade, ou antes, de pôr em imobilidade a vida em torno da infância. E é isso, essa imobilização da vida, da conduta, dos desempenhos em torno da infância, é que vai permitir fundamentalmente a psiquiatrização [...] a infância como fase histórica do desenvolvimento, como forma geral de comportamento, se torna o instrumento maior da psiquiatrização [...] é pela infância que a psiquiatria veio se apropriar do adulto, e da totalidade do adulto. A infância foi o princípio da generalização da psiquiatria; a infância foi, na psiquiatria como em outros domínios, a armadilha de pegar adultos (FOUCAULT, 1975/2010a, pg. 265-6)*

Assim, com o controle da infância – e também basear a construção diagnóstica nos eventos de sua infância – é possível delimitar em como as pedagogias sobre os corpos vão compondo a seguinte leitura acerca de gênero e sexo. Se há uma coerência entre a anatomia e os comportamentos socialmente estabilizados, há então um sujeito heterossexual; se há uma coerência mas a escolha objetal é divergente, classifica-se uma pessoa homossexual – nessa edição a categoria “homossexualismo” já não está mais inserida no campo do patológico, sendo desconsiderada a escolha objetal como parte do diagnóstico. E por fim, o sujeito não coerente nesses dois campos, entra para o campo do patológico e é classificado com a patologia: transexualismo.

Apesar dos estudos indicarem a cirurgia de redesignação sexual como um dos únicos meios de tratamento – quando se trata dos verdadeiros transexuais – é possível ver alguma resistência da classe médica de seguirem essas orientações: primeiro por ser malvista em muitos países – no Brasil, por exemplo, esse tipo de cirurgia só será aceita na aurora do século XXI. Além dessas complicações, também havia os impasses jurídicos acerca do campo trans, mesmo quando “curado”. Em 1975, no Hospital Oswaldo Cruz, o Dr. Roberto Farina realizou a cirurgia em Waldirene, diagnosticada como transexual após dois anos em tratamento com uma equipe multidisciplinar. Esta cirurgia teve implicações para o Dr. Roberto Farina indiciado por mutilação intencional, por não ter uma validação de seu

Conselho. No final desse processo Dr. Farina conseguiu evitar a prisão e ainda manter as suas atividades como médico. Entretanto para Waldirene o percurso foi bem diferente: Além da “Justiça” obrigá-la a viver com o nome de batismo – sendo retificado como Waldirene apenas em 2011 –, também acarretou na impossibilidade de assumir sua carreira na área de contabilidade, na qual tinha se formado antes da cirurgia (ROSSI, 2018).

Retornando ao DSM III, no segundo grupo (2), as parafilias, encontram-se os sujeitos, que diferentemente dos sujeitos com transtorno de identidade de gênero, possuem excitação sexual com os comportamentos sexuais desviantes: o travestismo

**Critério diagnóstico para Travestismo**

- A. Recorrente e persistente “travestismo” por um homem heterossexual*  
*B. Uso do travestismo para o propósito de excitação sexual, pelo menos inicialmente no percurso da doença. C. Intensa frustração quando o travestismo é interrompido. D. Não possui nenhum outro critério de Transexualismo.*  
*(DSM III – 1980)<sup>21</sup>*

Essa dicotomia dentro dos manuais pode nos sinalizar duas coisas: aqueles sujeitos que são permeados pela excitação em transitar pelos gêneros e pelo desejo de não retirada dos genitais, possuem uma sexualidade desviante e são categorizados nas parafilias (perversões), serão diagnosticados como *travestis*. Já os que sinalizam esse desconforto e um desprazer frente a seus próprios genitais são considerados sujeitos incongruentes frente ao papel de gênero, sendo diagnosticados com *transtornos de identidade*. Porém, apesar de não questionado pelo manual, se as definições sobre “ser um(a) homem/mulher” não fossem as balizadoras, haveria o mesmo entendimento acerca do percurso da determinação do “trans”?

Apesar de não possuímos uma resposta a essa pergunta, é possível pensar que essa dicotomia será imprescindível para a re-estruturação do DSM IV, publicado em 1994. Neste, os transtornos que envolvem a sexualidade continuam a divisão das quatro categorias – como do DSM III –, porém o termo *transexualismo* deixa de existir para dar lugar aos *Transtornos de Identidade de Gênero*. Desta forma, podemos pensar que o DSM IV, com seu novo diagnóstico, primeiro é para fazer uma dicotomia daqueles corpos que de alguma maneira passam pelo desejo de pertencer à coerência estabilizada pelo social por alguma determinada via médica: o processo de hormonização, o processo transexualizador, a cirurgia de redesignação sexual afastando-os mais ainda daqueles que de alguma maneira desejam permanecer mais no nível performático – os sujeitos travestis. De acordo com o DSM IV (1994) os critérios para o transtorno de identidade de gênero são:

<sup>21</sup> No Original: **Diagnostic criteria for Transvestism**

A. Recurrent and persistent cross-dressing by a heterosexual male.

B. Use of cross-dressing for the purpose of sexual excitement, at least initially in the course of the disorder.

C. Intense frustration when the cross-dressing is interfered with. D.

Does not meet the criteria for Transsexualism.

- A. *Uma forte e persistente identificação com o gênero oposto (não meramente um desejo de obter quaisquer vantagens culturais percebidas pelo fato de ser do sexo oposto). Em crianças, a perturbação é manifestada por quatro (ou mais) dos seguintes quesitos:*
- (1) *declarou repetidamente o desejo de ser, ou insistência de que é, do sexo oposto*
  - (2) *em meninos, preferência pelo uso de roupas do gênero oposto ou simulação de trajes femininos; em meninas, insistência em usar apenas roupas estereotipadamente masculinas*
  - (3) *preferências intensas e persistentes por papéis do sexo oposto em brincadeiras de faz-de-conta, ou fantasias persistentes acerca de ser do sexo oposto.*
  - (4) *intenso desejo de participar em jogos e passatempos estereotípicos do sexo oposto.*
  - (5) *forte preferência por companheiros do sexo oposto*
- Em adolescentes e adultos, o distúrbio se manifesta por sintomas tais como desejo declarado de ser do sexo oposto, passar-se freqüentemente por alguém do sexo oposto, desejo de viver ou ser tratado como alguém do sexo oposto, ou a convicção de ter os sentimentos e reações típicos do sexo oposto.*
- B. *Desconforto persistente com seu sexo ou sentimento de inadequação no papel de gênero deste sexo. Em crianças, a perturbação manifesta-se por qualquer das seguintes formas: em meninos, afirmação de que seu pênis ou testículos são repulsivos ou desaparecerão, declaração de que seria melhor não ter um pênis ou aversão a brincadeiras rudes e rejeição a brinquedos, jogos e atividades estereotipadamente masculinos; em meninas, rejeição a urinar sentada, afirmação de que desenvolverá um pênis, afirmação de que não deseja desenvolver seios ou menstruar ou acentuada aversão a roupas caracteristicamente femininas. Em adolescentes e adultos, o distúrbio manifesta-se por sintomas tais como preocupação em ver-se livre de características sexuais primárias ou secundárias (por ex., solicitação de hormônios, cirurgia ou outros procedimentos para alterar fisicamente as características sexuais, com o objetivo de simular o sexo oposto) ou crença de ter nascido com o sexo errado.*
- C. *A perturbação não é concomitante a uma condição intersexual física.*
- D. *A perturbação causa sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.*

Discursivamente falando, o apagamento do significante trans é a retirada daquilo que indica o trânsito da sexualidade/gênero, ou seja, a retirada daquilo que indica o trânsito e a inserção na categoria estabilizada: a “identidade”. Assim, o DSM a partir de sua quarta questão não é mais sobre os corpos trans, mas sim, sobre as suas identidades. Não é mais sobre o trânsito, mas sobre o estável: a identidade. Contudo, ainda é uma identidade pautada na norma heteronormativa. Pois, como é possível ver ainda no DSM-IV o termo *Disforia de Gênero* (Gender Dysphoria), que aparece naquele mesmo subgrupo das parafilias (perversões) da seguinte forma:

*Cross-dressing (se travestir) pode estar associado à disforia de gênero. Se alguma disforia de gênero estiver presente, mas os critérios para Transtorno de Identidade de Gênero não são atendidos, o diagnóstico é **Fetichismo Transvestido, Com Disforia de Gênero**. Os indivíduos devem receber o diagnóstico adicional de **Transtorno de Identidade de Gênero** se sua apresentação atende aos critérios completos para Transtorno de Identidade de Gênero<sup>22</sup>. (p. 525, 1994)*

Esse termo – disforia de gênero – por sua vez, irá se formular melhor na próxima edição do DSM. No DSM V (2013) ao invés de *Transtorno de Identidade de Gênero*, será utilizado o termo *Disforia de Gênero*. Antes de adentrarmos na exposição dessa categoria, é válido fazer uma pequena observação do modo de funcionamento do DSM. Em cada reformulação acerca da transexualidade, é possível perceber que os sintomas são extraídos dos grupos das “perversões”. Seria isso uma tentativa de exercer um controle para aquilo que ainda é um tabu para a comunidade médica na qualidade de “representar” o corpo social? Pois, afinal, os

<sup>22</sup> No original: Cross-dressing may be associated with gender dysphoria. If some gender dysphoria is present but the full criteria for Gender Identity Disorder are not met, the diagnosis is **Transvestic Fetishism, With Gender Dysphoria**. Individuals should receive the additional diagnosis of **Gender Identity Disorder** if their presentation meets the full criteria for Gender Identity Disorder



criadores dos manuais sempre surgem com uma nova categoria para aqueles sujeitos que durante as pesquisas toparam em alguma medida jogar o jogo da heteronormatividade, e que são com base nesses sujeitos que se realizam tentativas de generalização para corpos sem um percurso calcado nas construções pelas vias psiquiátricas. E não seria esse o motivo de retirada de identidade, e uma atenção exclusiva ao gênero? Seria a disforia de gênero uma nova classificação a fim de cercear sujeitos para além da identidade, mas que apresente qualquer discordância de gênero? Não seria o movimento de sintoma “diferencial” para o diagnóstico de uma categoria uma tentativa de criar uma verdade comportamental para determinados sujeitos?

De acordo com o DSM V (2008) os critérios para diagnóstico da Disforia de Gênero na infância são:

### **Disforia de Gênero em Crianças 302.6 (F64.2)**

*A. Incongruência acentuada entre o gênero experimentado/expresso e o gênero designado de uma pessoa, com duração de pelo menos seis meses, manifestada por no mínimo seis dos seguintes (um deles deve ser o Critério A1):*

1. *Forte desejo de pertencer ao outro gênero ou insistência de que um gênero é o outro (ou algum gênero alternativo diferente do designado).*
2. *Em meninos (gênero designado), uma forte preferência por cross-dressing (travestismo) ou simulação de trajes femininos; em meninas (gênero designado), uma forte preferência por vestir somente roupas masculinas típicas e uma forte resistência a vestir roupas femininas típicas.*
3. *Forte preferência por papéis transgêneros em brincadeiras de faz de conta ou de fantasias.*
4. *Forte preferência por brinquedos, jogos ou atividades tipicamente usados ou preferidos pelo outro gênero.*
5. *Forte preferência por brincar com pares do outro gênero.*
6. *Em meninos (gênero designado), forte rejeição de brinquedos, jogos e atividades tipicamente masculinos e forte evitação de brincadeiras agressivas e competitivas; em meninas (gênero designado), forte rejeição de brinquedos, jogos e atividades tipicamente femininas.*
7. *Forte desgosto com a própria anatomia sexual.*
8. *Desejo intenso por características sexuais primárias e/ou secundárias compatíveis com o gênero experimentado.*

*B. A condição está associada a sofrimento clinicamente significativo ou a prejuízo no funcionamento social, acadêmico ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo<sup>23</sup> (DSM V, 2008, p. 452).*

E também os critérios para adolescentes e adultos:

### **Disforia de Gênero em Adolescentes e Adultos 302.85 (F64.1)**

<sup>23</sup> No Original: **Gender Dysphoria in Children 302.6 (F64.2)** *A. A marked incongruence between one's experienced/expressed gender and assigned gender, of at least 6 months' duration, as manifested by at least six of the following (one of which must be Criterion A1): 1. A strong desire to be of the other gender or an insistence that one is the other gender (or some alternative gender different from one's assigned gender). 2. In boys (assigned gender), a strong preference for cross-dressing or simulating female attire; or in girls (assigned gender), a strong preference for wearing only typical masculine clothing and a strong resistance to the wearing of typical feminine clothing. 3. A strong preference for cross-gender roles in make-believe play or fantasy play. 4. A strong preference for the toys, games, or activities stereotypically used or engaged in by the other gender. 5. A strong preference for playmates of the other gender. 6. In boys (assigned gender), a strong rejection of typically masculine toys, games, and activities and a strong avoidance of rough-and-tumble play; or in girls (assigned gender), a strong rejection of typically feminine toys, games, and activities. 7. A strong dislike of one's sexual anatomy. 8. A strong desire for the primary and/or secondary sex characteristics that match one's experienced gender. B. The condition is associated with clinically significant distress or impairment in social, school, or other important areas of functioning.*

A. *Incongruência acentuada entre o gênero experimentado/expresso e o gênero designado de uma pessoa, com duração de pelo menos seis meses, manifestada por no mínimo dois dos seguintes:*

1. *Incongruência acentuada entre o gênero experimentado/expresso e as características sexuais primárias e/ou secundárias (ou, em adolescentes jovens, as características sexuais secundárias previstas).*

2. *Forte desejo de livrar-se das próprias características sexuais primárias e/ou secundárias em razão de incongruência acentuada com o gênero experimentado/expresso (ou, em adolescentes jovens, desejo de impedir o desenvolvimento das características sexuais secundárias previstas).* 3. *Forte desejo pelas características sexuais primárias e/ou secundárias do outro gênero.*

4. *Forte desejo de pertencer ao outro gênero (ou a algum gênero alternativo diferente do designado). Disforia de Gênero 453*

5. *Forte desejo de ser tratado como o outro gênero (ou como algum gênero alternativo diferente do designado).*

6. *Forte convicção de ter os sentimentos e reações típicos do outro gênero (ou de algum gênero alternativo diferente do designado).*

B. *A condição está associada a sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo. Especificar se: Com um transtorno do desenvolvimento sexual (p. ex., distúrbio adrenogenital congênito, como 255.2 [E25.0] hiperplasia adrenal congênita ou 259.50 [E34.50] síndrome de insensibilidade androgênica).*

*Nota para codificação: Codificar tanto o transtorno do desenvolvimento sexual como a disforia de gênero.*

*Especificar se: Pós-transição: O indivíduo fez uma transição para uma vida em tempo integral no gênero desejado (com ou sem legalização da mudança de gênero) e fez (ou está se preparando para fazer) pelo menos um procedimento médico ou um regime de tratamento transexual— a saber, tratamento hormonal transexual regular ou cirurgia de redesignação de gênero confirmando o gênero desejado (p. ex., penectomia, vaginoplastia em um gênero masculino ao nascimento; mastectomia ou faloplastia em um gênero feminino ao nascimento)<sup>24</sup>.*

Com o DSM-V (2008) é possível notar que mesmo com as diversas mudanças que foram realizadas no decorrer das publicações dos manuais, é possível ver, ainda, um grande embasamento nas construções biológicas quando pauta o caráter disfórico como aquele incongruente com as categorias primárias e secundárias. Ou seja, o que o DSM vai reformulando com o tempo é o alvo a ser controlado: ora o trânsito, ora a identidade ora o gênero. E esses são escolhidos à medida que a sociedade vai ser reorganizando, pois é possível

<sup>24</sup> *No Original: Gender Dysphoria in Adolescents and Adults 302.85 (F64.1 ) A. A marked incongruence between one's experienced/expressed gender and assigned gender, of at least 6 months' duration, as manifested by at least two of the following: 1. A marked incongruence between one's experienced/expressed gender and primary and/or secondary sex characteristics (or in young adolescents, the anticipated secondary sex characteristics). 2. A strong desire to be rid of one's primary and/or secondary sex characteristics because of a marked incongruence with one's experienced/expressed gender (or in young adolescents, a desire to prevent the development of the anticipated secondary sex characteristics). 3. A strong desire for the primary and/or secondary sex characteristics of the other gender. 4. A strong desire to be of the other gender (or some alternative gender different from one's assigned gender). 5. A strong desire to be treated as the other gender (or some alternative gender different from one's assigned gender). 6. A strong conviction that one has the typical feelings and reactions of the other gender (or some alternative gender different from one's assigned gender). B. The condition is associated with clinically significant distress or impairment in social, occupational or other important areas of functioning. Specify if: With a disorder of sex development (e.g., a congenital adrenogenital disorder such as 255.2 [E25.0] congenital adrenal hyperplasia or 259.50 [E34.50] androgen insensitivity syndrome). Coding note: Code the disorder of sex development as well as gender dysphoria. Specify if: Posttransition: The individual has transitioned to full-time living in the desired gender (with or without legalization of gender change) and has undergone (or is preparing to have) at least one cross-sex medical procedure or treatment regimen—namely, regular cross-sex hormone treatment or gender reassignment surgery confirming the desired gender (e.g., penectomy, vaginoplasty in a natal male; mastectomy or phalloplasty in a natal female)*

ver termos parecidos com os termos dos discursos das militâncias LGBTQIA+, apontando mais uma forma de apropriação da parte psiquiátrica para uma classificação e generalização, não buscando uma construção subjetiva e funcional do conteúdo “expresso”.

### 1.2.3. O DISCURSO DA HETERONORMATIVIDADE: *uma performatividade?*

Após a inserção dos lugares destinados aos corpos trans, é possível ver alguns lugares de endereçamento promovido pelo discurso psiquiátrico, sendo que um lugar pungente é o da divisão corporal entre sexo e gênero. As transformações e modificações das categorias atribuídas aos corpos marcados pela questão trans vão se estruturando de acordo com a mudança de sexo e gênero – e até o momento dessa dissertação nos mantivemos nessa mesma leitura, pensando na dicotomia entre sexo e gênero. Essa primeira divisão é muito importante para o campo de estudos da sexualidade, pois começa a dar passos no que tange a algumas leituras padronizadas sobre as categorias “homem” e “mulher” e a sua relação com o anatômico. Apesar do DSM ainda considerar o sexo anatômico como fundamental para os processos de sexuação, ele abre uma porta para pensar que as leituras da sexualidade não permeiam exclusivamente o biológico.

Assim, antes de entrarmos no próximo capítulo, será necessário pensar quais são os crivos de leitura para os corpos dentro dos manuais de diagnósticos. No segundo capítulo vamos expor algumas situações em que as definições estabilizadas de sexo e gênero – juntamente com uma leitura heteronormativa – falham, e permitem a leitura de um desejo que vai além das construções pré-estabelecidas. Mas antes, é necessário pensar como se constroem os corpos marcados pelo desejo, que nesse trabalho será permeado pelo pensamento de Butler em seu trabalho *Gender Trouble* (2015a), no qual propõe reflexões sobre a questão de um não-alinhamento sexo/gênero/desejo. A partir desse novo olhar, do acréscimo do desejo, é possível perceber algumas matrizes da sexualidade que vão se homologando socialmente – construindo sujeições – e assim, vão denunciando o crivo heteronormativo que as definições de sexo e gênero vinham constituindo até então.

Adentrar pela obra de Butler é estar seguro de ser provocado pelas desconstruções que sua leitura exige. Ela vai construir um corpo permeado pela *palavra em ação*. Ou seja, as palavras promovem ações e atuações, que culminam em uma *performatividade*. Os corpos que são permeados por seus sexos, já têm um fundamento ontológico em seu gênero. *Todos os corpos são “gerificados”* desde o começo de sua existência social (e não há existência que não seja social), o que significa que não há ‘corpo natural’ que preexista à sua inscrição cultural” (SALIH, 2015, p. 89). Assim, gênero não é algo que somos, porém algo que fazemos em “*ato*”, ou melhor dizendo, um conjunto de atos [estilizados] que vão constituindo uma rede de valores, e sustentando, assim, uma ideia de “naturalidade dos corpos”. O gênero é um

conjunto de atos repetidos no interior *de um quadro regulatório altamente rígido* (BUTLER, 2015a[1990]), não cabendo ao sujeito a escolha de qual gênero irá “encarnar”.

Butler (ibid.) propõe a leitura de sujeitos do sexo (barra) gênero (barra) desejo. O que isso pode nos apontar? O que seriam essas barras? Há algo no processo de construção desses lugares (sexo, gênero e desejo) que são intermediados por uma barra, que Butler a coloca no campo do “ontológico”, ou seja, há uma demanda de outrem acerca de um corpo: o desejo é permeado pelas construções de estruturas preestabelecidas. Assim, *os sujeitos regulados por tais estruturas são formados, definidos e reproduzidos de acordo com as exigências delas* (BUTLER, 2015a, p. 19).

Assim, as formas de sexo e gênero são reguladoras do desejo de um sujeito, são sobredeterminadas por um *como-ser* estrutural. Então, Butler irá pontuar que há muito a ser dito sobre o sexo (os estudos das sexualidades, os processos nosográficos das sexualidades desviantes, as confissões que promovia uma relação de culpabilização sobre os desejos), porém o que é dito sobre o gênero? O que é dito das posições políticas acerca desses gêneros? Quais gêneros tem voz? E os gêneros que desafiam os limites estruturais e colocam em drebreagem, em movimento todo um conjunto de valores, qual são os lugares deles? Um fora-da-lei, um abjeto? Estamos propondo uma leitura sobre os corpos que requer uma posição para além da sujeição do corpo do binário, colocando em questão essas barras intrínsecas ao sujeito que coloca em evidência o processo perverso de identificação exclusiva que é a classificação binária.

Butler (2015a) para sustentar sua discussão, faz um percurso pela teoria feminista, que pressupõe uma “identidade feminina”: a categoria mulheres. Essa categorização clama tanto a sustentação dos discursos que permeiam os interesses e os objetivos feministas, como também constrói um “mesmo” a fim de uma representação política. Ou seja, cai-se em um engodo: o campo da representação não é homogêneo ao da política. Enquanto a primeira [representação] é a função normativa da uma linguagem, a segunda [política] busca estender uma visibilidade no campo político. Assim, não havendo a possibilidade de uma representação capaz de traduzir todas as possibilidades de gênero.

Essa relação entre representação e política acerca da categoria “mulheres” convoca a questionamentos no interior da própria teoria feminista, pois o próprio sujeito “das mulheres” não pode ser mais compreendido em termos estáveis ou permanentes. *Os domínios da representação política e linguística estabeleceram a priori o critério segundo o qual os próprios sujeitos são formados. Desta forma, as qualificações do ser sujeito têm que ser atendidas para que a representação possa ser expandida.* (BUTLER, 2015a, p. 18). Em outras palavras, somente os sujeitos inseridos nessas representações convencionadas podem ser reconhecidos como tais. O que isso aponta? Primeiro, que o sujeito feminista se revela discursivamente constituído em um eixo diferencial de dominação. A estruturação do “novo sistema”, que supostamente deveria facilitar a

emancipação dessa categoria, produz sujeitos com traços determinados semelhantes ao processo da dominação masculina. E, por conseguinte, ao se inserir o tal sujeito em uma política, coordenada por uma representação, sustenta-se uma prática permeada pela via da exclusão, para que se possa existir minimamente uma legitimação, e

*[...] essas operações políticas são efetivamente ocultas e naturalizadas por uma análise política que torna as estruturas jurídicas como seu fundamento. O poder jurídico produz inevitavelmente o que alega meramente representar.* (BUTLER, 2015a, p. 19).

Podendo-se concluir que, o sujeito do feminismo é produzido e reprimido pelas mesmas estruturas de poder por intermédio das quais se buscam as emancipações. Então, não há um lugar estável para calcar uma representação de gênero. Então, sendo assim, *a identidade (como-ser) do sujeito feminista não deve ser o fundamento da política feminista, pois a formação do sujeito ocorre no interior de um campo de poder sistematicamente encoberto pela afirmação desse fundamento* (ibid.)

Assim, o processo de construção de categorização, seja do sujeito feminista, seja do sujeito transexual – como tentam fazer os manuais – nos permite colocar em xeque a discussão acerca da distinção entre gênero e sexo que vinha sendo feita até então. Esta distinção, sendo originalmente criada para questionar a formulação de que a biologia é o destino do sexo, e de que gênero é socialmente construído, promove *a unidade do sujeito já é potencialmente contestada pela distinção que abre o espaço ao gênero como interpretação múltipla do sexo [...]* *gênero são os significados culturais assumidos pelo corpo sexuado* (BUTLER, 2015a, p.26.). A distinção entre sexo e gênero sugere uma descontinuidade radical entre os corpos sexuados e os gêneros culturalmente construídos.

Assim, quando o “status” construído de gênero destitui-se radicalmente do sexo, o próprio gênero transforma-se em um *artifício flutuante*. Com a consequência de que as terminologias homem, masculino, mulher e feminino possam ser atribuídas igualmente a um corpo feminino ou masculino. Porém essa clivagem nos possibilita pensar: poderia nos referirmos a um dado gênero ou sexo sem existência de um pressuposto? Provavelmente não! Desta forma, torna-se realmente necessária uma distinção entre gênero e sexo? Assim como o gênero, o sexo também é um meio discursivo/cultural pelo o qual a ‘natureza sexuada’ é produzida e estabelecida como pré-ontológica, ou seja, pré-discursiva. E, ao colocar a dualidade o sexo em um âmbito pré-discursivo é um caminho para sustentação e estabilização da estrutura binária.

Butler (2015) resgatará algumas articulações das feministas Luce Irigaray e Simone de Beauvoir. A primeira é filósofa, linguista, psicanalista e um dos nomes de maior expressão do feminismo francês. Encabeçou os desenvolvimentos teóricos de performatividade de gênero e, também, estudos referentes à estratégia política de incitação das repetições subversivas. Irigaray denuncia o lugar do feminino entendido como um simulacro tanto do discurso

filosófico, como do psicanalítico. Ambos são marcados por sistemas falocêntricos, pois se apoiam numa lógica da identidade fundada na exclusão e polarização binária da diferença. Esta forma de pensamento estaria na base do patriarcado, no interior do qual o homem é identificado com o significante fálico e a mulher não é passível de representação, negando ao feminino qualquer protagonismo ontológico. A mulher não é entendida em seus próprios termos, ou positivamente, mas sempre a partir da negatividade do homem. (COSSI, 2011). Já Simone de Beauvoir pensará a categoria de gênero de uma perspectiva existencialista. Ela não negará “o ser mulher”, pois afinal ele existe e é construído a partir do sujeito masculino. Desta forma, além de ela questionar e identificar as barreiras que impedem a liberdade da mulher, também irá propor uma alternativa à ultrapassagem. A mulher não seria definida em si, mas em comparação com um homem e em detrimento dele, é vista e definida por um olhar masculino que toma um caráter absoluto e sem reciprocidade, dificultando a ultrapassagem desses movimentos de opressões, principalmente no campo político para a representação do feminino (SALIH, 2015).

*Beauvoir e Irigaray diferem claramente sobre as estruturas fundamentais que reproduzem a assimetria do gênero; Beauvoir volta-se para a reciprocidade malograda de uma dialética assimétrica, ao passo que Irigaray sugere ser a própria dialética a elaboração monológica de uma economia significativa masculina” (BUTLER, 2015a, p. 37).*

Apesar das duas filósofas possuírem um grande desacordo teórico, Butler revela *o ponto que as enodam*: ambas se posicionavam a partir de uma lógica binária tanto para a articulação sobre a construção do feminino, quanto para a construção de um sujeito do feminino. Esse lugar identitário do feminino fazia-se por sua relação de distinção ao masculino, mostrando assim, uma evidência de que ambos os discursos sustentavam uma estrutura que outrora fora questionada:

*o esforço de incluir ‘Outras’ culturas como ampliações diversificadas de um falocentrismo global constitui um ato de apropriação que corre o risco de repetir o gesto autoengrandecedor do falocentrismo, colonizando sob o signo do mesmo diferenças que, de outro modo, poderiam questionar esse conceito totalizante (BUTLER, 2015a, p. 37).*

O que nos leva a pensar, que manter as discussões na dicotomia de sexo e gênero são, o que Butler (2015a) nomeará de “ruínas circulares”. O engodo das teorias classificatórias – das feministas e dos manuais psiquiátricos –, deve entrar em pauta, pois a questão talvez não seja enfatizar a relação dialética entre uma unidade do feminino e uma do masculino, mas sim, questionar a relação no interior da unidade, ou seja, as relações que sustentam os lugares de feminino e masculino. Para sustentar uma unidade [masculino/feminino] são necessárias forças totalizantes, de forma que essas unidades podem cair na impossibilidade de assumir

novas configurações, afinal *o gesto colonizador não é primária ou irredutivelmente masculinista* (BUTLER, 2015a, p. 38).

Desta forma, a saída irredutível para a construção de uma unidade, não deveria apagar suas contradições, pelo contrário, deveriam mantê-las intactas. Pois, *talvez o entendimento dialógico também encerre em parte a aceitação das divergências, rupturas, dimensões e fragmentações, como parcela do processo frequentemente tortuoso de democratização* (BUTLER, 2015a, p. 40). Assim, a “unidade” é permeada por uma construção conceitual estabelecida *a priori*, possibilitando talvez aí um lugar para uma posição política. Porém, seria necessária essa construção “a priori”? Butler defenderá que não. Pois, *sem a pressuposição ou o objetivo da unidade, unidades provisórias podem emergir no contexto de ações concretas que tenham outras propostas que não a articulação da identidade* (ibid., p. 41).

Então, o movimento da construção da unidade, de um “unitário”, reforça as forças de sustentação de uma construção lógica binarista. Insistir em uma dissecação e delimitação de uma categoria reforça as formas de opressão sobre outra, construindo hierarquias. Isto é, ao considerar a identidade dentro dos moldes culturais disponíveis instaura-se uma definição que automaticamente exclui previamente os outros possíveis conceitos de identidade, pois *a tática fundacionista não é capaz de tomar como objetivo normativo a transformação ou expansão dos conceitos de identidade existentes* (BUTLER, 2015a, p. 41). Desta forma, o gênero torna-se uma complexidade com sua totalidade protelada, bordeando um impossível de findar-se em quaisquer conjunturas existentes.

Então, o que poderia significar identidade? A discussão de identidade de gênero não é posterior ao questionamento da própria identidade, devido ao fato de que *‘pessoas’ só se tornam inteligíveis ao adquirir seu gênero em conformidade com os padrões reconhecíveis de inteligibilidade de gênero* (BUTLER, 2015a, p. 42). Ou seja, a identidade de gênero já é considerada uma pressuposição, não permeada pela escolha do sujeito, mas sim de imposições pautadas em gêneros inteligíveis. *A coerência e a continuidade da pessoa não são características lógicas ou analíticas da condição da pessoa, mas, ao contrário, normas de inteligibilidade socialmente instruídas e mantidas*” (BUTLER, 2015a p. 43). Contudo, antes de pensar esses gêneros ‘incoerentes’ e ‘descontínuos’, é necessária uma reflexão acerca da estabilização desses gêneros inteligíveis. Se esses são aqueles que mantêm relações de coerência e continuidade entre sexo, gênero, prática sexual e desejo, logo, os espectros de descontinuidade e incoerência só são passíveis de categorizações pela existência de normas que sustentam uma continuidade e coerência.

Esses espectros

*[...] são constantemente proibidos e produzidos pelas próprias leis que buscam estabelecer linhas causais ou expressivas de ligação entre o sexo biológico, o gênero culturalmente constituído e a expressão ou efeito de ambos na manifestação do desejo sexual por meio da prática sexual* (BUTLER, 2015a, p. 43-44).

Desta forma, os corpos sexuados são permeados por uma **matriz de inteligibilidade**, ou seja, há uma matriz que regula as formas de expressão dos gêneros. A guisa de compreender essa matriz, Butler (2015a) irá acionar teóricos como: Monique Wittig, que relacionará a concepção hegeliana da dialética do senhor e do escravo, atribuindo o lugar de senhor aos homens e o lugar do escravo as mulheres; Michel Foucault (2015), para discutir a relação de saber e poder acerca do dispositivo da sexualidade e, também, Simone de Beauvoir e Luce Irigaray, cujas teorias já foram aqui brevemente explanadas.

Com a ajuda desses teóricos, Butler (2015a) conseguirá delimitar que as formas culturalmente contínuas e coerentes são permeadas por uma construção repetidamente sustentada, dando às outras formas de gênero, como o hermafrodita e o transexual, um lugar de impossibilidade sexual de uma identidade. Nesse sentido, o gênero é permeado por um engodo substancial, pois para se haver uma substância é necessário haver uma concepção de um “ser”, ou seja, uma substantivação dos gêneros, e sustentar-se em uma gramática que jamais poderá ser um índice seguro para sustentar as relações de gênero. Então, se há algo de substancial no gênero, estamos lidando com a performatividade sobre o gênero e não o gênero em si. Pois, *o gênero mostra ser performativo no interior do discurso herdado da metafísica da substância – isto é, constituinte de uma identidade que supostamente é* (BUTLER, 2015a, p. 56). Podendo concluir, por ora, que *não há identidade de gênero por trás das expressões do gênero; essa identidade é performativamente constituída pelas próprias ‘expressões’ tida como seus resultados* (ibid).

Assim, é possível pensar que existe na relação binária – e em todas as construções que convocam essa relação – uma estrutura heterossexual compulsória e resistente ao tempo, e sustentada pelo poder das instituições de controle (escola, hospitais, academias, prisões), por meio da relação com a linguagem.

*Para Wittig, a linguagem é um instrumento ou utensílio que absolutamente não é misógino em suas estruturas, mas somente em suas aplicações. Para Irigaray, a possibilidade de outra linguagem ou economia significativa é a única chance de fugir da ‘marca’ do gênero* (BUTLER, 2015a, p. 58).

Com isso, é possível pensar que o gênero e sexo são regulados pela linguagem. Promove-se a partir de uma *estilização repetida do corpo, um conjunto de atos repetidos no interior de uma estrutura altamente reguladora e altamente rígida, a qual se cristaliza no tempo para produzir uma aparência de uma substância, de uma classe natural do ser* (BUTLER, p. 69). Isto é, a apreciação social do gênero, sua performatividade, são localizadas no interior de uma estrutura compulsória que convoca a **ficção** da heterossexualidade.

Wittig (1980) irá acrescentar algumas considerações a essa construção butleriana em seu trabalho *O pensamento hétero*. Ela colocará como pressuposto que o discurso é um processo de ligação para uma realidade social, e desta forma, ela irá fazer uma leitura do discurso na



sua forma de opressão e de como a estabilização de uma heteronormatividade promove um vácuo a-histórico nos corpos permeado por ela. Partir do discurso da opressão, é colocar em voga que há uma relação com o opressor – a heteronormatividade, no caso.

*Os discursos que acima de tudo nos oprimem, lésbicas, mulheres, e homens homossexuais, são aqueles que tomam como certo que a base da sociedade, de qualquer sociedade, é a heterossexualidade. Estes discursos falam sobre nós e alegam dizer a verdade num campo apolítico, como se qualquer coisa que significa algo pudesse escapar ao político neste momento da história, e como se, no tocante a nós, pudessem existir signos politicamente insignificantes. (WITTIG, 1980, p. 2 – negrito da autora)*

Há um discurso opressor da sexualidade, pelo fato de que na sociedade já se possuem crivos de leituras sobre os corpos. Apesar de Wittig apenas colocar nessa classificação *lésbicas, mulheres e homens homossexuais*, é válido acrescentar aqui, que todas as formas que fogem a heterossexualidade são inseridas nesse pacote: bissexuais, travestis, transexuais, *queer*, assexuais, intersex, entre outras. Essa omissão desses outros corpos pela autora nos faz pensar, em primeira instância, como alguns corpos ainda eram excluídos no anos 80, pois seus discursos de empoderamento não tinham espaço para ocupar um campo para além do nosográfico, e num outro nível, como o processo de sujeição pode estar presente também nas desconstruções do mesmo. Porém, independente disso, Witing (1980) traz uma reflexão importante para a questão da heteronormatividade, de acordo com a autora:

*O pensamento hétero desenvolve uma interpretação totalizante da história, da realidade social, da cultura, da linguagem e simultaneamente de todos os fenômenos subjetivos. Posso apenas sublinhar o caráter opressivo de que se reveste o pensamento hétero na sua tendência para imediatamente universalizar a sua produção de conceitos em leis gerais que se reclamam de ser aplicáveis a todas as sociedades, a todas as épocas, a todos os indivíduos. Assim, fala-se de conceitos como a troca de mulheres, a diferença entre os sexos, a ordem simbólica, o Inconsciente, Desejo, jouissance, Cultura, História, dando um significado absoluto a estes conceitos, quando são apenas categorias fundadas sobre a heterossexualidade, ou sobre um pensamento que produz a diferença entre os sexos como um dogma político e filosófico. (WITTIG, 1980, p. 3 e 4 – negrito da autora).*

Esse lugar universalizado, como já falado anteriormente, impõe cada vez mais a manutenção de uma lógica binária, que tem a sua fundação nos discursos, e é por isso que é por meio deles que vão se construindo as mais intrínsecas relações de poder. Um poder aparentemente invisível – pois, na verdade, é naturalizado – que tem efeitos permanentes sobre os corpos. O socialmente dominante é que irá promover, por meio dos discursos – e a sua função pedagógica – as marcas das diferenças entre corpos, sendo assim, não há nada de ontológico no que tange ao conceito de diferença. Isto é, *a função da diferença é a de ocultar a todos os níveis os conflitos de interesse, inclusive o ideológico* (WITTIG, 1980, p. 4).

Ambas, Butler e Wittig colocam a heterossexualidade como efeito dos engodos que a discussão acerca do gênero pode causar. Se retomarmos a última edição do DSM (2008), a

categoria que abrange a transexualidade é a *Disforia de Gênero*, que propõe um desencontro do corpo com a identidade, quando na verdade é um desencontro do corpo com as normas adjacentes à heterossexualidade já pré-estabelecida. Esse corpo não é disfórico em relação a sua sexualidade/gênero, e sim às normas externas impostas a esse corpo; isto é, compreender um corpo como disfórico em nível de sexualidade/gênero, é fazer uma leitura heteronormativa desse corpo. E isso não é sem consequências, traremos a seguir – e também a fim de dar um contorno ao conceito de sujeição, como proposto inicialmente – um exemplo de como as instituições com discursos pedagógicos sobre o corpo vão delimitando lugares e incitando a exclusão de corpo fora-da-lei.

#### 1.2.4. OS PARADOXOS DA SUJEIÇÃO E A QUESTÃO TRANSEXUAL

*A identidade jamais será plenamente totalizada pelo simbólico, pois o que não pôde em ordem surge no imaginário como desordem, um lugar onde a identidade é contestada (BUTLER, 2017, p.104).*

Em 2016, o diretor Jasleen Kaur Sethi lançou um documentário pela BBC de Londres intitulado “*Miss Transgender: Britan’s New Beauty Queen*”<sup>25</sup>, que retrata o percurso de algumas concorrentes a esse prêmio, contendo o período de preparação e os momentos durante o concurso. Este documentário, apesar de não abordar essa questão em seu conteúdo manifesto, toca naquilo que a medicina – principalmente o discurso psiquiátrico – tenta se haver até os dias atuais: a conceituação do “verdadeiro transexual” – uma das formas de captura reservado ao sujeito marcado pelo trânsito, especialmente a partir do final do Século XIX.

No documentário, a ganhadora causa algumas controvérsias com as outras concorrentes por não ser considerada uma “mulher trans” de fato, pois a vencedora não é uma pessoa que sustenta a aparência estabelecida socialmente de uma mulher integralmente – ela transita entre as construções sociais que permeiam o feminino e o masculino; e na medicina, em 1960, Benjamin – considerado o “pai” da transexualidade – irá nivelar os sujeitos de acordo com o seus trânsitos, a fim de fazer uma clínica com um “diagnóstico diferencial”, por meio da S.O.S (Sexual Orientation Scale). Tal escala tornou-se um marco na conceituação do *transexualismo* pela possibilidade de esquematizar a diferença entre transexuais, travestis e homossexuais, dividindo-os em pseudo travesti, travesti fetichista, travesti verdadeiro, transexual não-cirúrgico, transexual de intensidade moderada, e transexual de alta intensidade (“o verdadeiro transexual”).

---

<sup>25</sup> Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=6ZHWK2UeOWs>

Torna-se válido perguntar: em que medida um discurso médico-psiquiátrico é capaz de realizar a construção de modos de subjetivação e, dessa forma, categorizar sujeitos mais ou menos trans? Se equiparmos a construção do discurso psiquiátrico – a noção do verdadeiro transexual – e o discurso das outras concorrentes – “*ela não é uma trans de verdade, ela é uma drag queen*” – não estaria aí um jogo das representações que permitem a inclusão de certos corpos e, consecutivamente, a exclusão de outros? Ou melhor dizendo, não estaria aí o signo da transexualidade transitando entre uma instância imaginária – onde é possível categorização e normalização – e outra do simbólico – ou do não-simbólico, se pensarmos na exclusão? Enquanto na Medicina o modo como cada sujeito trans se posicionará em relação ao seu trânsito irá corresponder a um determinado crivo e consecutivamente seu tratamento; no concurso, o modo como cada um irá construir subjetivamente perante ao “trânsito” irá permear o seu lugar de pertencimento ou não. Então, seria possível pensar que o registro/construção de uma identidade se desloca em categorizações imaginárias não necessariamente tendo uma correspondência simbólica que dê conta da construção subjetiva? Estaria a identidade imaginária destruindo as possíveis construções simbólicas de um sujeito?

Para iniciar as reflexões acerca dessas questões, vale lembrar o caráter paradoxal que Foucault (1975/2006) irá descrever como a *subjetivação do prisioneiro*, em *Vigiar e Punir*. O conceito [subjetivação] traz em si um paradoxo, pois denota tanto um devir do sujeito – que irá conter seu ato performático – quanto o processo de subjetivação – que terá a sua autonomia sujeita a um poder, uma dependência radical. Assim, o processo de subjetivação, terá a sua inscrição no corpo. Para Foucault (2014b), o corpo do prisioneiro não é apenas um signo de culpa e transgressão, ele também é enquadrado e formado por uma matriz discursiva de um *sujeito jurídico*.

Ainda nesse trabalho, Foucault irá pontuar que o prisioneiro não é regulado por uma relação exterior ao poder [representada pelas instituições e seus operadores], ao contrário o indivíduo formula-se como prisioneiro intermediado por uma “identidade” constituída em nível discursivo. Então, *a sujeição é, literalmente, a “feitura” de um sujeito, o princípio de regulação segundo o qual o sujeito é formulado e produzido* (BUTLER, 2017). Isto é, a sujeição não é apenas a dominação de um sujeito e nem a sua própria produção, ela também determina um certo tipo de limitação desses corpos. Embora haja uma ressalva por Foucault em considerar um poder historicamente “jurídico” que age na captura desses corpos, pode-se pensar, através do prisioneiro, que o sujeito produzido e o sujeito regulado são a mesma coisa, tendo a *produção compulsória da normatividade* sua forma de controle e regulação – por meio da confissão, dos movimentos corporais e dos regimes disciplinares dos corpos. Assim, essa construção de um ideal normativo do corpo é um tipo de “alma” – que considerarei aqui como uma “identidade psíquica”. Devido ao fato da identidade psíquica [alma] ter um efeito encarcerador, sua construção tem uma ação mais eficaz que o espaço físico, ela possibilita o princípio regulador

do corpo do prisioneiro, ou seja, o discurso produz a identidade ao prover e impor um princípio regulador que invade completamente o indivíduo, totaliza-o e o torna coerente. Então parece que toda identidade, na medida em que é totalizadora, age precisamente como uma “alma que encarcera o corpo” (BUTLER, 2017).

Para esse momento, torna-se válido fazer uma distinção entre a “alma” [identidade psíquica], construída por Foucault (2014b), com a psique no sentido psicanalítico. Para a psicanálise, em linhas gerais, o sujeito só se constitui como “ego” [ou seja, como tendo uma corporeidade], quando assume uma posição no simbólico, em outras palavras, quando o Outro lhe dá um lugar de existência, uma norma que instala o sujeito dentro da linguagem e, portanto, dentro dos esquemas disponíveis de inteligibilidade cultural. Desta forma, esse sujeito só advém por meio de um custo: *tudo aquilo que resiste à exigência normativa pela qual os indivíduos são instituídos permanece inconsciente* (BUTLER, 2017, p.92). Desta forma, a psique é justamente aquilo que não comporta os encarceramentos que o discurso exige para habitar uma identidade coerente. Então, para a psicanálise, *a psique é o que resiste à regularização que Foucault atribui aos discursos normalizadores*. (Ibid., p.93).

*A ideia é que esses discursos encarceram o corpo na alma, animam o corpo e o encerram dentro dessa estrutura ideal e, nesse sentido, reduzem a noção de psique às operações de um ideal de normalização e estruturação interna. Esse gesto foucaultiano parece tratar a psique como se ela recebesse unilateralmente o efeito do simbólico laciano* (BUTLER, 2017, p.94)

Assim, não parece ser frutífero abordar a “identidade” do sujeito separando a construção psicanalítica da foucaultiana – por isso, tentarei fazer uma travessia entre esses dois campos. À medida que Foucault pontua as formas de controle das instituições e de seus operadores – por meios dos dispositivos que constroem os corpos “dóceis” – a psicanálise irá pontuar o nível em que essas construções são inacessíveis a uma “consciência”, reservando ao inconsciente a resistência aos discursos normativos – pois é daí que será possível um registro dos efeitos causadores das restrições e/ou proibições. Pois, ambas as teorias trazem questionamentos como: se em Foucault a psique é tomada como um efeito encarcerador a serviço da normalização, como é possível haver resistência psíquica se já tem um poder sobre ela? E se na psicanálise, a função do inconsciente é tomada como uma resistência à normalização, será essa garantia de resistência psíquica apenas um engodo, já que não é apreensível a nível “consciente”?

Em *Vigiar e Punir*, Foucault (2014b) faz uma distinção entre *materialidade e investimento*. Nesse trabalho, a alma é um instrumento de poder pelo qual o corpo é estruturado [formado] em um esquema carregado de poder que efetiva um corpo. Assim, para Foucault, a alma é tomada como a forma e o princípio da matéria do corpo, se tornando um ideal normativo à medida que este é treinado, moldado, cultivado e investido; isto é, há um ideal

imaginário historicamente específico sob o qual ocupa sua materialidade: “a alma leva [o prisioneiro] à existência”. Com isso, para Foucault, não há corpo fora do poder, a materialização do mesmo é imbricada pelos investimentos de suas formas de poder: *a materialidade da prisão é estabelecida na medida em que é instrumento e vetor de poder* (Foucault, 2014 b); em outras palavras, a prisão é materializada porquanto é investida de poder. Nesse contexto, o corpo – tanto do prisioneiro, quanto da prisão – não é uma materialidade independente, pois há nele uma conjunção da materialidade com o investimento [as relações de poder]. Isto posto, pode-se pensar que o sujeito só se assume por intermédio de um corpo, sendo este aparecendo condicionado, automaticamente, a um desaparecimento. O sujeito então não apenas dá lugar ao corpo, mas o encarcera em um cativo. Sendo assim, essa perspectiva paradoxal em que o corpo não é mais uma posição unilateral que é tomado pelo enquadramento da alma exterior, mas sim, de acordo com Butler (2017), pode ser entendido como uma *sublimação* em consequência do deslocamento e da substituição. Então, na psicanálise de Freud (1905a), o termo sublimação foi criado para designar um tipo particular de atividade humana (criação literária, artística, intelectual) que não tem nenhuma relação aparente com a sexualidade, mas que extrai toda sua força pulsional da sexualidade, na medida em que esta se desloca para um alvo não sexual, investindo objetos socialmente valorizados. Nesse momento Butler está tentando colocar que o corpo é um lugar de inscrições de acontecimentos, de dissociação do eu com um volume em perpétua pulverização, que questiona sempre o alvo a priori designado, e é a partir da sublimação que será possível retomar a problemática da sujeição e da resistência.

Se pensarmos que o corpo é subordinado – e porque não dizer destruído – na medida em que advém um imaginário de si- mesmo, e se esse advento pode ser interpretado como uma sublimação do corpo, e o si mesmo como uma construção fantasmagórica <sup>26</sup>, haverá representações corporais que não irão corresponder à construção discursiva, sendo assim o corpo é o ponto cego do discurso, pois não poderá apreender o corpo em sua totalidade – criando assim um resíduo corporal, que já anuncia o seu engodo. Pois, *o corpo não é um lugar onde acontece uma construção; é uma destruição em cuja ocasião o sujeito é formado* (BUTLER, 2017, p.99). E será a partir dessa “destruição” que serão inseridos os sujeitos e um esforço de inserção dos corpos, porém ele é sempre o que escapa à normalização.

Se pegarmos o exemplo do Miss Transgender, os jurados que contemplaram o sujeito “parcialmente trans” – aos olhos das outras concorrentes – eles estavam pautando sua análise num nível performático, porque nele é possível apreender uma definição da transexualidade, porém os efeitos dessas escolhas colocam em xeque o próprio encarceramento das outras

---

<sup>26</sup> O fantasmagórico remete ao fantasma lacanianiano que é a construção que o sujeito faz a partir do discurso do Outro, do discurso que estrutura.

concorrentes, que parecem não deslocar o trânsito para outro lugar, direcionando apenas para uma posição unilateral sobre o que é ser uma “trans-mulher”. Então, é possível agora entender o corpo não apenas como aquele que constrói o sujeito em seu estado dissociado e sublimado, mas também que excede ou resiste a qualquer esforço de sublimação – estando aqui os caminhos da sujeição.

Os corpos errantes resistiram ao desejo dos discursos que tentavam estabelecer sua “verdadeira” representação, e com seus sintomas não se inquietaram de mostrar desejos que promoviam rupturas a toda e qualquer tentativa de inserir um campo pré-estabelecido sobre seu desejo. Esses resistiram ao fundir-se, ao aniquilamento do discurso do outro, pois, se esse se pauta em uma incessante classificação, aponta não uma modificação na sua constituição orgânica dos sujeitos, mas na maneira como estes são apreendidos pelo discurso que os enreda (CHIARETTI, 2015).

## CAPÍTULO 02. AS RES(X)ISTÊNCIAS: *o aparecimento dos discursos subjetivos*

No capítulo anterior apontamos como o discurso psiquiátrico, acompanhado de sua prática clínica e dos instrumentos como os manuais, direciona e condiciona corpos conjugados com a sexualidade para determinadas estabilizações; e o que se torna mais flagrante nos manuais é a construção diagnóstica pautada em uma lógica heterossexual: a heteronormatividade. Essa é sempre usada como “base de controle” para as classificações das diversas disforias. Para os manuais, ser “disfórico de gênero” é não pertencer a uma heterossexualidade sustentada por vários discursos, é não seguir uma pedagogia de corpos educados a portarem-se de determinada forma, a atenderem determinados preceitos da sexualidade, isto é, é estar nas amarras da sujeição. Neste capítulo, como já anunciado, falaremos sobre as resistências, e como elas farão frente às estabilizações heteronormativas dos manuais – enquanto os manuais oferecem um lugar marcado pela sujeição [processo de construção de uma identidade], as resistências vão possibilitando experiências subjetivas que promovem rupturas nas concepções *standart* de sexo conjugada com o gênero. Será por meio das leituras das resistências que poderemos pensar onde o discurso estabilizador claudica, onde a identidade fracassa; é lá no espaço das resistências que será possível um lugar autoral para a sexualidade, afinal é na resistência que aparece o caráter irreduzível do sujeito marcado pela linguagem.

O percurso deste capítulo evidencia uma leitura da resistência via o discurso, ressaltando a importância da questão temporal, com a leitura dos manuais foi possível compreender que signos como transexualismo (DSM-III), transtorno de identidade de gênero (DSM-IV) e disforia de gênero (DSM-V), apesar de manterem praticamente o mesmo significado, há trocas nos significantes. O que pode indicar esse deslocamento? Ele aponta o momento de intersecção, um momento em que o movimento de resistências marca seu lugar e muda as relações de poderes. A luta pelo nome social sem necessidade cirúrgica faz o discurso médico repensar a lógica inicial de que o único tratamento possível para o verdadeiro transexual viesse a ser a intervenção cirúrgica; os processos de des-construção da lógica heteronormativa de gênero – que fez nascer uma questão queer<sup>27</sup> – coloca em xeque a concepção de uma identidade pautada por um rol de comportamentos, nascendo a concepção de disforia. Se os lugares de resistências acontecem frente aos processos discursivos da

---

<sup>27</sup> *A Teoria Queer emergiu nos Estados Unidos em fins da década de 1980, em oposição crítica aos estudos sociológicos sobre minorias sexuais e gênero. Surgida em departamentos normalmente não associados às investigações sociais - como os de Filosofia e crítica literária - essa corrente teórica ganhou reconhecimento a partir de algumas conferências em Universidades da Ivy League, nas quais foi exposto seu objeto de análise: a dinâmica da sexualidade e do desejo na organização das relações sociais. A tensão crítica com relação às ciências sociais impulsionou o empreendimento queer e o estabelecimento de um diálogo que já era patente quando, em uma coleção de livros sobre teoria social contemporânea, figurou o título **Queer Theory/Sociology** (MISKOLCI, 2009).*

sujeição, não estaríamos aí diante de uma necessidade linguística de considerar vozes dentro do próprio processo de militância? E, pensar também, como a lógica heteronormativa aparece no processo subjetivo nos próprios sujeitos marcados pela questão trans?

Nos anos de 1960, aconteceu a intitulada “Revolta de Stonewall” – o que muitos consideram como a primeira parada do Orgulho LGBTQIA+ – em um bar chamado Stonewall Inn, que recebia uma grande variedade de clientes, dentre eles as pessoas mais pobres e marginalizadas da comunidade gay: drag queens, transgêneros, homens afeminados jovens, lésbicas masculinizadas, prostitutas e jovens sem-teto. Como uma medida de sustentação de um desejo conservador que operava na época, as batidas policiais em bares gays eram rotineiras na década de 1960-70. Porém, a situação em Stonewall Inn tomou uma outra direção: os policiais atraíram uma multidão que foi incitada à revolta. As tensões entre a polícia de Nova York e os residentes de Greenwich Village [bairro onde se localizava o bar] irromperam em mais protestos na noite seguinte e, novamente, em várias noites posteriores. Dentro de semanas, os moradores do bairro rapidamente organizaram grupos de ativistas para concentrar esforços no estabelecimento de lugares que gays e lésbicas pudessem frequentar sem medo de serem presos. Um dos atos mais memoráveis – e esclareço que a escolha deste ato foi pela força linguística que o marca – foi o discurso de Sylvia Rivera<sup>28</sup>, militante e transexual, ela relata uma urgência de se iniciar uma revolução que tivesse como objetivo o “Poder Gay” [Gay Power]. Definitivamente, o termo Gay enunciado por Sylvia faz uma ruptura em seu termo médico, ela coloca o Gay fora de uma condição patologizada e lhe atribui um outro poder, um outro lugar. O termo que tinha uma imbricação pejorativa – sustentado pela comunidade como uma patologia, um desvio sexual – é empregado para evocar uma revolta/revolução – o termo gay, nesse momento, está convocando os sujeitos “desviantes”, condensando em um termo apenas, todas as formas de expressão da sexualidade considerada desviante. Com o decorrer histórico, esse termo [e qualquer outro que viesse ou venha a aparecer] se mostrará insuficiente para esse fim, porém o que é possível extrair desse momento? Butler (1997), em *Linguagem, poder e identidade*, coloca em questão o fato de como a vulnerabilidade linguística aparece num momento em que um termo é condensado e estabilizado; e, é a partir desta vulnerabilidade que é possível começar a pensar os “discursos” sobre outra perspectiva: a consideração da dimensão temporal do enunciado como um dispositivo necessário para a denotação de tal discurso/palavra – no caso do trabalho de Butler (1997), ela irá pensar os atravessamentos sofridos pelo insulto, o xingamento:

*El insulto, sin embargo, assume su proporción específica al tiempo. Ser insultado es una de las primeras formas de agravios lingüísticos que uno aprende. Pero, no todos los nombres por los que se nos son hirientes (1997, p. 16-17).*

---

<sup>28</sup> Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=9QiigzZCEtQ>



Logo, ser nomeado não é apenas uma condição essencial para um sujeito se constituir na linguagem, mas também, é por onde Althusser (1971) se apoiará para a construção da noção de interpelação<sup>29</sup>. Assim, o poder de ferir exercido pela linguagem seria derivado de poder interpelativo? E como surgem os gerenciamentos linguísticos que definirão ao mesmo tempo o estabilizado e o vulnerável? Com isso, podemos pensar que o *dano linguístico* [o insulto] é um efeito não apenas das palavras, que se referem a um signo, mas também do tipo de “elocução”, de um estilo – uma disposição ou um comportamento convencional – que interpela e constitui o sujeito, que se inscreve em um discurso. Então, se ser objeto da alocação [nomeação pelo outro] nivela-se a ser interpelado, a palavra “ofensora” pode portar o constitucional do sujeito na linguagem, da mesma maneira que o sujeito pode se utilizar desse termo para fazer frente à cena de ofensa. Quando a palavra porta o insulto, um poder pejorativo, dá àquele que fere um poder. E, assim, é possível questionar: que poder é esse do qual se trata e como se pode levantar o seu caráter falho? Butler (1997) questiona-se sobre as forças que exercem o poder, indicando que elas estão diretamente relacionadas com as performances estabelecidas pelos seus atos de fala, sobre uma performance pré-estipulada para determinado lugar, tornando-se necessário refletir sobre como os discursos constroem atos performativos. Para tal, será preciso retomar alguns conceitos de Austin, que propõe que, para que se faça efetiva a força de um enunciado, o que estabelece um caráter performativo, é preciso situar o enunciado em uma “*situación de fala total*” (AUSTIN, 1994, p. 59). Entretanto, não há uma maneira fácil de delimitar essa totalidade, pois Austin irá distinguir os atos entre “ilocucionário” e “perlocucionário”. Os primeiros são os atos de fala que, quando dizem algo fazem o que dizem, enquanto os segundos são atos de fala que produzem certos efeitos como consequência – que não necessariamente corresponde ao ato de fala. Qualquer delimitação do ato de fala total nos casos ilocucionários contém, sem dúvida, *una comprensión de cómo ciertas convenciones son invocadas em el momento de la enunciación* (BUTLER, 1997, p.18), podendo dizer que, nos atos ilocucionários, os enunciados operam sob a forma de um “ritual/cerimonial”, à medida que foram repetidos pelo tempo, criam um campo de ação que não se limita apenas ao enunciado, ou seja, um momento nas amarras de um ritual é uma historicidade condensada: *se excede a sí mesmo hacia el pasado y hacia el futuro, es uno efecto de invocaciones previas y futuras que al mismo tiempo constituyen y escapan a la enunciación*. (BUTLER, 1997, p.19). Então é possível pensar que o termo gay associado ao primeiro momento – o discurso médico, o patológico – é

---

<sup>29</sup> Althusser insiste na criação de uma ordem simbólica que estrutura o sujeito a partir de dispositivos de interpelação (poderíamos dizer: a ideologia como *proceso*, tratando-se aqui de um tipo de *instituição simbólica da ideologia*), ele também define a ideologia como uma relação *imaginária* entre as pessoas e as suas condições de existência reais (poderíamos dizer: a ideologia como *resultado*, tratando-se aqui de uma tentativa do sujeito - originado no processo precedente - de reconhecer as suas condições de existências reais, o que geraria, assim, uma *imagem* destas). O filósofo propõe, nesse contexto, a noção de *reconnaissance/méconnaissance* (reconhecimento/desconhecimento) para apreender o duplo efeito da ideologia (duplo obstáculo da simples *connaissance*, do conhecimento científico (BERDET, 2018).

permeado por vários movimentos da ciência [genética, a descoberta dos hormônios, o binarismo, biologia] que vem a reforçar a construção de uma “coisa” a partir de uma “palavra”, que assume seu lugar delimitado. E, se a temporalidade da convenção linguística, considerada como um ritual [associar gay ao patológico], excede o momento da enunciação e, ainda mais, se esse excesso não pode ser apreendido e nem identificado [o passado e o presente só podem ser narrados desprovidos de certezas], então o que constitui a “situação total de fala” é a impossibilidade de atingir uma forma totalizada em qualquer um dos casos de injúria. Sendo assim, encontrar um contexto para o ato de fala não é suficiente para saber qual é a melhor maneira de julgar seus efeitos, pois, ser o objeto de um enunciado que insulta implica não somente em deixar em aberto um futuro desconhecido [um termo que promove apagamentos de outras formas de existir], mas também não se sabe nem o tempo e nem o espaço do insulto, e fica-se desorientado com respeito à posição de si mesmo como efeito de um ato de fala. O que fica em silêncio nesse momento devastador [o do insulto] é precisamente o caráter “volátil” do lugar que é ocupado pela comunidade de falantes: tal ato de fala pode colocar um sujeito “em seu posto”, seja ele homologado pelas instituições de poder ou silenciado pelas mesmas. Desta forma, *Stonewall Inn* abriu caminhos para começar a aparecer um outro entendimento acerca do termo gay. Uma saída do patológico [a quarta versão do DSM não consta o termo homossexualidade como um desvio] para um possível empoderamento das vozes silenciadas. Porém, esse empoderamento sofre seus deslocamentos e acaba dando mais destaque para as vozes dos homossexuais [primeiramente homens gays e, posteriormente mulheres lésbicas] e deixando apagadas as categorias das pessoas marcadas pela questão trans.

Embora a revolta de Stonewall seja um marco na luta pelos direitos LGBTQAI+ e um exemplo na luta contra o preconceito, é preciso atentar que, na época, a ação não agradou lésbicas, gays e bissexuais conservadores. E isso é apontado por Sylvia Rivera em outro momento: *“Você só vai a bares por causa do que as drag queens fizeram para você. E agora, gays dizem para nós pararmos de ser quem somos?!”. (LUCON, 2014).* Então, é nesse momento que o termo gay tem outra conotação. O mesmo termo que deu o “poder” para a existência de diversas formas de sexualidade, limitou-se a atender a um determinado grupo. O Gay que liberta é o “mesmo” Gay que limita.

Então, nesse caso, pode-se pensar em três momentos para o termo “gay”: (1) um gay perpassado pela nosografia, pela doença; (2) um outro com um certo empoderamento posicionando contra a patologização e condensando todas as formas de sexualidades que não são heteronormativas; e, (3) e ainda um outro representando uma limitação, e, conseqüentemente, um esquecimento das outras expressões da sexualidade. O que queremos extrair desse caso é que o termo [*Gay*] carrega em si uma posição linguística portada de seu paradoxo: ao ser nomeado é oferecido um lugar de existência social – iniciando uma vida

temporal da linguagem, *una vida que excede los propósitos previos que animaban esse nombre* (BUTLER, 1997, p.17) – que produz uma fixação que paralisa aquele que se dirige, mas também produz uma resposta inesperada que abre possibilidades para deslocamentos. Isto é, o que vale numa “luta”, numa revolução é resistir às posições identitárias que silenciam outras formas de existir em detrimento de uma existência estabilizada. Assim, o discurso da resistência pode ocupar um lugar de poder, e consecutivamente de normatização promovendo, assim, um limite ao corpo. Será nessa linha transitória entre a sujeição e a resistência uma possibilidade de condição de existência para a Parresía (Foucault, 2010b/2011), uma voz marcada pela fala franca que promove uma ruptura do lugar performático esperado, apontando para aqueles que ouvem um caminho ético no que tange à possibilidade de existência de outras sexualidades até então silenciadas.

Desta forma, para pensar em uma compreensão ética da subjetividade – principalmente, nesse trabalho, as questões que cerceiam a sexualidade – será necessário pensar como o processo de subjetivação serão os caminhos que fazem frente aos processos de assujeitamento [sujeição, personificada pela identidade]. Torna-se necessário pensar em como as resistências irão promover novas formas de leitura pelas instituições de poder – e claro, consecutivamente, as novas formas de controle. Assim, pensemos nas resistências:

## **2.1. AS RESISTÊNCIAS FRENTE ÀS IDENTIDADES:** *de Freud a Foucault*

Não pretendemos, de maneira alguma, nesse momento esgotar teoricamente o conceito de resistência na teoria freudiana e de resistências na teoria foucaultiana. Porém, como apontado no primeiro capítulo, a articulação e uma possível aproximação da teoria freudiana com a foucaultiana acerca da identidade pode dar direcionamentos para refletir os efeitos de sentido – que culminam numa acepção da identidade – produzidos pelos discursos (psiquiátricos e midiáticos) no que tange a questão trans. E pensar os movimentos de resistência(s) é pensar na demarcação subjetiva, e numa acepção da ética do corpo com a sua “escolha” no que tange os processos de construção de sexualidade e gênero.

### **2.1.1. A RESISTÊNCIA FREUDIANA:** *algumas considerações*

De acordo com Roudinesco e Plon (1998, p.659) o conceito de resistência pode ser percebido em três momentos da teoria freudiana: (1) de caráter exclusivamente do *setting* analítico, que *inspira-se na reflexão sobre a técnica e a prática analíticas, cuja evolução determinaria a do estatuto atribuído às possíveis formas de resistência do paciente*, ou seja, nesse momento a resistência se refere ao sintoma e a sua fixação a ele; (2) de *ordem teórica e foi vivamente afetada pela instauração da segunda tópica*, que se refere a uma constatação de sua teoria que refletiria acerca não apenas

do trabalho com o paciente, mas também do lugar do analista. O fato de o paciente resistir a uma construção sobre seu sintoma está diretamente ligado ao modo como um analista conduz uma sessão, o que permitirá Lacan (1953-54) apontar que a resistência é sempre do analista. E, por fim, (3) *de ordem interpretativa, relaciona-se com as manifestações de hostilidade e as formas de rejeição de que a psicanálise possa ter sido objeto*, referindo ao próprio efeito da Psicanálise e sua prática, ao ser uma ciência que provoca uma ferida narcísica na sociedade ao apontar que o ser humano tem uma instância inconsciente, relacionada com a sexualidade, que não é apreendida pelo sujeito consciente.

Focaremos nossas considerações principalmente no segundo momento – apesar de não ter uma separação de fato na relação do primeiro com o segundo, pois o trabalho clínico e prático coloca em movimento constantemente a elaboração teórica – apostando que foi nessa reestruturação teórica da resistência, que Freud pode construir a psicanálise e sua distância da prática médica de formação, já que a primeira aponta para a construção única de cada caso e a segunda aponta para uma construção mais generalista do indivíduo. Como Freud irá construir essa nova leitura do sintoma?

Em *Três ensaios sobre a sexualidade*, Freud (1905a) estabelece uma divisão que será fundamental à psicanálise: de um lado há a organização sexual – pautada nos movimentos pulsionais – e, do outro o desenvolvimento maturacional do sujeito – permeado, principalmente pelo desenvolvimento biológico. Enquanto a maturação pode ser colocada no campo da evolução, criando fases e colocando o sujeito em uma dimensão cronológica do tempo; a organização sexual se dá por meio da linguagem, do advento do simbólico, colocando o sujeito em uma ordem lógica do tempo, estabelecida pela construção, pela dedução *a posteriori*. Por exemplo, para o desenvolvimento maturacional, a questão anatômica está diretamente ligada à questão de gênero (há um pênis, logo, há um homem), já para a organização sexual a existência da anatomia não proporciona nenhuma garantia da representação prévia de seu respectivo gênero (Se há um pênis, há uma possível representação simbólica para tal presença). Assim, a anatomia marca o corpo, porém, para a psicanálise, o que será desse corpo sincrônico é permeado pelo corpo diacrônico, isto é, o que possibilita o mínimo de interpretação atualizada do corpo é efeito do percurso das pulsões, e como essas foram marcadas e representadas ao longo da experiência psíquica. Pensando nisso, Freud (1905a) propõe tomar a sexualidade no campo da organização e não do desenvolvimento, envolvendo não apenas as relações anatômicas e biológicas, mas também o percurso de representação simbólica sobre esses fatos.

Essa divisão será essencial para o entendimento do sintoma. Na psicanálise, o sintoma advém não como uma simples categoria nosográfica que pauta suas acepções a partir de uma série de fatores desenvolvimentistas, mas pautado em uma ética, que propõe a leitura do sintoma que não o contemple apenas em sua taxonomia, mas sim, nas relações do sujeito com

o mundo interno (sistema pulsional) e o externo (social e biológico), o sujeito é um efeito de suas relações. Na visão desenvolvimentista, há a busca em torno da classificação e da nomeação do sintoma e, como estratégia, busca a sua cessão. Esse procedimento, não cabe à psicanálise, pois uma das vias de acesso ao inconsciente é o sintoma. Assim, ao tentar cessar o sintoma interrompe-se o circuito das pulsões, e, consecutivamente, o acesso ao inconsciente – não possibilitando formas de construções possíveis para o sintoma.

De acordo com Lacan (1953/54 *apud* CHIARETTI, 2015) *o eu [ego] está estruturado exatamente como um sintoma. No interior do sujeito, não é senão um sintoma privilegiado. É o sintoma humano por excelência, é a doença mental do homem*, com isso podemos identificar uma estreita relação entre sintoma e sociedade, pois o sintoma que pode nomear um ego é um sintoma privilegiado e humano. Assim, Freud (1905a) pensará que, para a construção de uma identidade sexual, é preciso pensar para-além dos contornos biológicos, pois a sexualidade para Freud (1905a) abrange, no mínimo, três vertentes: sexo genital, sexo psicológico (identificação com o corpo) e a escolha do objeto de amor. E somente pela constituição subjetiva, permeada pelo movimento pulsional, que é possível pensar em um jogo de combinatórias que acabará refletindo no seu modo de agir e seu posicionamento perante a sexualidade – colocando, assim, de alguma forma, a própria heterossexualidade como um sintoma, e não como um crivo de comparação como proposto pelos DSM.

Então, se para a psicanálise o sintoma é um efeito discursivo – distanciando-se de uma instância biologicista – pode-se pensar a identidade como um *resultado de um longo processo de identificações em que o sujeito assimila, total ou parcialmente, à maneira de uma incorporação oral, propriedades e atributos de um outro*. (FREUD, 1916/1996, p. 105). O percurso freudiano para a concepção dessa ideia de sintoma vem da sua construção clínica que envolve principalmente o trabalho sobre a resistência. Apontamos que o sintoma é essa tradução entre as construções subjetivas com os referenciais externos, dessa forma, em um processo de análise a relação transferencial será o lugar de excelência para se pensar o lugar do analista. Em *Um caso de Histeria* (FREUD, 1905b), em uma análise posterior do *fracasso* desse caso clínico, começou-se a perceber a importância da transferência para o êxito terapêutico:

*Fui obrigado a falar da transferência porque somente através desse fator pude esclarecer as particularidades da análise de Dora. O que constitui o seu grande mérito e que a fez parecer adequada para uma primeira publicação introdutória, a saber, sua transparência incomum, está ligado a seu grande defeito, que levou a sua interrupção prematura. Não consegui dominar a tempo a transferência...* (FREUD, 1905b, p. 113).

Nesse caso, o “fracasso” de Freud (1905b) é devido ao fato de suas intervenções serem direcionadas a série de homens de Dora – paciente relatada no caso. Dora desenvolve diversos sintomas somáticos – como uma tosse que não é passageira e não tem nenhuma implicação orgânica – e, por meio de associações, Freud a associa a tosse a algumas cenas que

careceram de organização. A tosse de Dora era o lugar de resistência, é nela que aparece condensado, como um representante, toda a historicidade de seu sintoma. Durante o tratamento, Freud coloca, a princípio, que o seu lugar como analista corresponde a uma série de homens de sua vida: o pai, e o Sr. K (amigo da família e marido de Sra. K). Ao colocar o desejo de Dora endereçado a esses homens, Freud na posição de analista, considera-se nesse mesmo lugar numa relação transferencial. Numa análise posterior, ele percebe que o endereçamento, os processos de identificação de Dora encontravam-se na Sra. K, mulher que mantinha relações extra-conjugais com o pai de Dora. Esse erro estratégico leva a paciente “resistir ao tratamento” e, consecutivamente, abandonar-lo. Analisando sobre essa “não-escuta”, Freud (1905b) colocará que *o adiantamento da cura ou da melhora só é realmente causado pela pessoa do médico (p.111)*, ou seja, colocando que, na verdade, a resistência encontrava-se em Freud que não foi capaz de ver uma possível identificação homossexual com a Sra. K que continha uma insígnia da resposta à pergunta o que quer uma mulher? – pergunta que permeou Freud durante todo seu percurso na psicanálise. Dora juntamente com outras pacientes marcadas pela questão da histeria, casos relatados em *Estudos sobre Histeria (1893-95)*, foram as verdadeiras criadoras da Psicanálise, pois colocaram o lugar do analista [Freud] como dificuldade – ou não – nas questões que tange ao direcionamento do tratamento, e como pensar os sintomas de forma não previamente estabelecida. Foram elas que de alguma maneira fizeram Freud perceber que qualquer forma de tentativa de coerção sobre o desejo – como a hipnose que demandava um alto grau de sugestionabilidade para que pudesse ser efetiva – era ineficaz. A criação do método proposto por Freud (1910) consiste em uma substituição da hipnose, que exerce um grande poder coercitivo sobre o sujeito em análise, para uma associação livre, que é um modo de aparecer o desejo nas representações escolhidas pelo próprio paciente e não necessariamente por uma condução como na hipnose. Pensando nisso, Freud (1893-95) coloca: *[...] não estamos em condição de impor nada ao paciente sobre as coisas que ele aparentemente ignora, nem de influenciar os produtos da análise pela provocação de expectativas (p.307)*.

Concluindo, para a psicanálise, será nessa relação entre o analista e o sujeito que aparecerá as diversas formas de resistências e será por meio delas que o analista pode intervir – tendo sucesso ou não -, é por ela que será possível realizar uma leitura do lugar na economia subjetiva do analisando. O uso da fala como objeto de trabalho permite que esses representantes psíquicos sejam alcançados na busca por meio da associação livre. Dessa forma, um analista, permeado pela ética da psicanálise, tem como técnica a escuta, não se pautando em nenhum padrão, porque a constituição do eu [ego] é de maneira singular – assim como a criação do sintoma. Portanto, qualquer tentativa de regulamentação e padronização do tratamento terá como resposta um aumento da resistência – que é o indicativo de uma não-escuta do desejo.

### 2.1.2. AS RESISTÊNCIAS EM FOUCAULT: *o irreduzível do Poder*

O conceito de resistência em Foucault é desenvolvido em vários momentos de sua obra. Mas, especificamente para essa dissertação e para fins de direcionar a discussão para essa relação do discurso sobre os corpos e sua sexualidade, voltaremos nossa atenção para o desenvolvimento da resistência no livro de Foucault (2015) *A história da Sexualidade I: Vontade de Saber* (HSI). Neste é possível notar cinco momentos do desenvolvimento teórico da resistência: (1) como movimento a ser suprimido pelas estratégias de controle – como a confissão; (2) numa relação dialética com o poder, em que um se torna condição de existência para o outro; (3) a resistência como um interlocutor irreduzível; (4) o caráter efêmero e isolado que pode aparecer nos atos de resistência e, após, Foucault então apontará (5) o caráter paradoxal da resistência.

Nesse livro, Foucault (2015) irá fazer uma construção genealógica da confissão que perpassa algumas fases históricas. Na antiguidade, havia dispositivos que funcionavam como uma confissão, eram certas práticas pautadas nos exames de consciência, o ato de relatar ao médico – ou diretor de consciência – a verdade sobre seus corpos, para que pudesse enfim construir direcionamentos desse corpo que fala; assim, na Antiguidade, a verdade em questão era a verdade dos discursos verdadeiros. Após, o autor passa para uma leitura pautada nas fases iniciais da estabilização do cristianismo, quando esse dizer sobre si tem uma implicação direta com a ideia de “salvação”, construindo, assim, um modo essencial de captação subjetiva para essa época. Um outro dispositivo que ele pontuará sendo homólogo à confissão, é quando ele vai explorar a diferença entre a *ars erotica* e *scientia sexualis*, em que a primeira é a verdade do sexo extraída pelo prazer sobre o sexo, enquanto a segunda, permeada pelos discursos da psiquiatria, aparece como um procedimento de saber-poder. Então, pode-se pensar que:

*[...] a confissão é um ritual de discurso onde o sujeito que fala coincide com o sujeito do enunciado; é, também, um ritual que se desenrola numa relação de poder, pois não se confessa sem a presença ao menos virtual de um parceiro, que não é simplesmente o interlocutor, mas a instância que requer a confissão, impõe-na, valida-a e intervém para julgar, punir, perdoar, consolar, reconciliar; um ritual onde a verdade é autenticada pelos obstáculos (FOUCAULT, 2015, p. 90)*

E para que esse discurso opere e aja como um mecanismo de controle e sujeições de corpos, as resistências passam por processos de supressão. A confissão torna-se uma arma poderosa para o controle das resistências, para as outras formas de relação com o corpo – geralmente os corpos associados à marca do pecado, do errado, do disfuncional, do disfórico. Assim, com o ritual da confissão era possível um exercício de controle das resistências, pois a confissão trata-se de um *ritual onde a enunciação em si, independentemente de suas consequências*

*externas, produz em quem a articula modificações intrínsecas: inocenta-o, resgata-o, purifica-o, livra-o de suas faltas, libera-o, promete-lhe a salvação (ibid, p. 90).*

Será a partir dessa reflexão sobre a confissão que Foucault (2015) poderá então deduzir que a resistência não se encontra numa exterioridade das relações de poder – ela é um efeito destas:

*Elas [relações de poder] não podem existir senão em função de uma multiplicidade de pontos de resistência que representam, nas relações de poder, o papel de adversário, de alvo, de apoio, de saliência que permite a apreensão. Esses pontos de resistência estão presentes em toda a rede de poder (FOUCAULT, 2015, p. 91)*

É por isso que Foucault recusa a ideia de Marcuse<sup>30</sup> sobre a “grande Recusa”. E vai delimitar que as formas de resistências seriam de múltiplas formas, que a luta contra sistemas coercitivos e de poder só poderia acontecer em uma esfera micro – numa instância que invoca algo de autoral daqueles que resistem.

*Portanto, não existe, com respeito ao poder, um lugar da grande Recusa [...] Mas sim resistências, no plural, que são casos únicos: possíveis, necessárias, improváveis, espontâneas, selvagens, solitárias, planejadas, arrastadas, violentas, irreconciliáveis, prontas ao compromisso, interessadas ou fadadas ao sacrifício; por definição, não podem existir a não ser no campo estratégico das relações de poder (FOUCAULT, 2015, p. 91)*

Acreditamos, permeados pelo pensamento de Foucault, que qualquer trajetória que um sujeito autorize a seu corpo não é sem consequências. O caráter heterogêneo necessário para a existência de um poder estabilizado é permeado por qualquer trajetória corporal, todos os sujeitos estão imbricados nessa relação de poder, seja o poder pela sexualidade, seja pelas posições políticas e/ou sociais. Não há escapatória das relações de poder, mas o posicionamento crítico – as resistências – frente a esse poder é o que Foucault (2015) chamará de *o interlocutor irredutível*:

*As resistências não se reduzem a uns poucos princípios heterogêneos; mas não é por isso que sejam ilusão, ou promessa necessariamente desrespeitada. **Elas são o outro termo nas relações de poder;** inscrevem-se nestas relações como o interlocutor irredutível. Também são, portanto, distribuídas de modo irregular: os pontos, os nós, os focos de resistência disseminam-se com mais ou menos densidade no tempo e no espaço, às vezes provocando o levante de grupos ou indivíduos de maneira definitiva, inflamando certos pontos do corpo, certos momentos da vida, certos tipos de comportamento. (p. 90-91 - negrito nossos)*

Outro aspecto que Foucault (2015) destacará no pensamento sobre a resistência é que são pontos móveis e transitórios, pois *introduzem na sociedade clivagens que se deslocam, rompem unidades e suscitam reagrupamentos, percorrem os próprios indivíduos, recortando-os e os remodelando,*

---

<sup>30</sup> Herbert Marcuse, considerava que a única estratégia viável, para a saída do capitalismo, seria a Grande Recusa – uma recusa absoluta do sistema de vida estabelecido, uma recusa tanto mais irrazoável quanto mais esse sistema desenvolvia sua produtividade e suavizava o fardo da vida In: MARCUSE, H. *A ideologia da sociedade industrial*. Rio de Janeiro: Zahar, 1982.



*traçando neles, em seus corpos e almas, regiões irreduzíveis* (p. 92). A resistência é, nesta perspectiva, a peça chave para a luta contra os poderes coercitivos, sendo essa relação dialética entre poder e resistência que cerceará toda a construção do paradoxo abordado em HS1, aparecendo, assim, um jogo complexo e instável em que o discurso pode ser, ao mesmo tempo, *instrumento e efeito de poder, e também obstáculo, escora, ponto de resistência e ponto de partida de uma estratégia oposta* (FOUCAULT, 2015, p.95).

### **2.1.3. DE FREUD À FOUCAULT: as resistências como interseção possível**

Nesse momento aproximaremos a teoria freudiana com a foucaultiana, justamente para pensar o lugar da resistência como sinalizador de uma força que se levanta frente às construções de normalizações. Para tal, retornaremos ao documentário *Miss Transgender*, já apresentado no primeiro capítulo desta dissertação. Então, se na teoria psicanalítica, o sujeito não equivale à psique da qual esta surge; e se, em Foucault, o sujeito não equivale ao corpo em que ele surge. Não seria possível pensar que em Foucault o corpo tenha substituído a psique, pois é aquele que ultrapassa e perturba as construções da normalização?

Para Foucault (2015 *apud* BUTLER, 2017), a possibilidade de resistência se dá de duas maneiras: (a) *durante uma subjetivação que excede os objetivos normalizadores que a impulsionam no “discurso reverso”* – como o caso da transexual ganhadora do *Miss Transgender*; ou (b) *pela convergência com outros regimes discursivos, momento em que uma complexidade discursiva é pautada em produções que destroem os objetivos filosóficos da normalização* – como o caso dos jurados, que possuíam uma leitura diferente das concorrentes acerca da construção sobre a transexualidade, mas que curiosamente a mesma faz um furo nos discursos das outras concorrentes sobre a transexualidade ainda tão imbricado com um possível discurso psiquiátrico – e porque não dizer patológico. Então, o sujeito que é construído através da sujeição não é construído em sua totalidade. Ao invés, o sujeito está em constante processo de construção – ele é produzido repetidamente – e precisamente pela repetição que não é possível consolidar o sujeito [unidade dissociada], mas que será pela mesma repetição que é possível fomentar os efeitos que enfraquecem o discurso normativo, pois é possível construir o caminho do um-a-um. Por exemplo, a transexualidade, no discurso médico-psiquiátrico, é construída a priori a serviço da heterossexualidade compulsória e normalizadora, sendo possível apenas agora pensá-la a serviço de sua própria despatologização. É claro, que como o caso do *Miss Transgender*, o risco de re-normalização está sempre presente, nos mostrando que o sujeito foucaultiano nunca está totalmente constituído na sujeição, mas nela se constitui constantemente; e é com a repetição – que não necessariamente corresponde a sua origem – que a sujeição assume seu poder habilitador.

Já para a Psicanálise, *os efeitos da psique se esgotam no que pode ser significado ou se não existe, em contraste com esse corpo significante, um campo psíquico que contesta a legibilidade* (BUTLER, 2017, p.102). Não há uma construção simbólica capaz de apreender o sujeito em sua leitura legível, pois de acordo com Freud a consciência é apenas uma *superfície* do aparelho mental, uma função de um sistema que é o primeiro a ser atingido a partir do mundo externo. E as investigações, que competem à psicanálise, devem tomar essa superfície perceptiva como **ponto de partida** (FREUD, 1923). Desta forma, as construções do sujeito nunca remetem totalmente a seu corpo, mas apenas a um ponto de partida sobre o si mesmo sub-situado em um [eu], um ego. Porém, esse ego não corresponde totalmente à estrutura subjetiva, ele se constitui por traços [ex.: sintomas], porém nunca diz respeito ao sujeito. Essa dicotomia entre um eu suposto – seja ele construído pelo próprio sujeito, como veremos no caso Andrea; seja construído pelo discurso médico, como veremos no caso Reimer – e um eu subjetivo é que torna possível pensar o caminho ético criado pela resistência.

## **2.2. O CASO ANDRÉA:** *de que mulher se fala?*

Como vimos, no campo nosográfico os manuais vão insistindo numa forma para a categorização de uma determinada patologia, o caráter regulatório dos manuais refere-se aos sujeitos envolvidos neles, tanto os operadores desses manuais, quanto os seus “sujeitos de investigação”. Traremos, neste momento, um recorte de um caso clínico publicado por Berenice Bento (2008), que fará uma leitura do percurso de Andréa Stefanie, que fica à margem dos diagnósticos. Sua luta por um diagnóstico vai só remontando o lugar de anormalidade produzida pelo saber médico, um eterno saber sobre o sujeito não homologado pelo mesmo.

Pensar nesses percursos singularmente, entendê-los como um acontecimento e, então, pensar os movimentos discursivos que perpassam cada situação, talvez seja nossa única forma de compreender um “sintoma” fora das estruturas médico-psiquiátricas, pois é apontando a rede de relação entre os enunciados de cada acontecimento, que se torna possível pensar os engodos que as construções identitárias podem ancorar. Um engodo bem estruturado e de difícil dissolução, pois por muito tempo não é sentido como tal. E, assim, o Caso de Andréa não é diferente, sua trajetória é marcada por uma repetição de “não-lugares”, onde sua questão não é apagada, mas fica sub-situada, isto é, sempre há a marca do discurso outro sobre sua sexualidade.

Bento (2008), ao apresentar o Dossiê Andréa Stefanie, nos possibilita apontar que o lugar científico e de saber construído pelos discursos nosográficos têm suas falhas, principalmente no que diz a respeito à construção de identidades – principalmente, como já apontado, quando se trata de identidade sempre há um engodo, devido à impossibilidade de

se capturar toda a compreensão de um sujeito. Bento (2008) irá dividir o dossiê em duas partes: (1) a primeira composta de três laudos que negam o diagnóstico de “transexual” – impedindo dessa forma o acesso à cirurgia de redesignação sexual; e (2) a segunda, com dois documentos que definem Andréa como transexual – porém, ainda sem o consentimento da intervenção cirúrgica. Ao todo, serão cinco laudos, convergentes entre si, que indicam um saber sobre Andréa: (a) laudo psicológico, emitido pelo Instituto de Medicina Legal Leonídio Ribeiro (IMLLR), vinculado à Polícia Civil do Distrito Federal e assinado por dois psicólogos, (b) parecer social, do Núcleo de Perícia Social, ligado à Promotoria de Justiça Criminal de Defesa dos Usuários dos Serviços de Saúde, intitulado *Pró-Vida*. O parecer é assinado por uma assistente social e duas estagiárias em serviço social, (c) laudo psiquiátrico, assinado por dois médicos peritos também o IMLLR, (d) um encaminhamento para exames de rotina, assinado por um psicólogo e (e) um laudo psicológico, assinado pelo mesmo psicólogo. Os três primeiros documentos (a, b, c) estão arquivados juntos em um documento intitulado “Despacho de arquivamento do Ministério Público”.

O espaço de tempo entre um e outro totalizam quatro anos, e a leitura de todos esses laudos mostram que Andréa praticamente manifestou o mesmo conteúdo em todos os processos, porém o que vai se revelando diferente é a maneira como cada profissional vai apreender o sintoma de Andréa. De acordo com Bento (2008), os três primeiros laudos revelam uma construção mais objetiva, utilizando uma linguagem focada nos “atos” de Andréa, escutados de maneira isolada, quando “informa que aos cinco anos de idade sentia-se inteiramente voltado para temas femininos e desejava ser menina” (Laudo A), ou ainda “Descobriu que queria ser mulher com mais ou menos cinco anos de idade” (Laudo B); enquanto o último laudo tenta elaborar uma construção de seu sintoma de maneira mais diacrônica, apontando nele uma relação com a sua mãe, apontando uma inclinação das teorias desenvolvidas pelo psicanalista Robert Stoller<sup>31</sup>, juntamente com o conceito sobre o diagnóstico de transexualismo apontado no CID-10.

Os três primeiros laudos não apresentam uma discussão aprofundada, eles se *esgotam com duas páginas* (BENTO, 2008, p. 125). Essa economia aponta uma análise mais dos fenômenos, do que das questões que cada fenômeno abarca para a construção da transexualidade de Andréa, mostrando uma falta de preparo ou um “não querer saber” sobre a questão de Andréa, pois a trata, muitas das vezes, como um sujeito masculino:

---

<sup>31</sup> Robert Stoller, em 1968 no livro “Sex and Gender”, introduziu a palavra gênero para diferenciar do termo sexo, que estava tão somente associado às condições biológicas. Esse livro trata de intervenções cirúrgicas em pessoas intersexuais e transgêneros, para adaptar a anatomia genital ao gênero desejado. Para Stoller, o sentimento de ser mulher ou homem era mais importante do que as características anatômicas. E ele, também, aponta que uma das causas mais essenciais para o fenômeno da transexualidade aconteça é devido aos acontecimentos identitários estabelecidos na relação maternal.

*Laudos A: “o periciando compareceu para o exame psicológico neste IMLLR vestida e asseada regularmente, **lúcido e orientado**, com discurso fluido e coeso. Não foram observadas alterações dignas de nota em seu psiquismo” (BENTO, 2008, p. 126 – negrito nosso).*

*Laudos C: “o periciando comparece com vestes femininas, aspecto físico feminino, higiene mantida [...] **lúcido e orientado** no tempo e espaço, não observamos, ao exame, alterações senso-perceptivas ou do pensamento, isto é, não detectamos atividade alucinatória-delirante” (ibid. – negrito nosso)*

Ademais a essas questões que circundam o gênero, o foco desses laudos é tentar construir uma divisão pautada na linha do normal e patológico, investigando o caráter alucinatório, ao invés de fazer uma construção dessa transexualidade, do modo como Andréa traduz a sua sexualidade a partir das construções sociais do ser homem e do ser mulher. Ao não compreender quais foram os processos que fizeram emergir essa sexualidade, essa tradução dos moldes sociais, eles já apontam sua posição estabilizada sobre as definições de ser homem/mulher.

Os Laudos A, B e C apresentam diversas contradições, principalmente no que diz respeito à utilização dos nomes técnicos inventados pelo próprio saber/poder médico. No Laudo A afirma: *Exame psicológico solicitado pela Promotoria de Justiça Criminal de Defesa dos Usuários de Serviço de Saúde para a neofaloplastia* (BENTO, 2008, p. 128) – sendo que Andréa estava solicitando uma neocolpovulvoplastia (neovagina) – continuando no Laudo A: *demonstra personalidade extrovertida e dinâmica com boa capacidade de adaptação ao meio [...] apesar de possuir certa instabilidade nas suas reações frente às frustrações, normalmente mostra-se equilibrado e bem adaptado. [...] seu tipo vivencial é estratensivo, indicando que é capaz de adaptar-se a realidade, embora também possa sofrer influência do ambiente* (ibid. – grifo da autora) – apontando aqui uma determinada imprecisão sobre a real construção de Andréa, ora adaptativa, ora intolerante às frustrações.

No Laudo B as assistentes sociais colocam:

*apresentou firmeza quanto à sua condição sexual, ao tempo que demonstrou dificuldade de integração social, acirrada pelo seu discurso, via de regra agressivo, o que de imediato dificulta ou inviabiliza o convívio social [...] entendemos que [nome masculino do paciente] necessita nesse primeiro momento achar-se em equilíbrio com ele próprio sendo essa condição fundamental para seu reengajamento no programa de transgenitalização do Pró-Vida* (BENTO, 2008, p. 129) [...] *segundo nossa ótica não preenche os requisitos necessários para ser inserido no programa do Pró-Vida, visto não se tratar de um transexual dentro dos critérios médicos psiquiátricos vigentes.* (Ibid, p. 130 – grifo da autora).

Esses dois recortes dos laudos, que foram produzidos pelos operadores do “PróVida”, ignoram por completo o objetivo de acolher sujeitos que desejam passar pelo processo de intervenção cirúrgica, promover o acolhimento desses sujeitos marcados pela questão trans e, de alguma maneira, dar um possível encaminhamento e não pontuar um outro processo de achar-se num equilíbrio e enfim retornar ao programa, pois está retificando a

impossibilidade desse espaço oferecer qualquer tipo de suporte, e *termina por desqualificar-se como espaço institucional destinado a pessoas transexuais*. (BENTO, 2008, p. 130).

Em contrapartida, o documento D e o Laudo E, vão apontar Andréa com o diagnóstico de transexualismo:

*Documento D: O paciente [nome masculino do paciente], conhecido como Andréa, está em atendimento conosco desde o dia 5 de abril de 2002 [...] o paciente possui um desejo de viver e ser aceito enquanto pessoa do sexo oposto. Este desejo se acompanhada de um sentimento de mal-estar e de inadequação por referência a seu próprio sexo anatômico e do desejo de submeter-se a um tratamento hormonal e a intervenção cirúrgica a fim de tornar seu corpo tão conforme quanto possível ao sexo desejado, o que nosso entender configura a CID-10; F64.0 – Transexualismo (BENTO, 2008, p. 132 – grifo da autora)*

*Laudo E: Nosso entendimento do caso vai no sentido de conhecimento de uma personalidade neurótica funcionando dentro dos padrões da normalidade, contudo com um grave Transtorno de Identidade de Gênero condizente com a CID-10 Transexualismo (BENTO, 2008, p.127)*

Essas construções vão apontando de alguma maneira a imprecisão desses manuais, pois aqueles que narram suas trajetórias marcadas por uma mudança de sexo – seja ela de qualquer nível – estão inseridos, quase sempre, *a um mundo intensamente bissexual* (FOUCAULT, 1980), o mal-estar acerca de sua identidade é traduzido pelo desejo de “transformar-se no sexo oposto”. Porém, isso é apenas um reflexo da intensa *monossexualidade* imposta pelas instituições de controle homologadas socialmente – a igreja, a escola, as instituições de saúde. O Dossiê “nosográfico” de Andréa é *uma peça única que revela o funcionamento da matriz autorizativa e gera desdobramentos esperados e potencialmente trágicos* (BENTO, 2008, p. 142).

Por sorte, o caso Andréa, a partir de seu processo de terapia e de estar em contato com pessoas que pensam a transexualidade de outra forma, pode ter um outro desfecho do que essa subordinação ao diagnóstico, de acordo com a própria Andréa (2008 apud BENTO, 2008):

*Depois daquele “laudo” fajuto e porco, fui atrás de informações que pudessem me subsidiar e retrucar em favor do meu ponto de vista sobre a transexualidade. Naquele momento, tinha uma amiga transexual e ela foi fundamental na minha vida. Ela, na condição de bióloga e pesquisadora, me ensinou a buscar fontes e as teorias sobre a transexualidade. Ela passou aquela coisa que chamam de laudo de cabo a rabo e encontramos um monte de incoerência e bobagens técnicas, como quando ele afirma que sou “exibicionista”. Juntas discutimos com meu psicólogo e ele me mostrou que estávamos corretas [...] hoje penso que a transexualidade como uma experiência possível e feliz de viver [...]. Não tenho mais que discutir cirurgias. Eu discuto direitos (p. 141).*

Andrea, como muitos sujeitos marcados pela questão trans, como a ganhadora do Miss Transgender, como Ângela Lopes<sup>32</sup> são marcados a princípio sobre uma leitura social do “como” deve ser construída uma mulher, apontando a existência do crivo heteronormativo sobre seus corpos, porém com o percurso dos empoderamento de vozes, com o processo de escuta de si, com refletir sobre um lugar outro acerca da transexualidade para-além do sintoma da psiquiatria, onde o “pertencer ao outro gênero”, não necessariamente faz esses corpos “estarem em um corpo errado”. O *processo transexualizador*<sup>33</sup> de Andrea mostrou a sua recusa de pertencer ao lugar pré-estipulado pela psiquiatria, recusa que a coloca em outro caminho do “ser mulher”, um que promove a manutenção de um “erro”.

### 2.3. O CASO REIMER: *uma transexualidade?*

Por um longo período de sua vida, o encontro de Andrea com (ser) mulher era interpelado pelos efeitos da completude da Ciência, dando uma resposta obturante que permeia a sua busca. Uma resposta que vem do outro, ora do médico, ora do laudo dos assistentes sociais, ora dos psicólogos. Porém, enquanto Andrea dava ao outro (discurso psiquiátrico) o lugar de respostas de uma questão que compreendia apenas seu corpo, o desejo cirúrgico mantinha-se pulsando, entretanto ao cair o desejo do ato cirúrgico, cai também a mulher que deseja sustentar pelo desejo do outro. Apesar do constante preconceito por parte da equipe médica, Andréa teve escolhas do destino de seu corpo durante o ambíguo processo transexualizador.

O Caso que traremos a seguir (Caso Reimer) problematiza os limites éticos da Psiquiatria. Nesse momento de nosso percurso, quando estamos pensando a emergência subjetiva frente aos lugares de sujeição, iniciaremos uma discussão acerca da Parresía [fala franca] – que tem seu conceito elaborado no interior da democracia grega, que vai se alterando a medida que as correntes de pensamentos filosóficos vão se modificando frente à necessidade. A Parresía (Foucault, 2010b/2011) é uma busca pela construção de um subjetivo, construindo no um-a-um. Torna-se necessário essa passagem para que possamos pensar nas dimensões éticas que privilegiem a aparição de vozes, de construções subjetivas não estabilizadas, frente às categorizações perversas de aprisionamento, de assujeitamento [sujeição]. O livro *As nature made him: the boy who was raised as a girl* de Jhon Colapinto (2000) realiza uma “re-construção” dos fatos sobre a história de Brian Reimer – a partir do ponto de

---

<sup>32</sup> Travesti, ativista, primeira mulher transexual no Brasil que teve seu nome retificado sem a necessidade da intervenção cirúrgica e conselheira da Comissão de Diversidade Sexual e Identidade de Gênero da OAB de São Carlos.

<sup>33</sup> Nome dado ao processo que engloba os procedimentos para a obtenção de tratamentos em relação a Disforia de Gênero, como o tratamento hormonal e/ou cirúrgico.

vista de David (Brenda/Brian) e não de seu médico que teve muitas publicações falaciosas sobre o caso. Brian nasce anatomicamente inscrito como “homem” – por portar um pênis – Entretanto, sua criação foi regulamentada pelo o que se acreditava “ser uma mulher” [construções performáticas de uma mulher]. A cena que daremos destaque nesse caso é o diagnóstico de transexualidade que Brian/Brenda teve no decorrer de seu tratamento. Tal acontecimento pontua um lugar fora do que era convencionado a seu “eu” [pelos familiares e médicos] e coloca em xeque o saber – e consecutivamente, o poder – que se sustentava sobre este corpo, pois seu sintoma revela uma expressão “autêntica” de seu desejo: *eu não quero ser uma garota*. (COLAPINTO, 2000). Quando Brenda assume um lugar “verídico” de si, coloca em movimento questões como: Quais são as limitações de uma dimensão subjetiva em um sistema classificatório? Quais matrizes estruturam as pragmáticas de si? E quantos *atos parresiásticos* são necessários para se enxergar as contradições das pragmáticas? Para pensar o *cuidado de si* na perspectiva da teoria foucaultiana, torna-se necessário pensar em uma governamentalidade que *remeta*

*[...] ao grupo de práticas que funcionam como dispositivo de segurança (instituições) por meio dos quais se governa a população em relação ao fenômeno de massa que podemos conhecer e administrar em termos estatísticos, tendo em conta a aleatoriedade dos acontecimentos futuros e a liberdade do indivíduo. Nessa perspectiva, as relações de poder, a diferença das relações de dominação supõe o exercício da liberdade (FOUCAULT<sup>34</sup>, 1994 apud CASTRO, 2017, p. 122)*

Assim, pensar o lugar ocupado pelo sintoma transexual no Caso Reimer, é pensar o lugar que a “liberdade” frente à sexualidade fica em relação aos dispositivos de segurança, melhor dizendo, pelos mecanismos de produção dos discursos verdadeiros. Desta forma, só é possível governar o corpo de Brian/Brenda a partir do momento em que se estabelece crivos heteronormativos e corretivos, ou seja, um corpo será sempre lido a partir de uma lógica normativa vigente, e os mecanismos demandam uma manutenção dessa lógica.

Sem mais, vamos ao caso: Brian Reimer, nascido em uma pequena cidade do Canadá, é gêmeo com Bruce. E em seus primeiros meses de vida ele passa por um procedimento de operação de fimose e, como consequência, Brian teve seu pênis dilacerado [devido a um procedimento não-usual realizado pelos médicos]. Esse fato deixou os pais imersos em uma procura incessante de reparação, porém só ouviam a impossibilidade de tal vontade. Os pais após ouvirem prognósticos duvidosos e sombrios, por acaso, assistiram em uma programa televisivo o Dr. Money falando sobre suas novas pesquisas em sexualidade humana e sua relação com o meio, ele ocupava o cargo de Chefia da Psiquiatra do Joseph Hopkins – Instituto de referência estadunidense no que tange os estudos acerca da sexualidade. As teorias de Dr. Money pautavam-se do pressuposto que a construção da sexualidade era de caráter

<sup>34</sup> FOUCAULT, M. *Dit et écrits*, v. I-IV, Paris: Gallimard. 1994

exclusivamente ambiental [*nuture*] e não natural [*nature*]. Ele fundou uma das primeiras ideias sobre o conceito identidade de gênero [*gender identity*] dentro da área psiquiátrica. Para Dr. Money, para se pensar no Transtorno de Identidade de Gênero (DSM IV), é preciso pensar em um rol de comportamentos – atos performativos – que dão condição de existência para uma classificação sintomática, ou seja, os traços de comportamento que um sujeito errante apresenta, serão o balizador para a veridicção de determinadas sexualidades. Assim, a classificação construída nos DSM's são efeitos dos estudos sobre “identidade de gênero” proposto por Dr. Money. O olhar dado ao trânsito tem como intuito de evidenciar um “corpo errante”, um “fora” da matriz; isto é, o olhar da hegemonia psiquiátrica é pautado em lugares de existências já estabelecidas – desde as categorias expressas e trabalhadas, como transtorno de identidade de gênero, até a concepção bruta e não trabalhada de homem e mulher.

Desta forma, para Dr. Money a construção da sexualidade não tem seu fundamento numa biologia, mas sim, em comportamentos. Diante da impossibilidade de restituição peniana, Dr. Money cria um lugar possível: educar Brian como uma garota – Brenda. Dr. Money garantiu aos pais que Brenda teria uma *vida heterossexual normal*, apesar da impossibilidade de gerar filhos [que já aponta a primeira falha para uma reconstituição matricial da mulher] e que poderia exercer uma vida heterossexual normal: *iria se desenvolver psicologicamente como mulher e encontrar-se sexualmente atraída por homens*. (COLAPINTO, 2000, p.34). Independente das leituras possíveis vigentes tanto os naturalistas – que defendiam a sexualidade como algo responsável pelo campo biológico [XX, XY] – quanto os “ambientalistas” – que sustentavam a teoria gênero [ambiente construindo papeis sociais] – já estipulam um lugar pré-determinado para diferença sexual [homem/mulher], sendo assim a biologia e o comportamento ocupam funções homólogas: sobre determinam um corpo.

Depois dos primeiros encontros, os pais juntamente com Dr. Money escolhem a direção do tratamento: Brian é “apagado” – ou pelo menos era o desejo dos pais e de Dr. Money – e assim, nasce Brenda. O segredo é instalado entre todos os familiares e pessoas que já sabiam da existência de Brian. Até que, num dado momento de seu percurso, Brenda começou a ter desejos de *ser um garoto* (COLAPINTO, 2000, p.51), no livro David relata que não suportava a ideia de ser uma garota. Quanto mais Brenda resistia, mais formas de controle Dr. Money [juntamente com a equipe profissional e mais pacientes já operados] e seus pais criavam: Brenda precisava encaixar-se numa gramática do que é (ser) uma mulher. A anatomia real de Brenda é marcada por um corte e um tamponamento da falta peniana, isto é, sua anatomia está circunscrita em um segredo – como coloca Foucault (2008), *ecos da tragédia*. Mas, contraditoriamente, em seu tratamento, o seu sexo-próstese era constantemente investigado, pesquisado, exposto, re-inventado, coagido, e, principalmente, manipulado pelas estratégias e insistências para a manutenção do apagamento. O sintoma de Brenda clamava um dizer-a-verdade sobre si, colocando uma reflexão acerca de sua obrigação como paciente e como



cuidadora de si, ou seja, seu sintoma é um dos modos que Brenda se encontra na constituição da relação consigo e com os outros. O que me leva a questionar: Seria o sintoma de Brenda uma Parresía?

Se pensarmos a Parresía como uma prática de subjetivação, podemos entender o sintoma de Brenda como uma resistência frente à imposição de Dr. Money – e consecutivamente, uma ruptura com as formas de sexuações estabelecidas pela psiquiatria. A voz que emana “quero ser um garoto” é uma voz *que fala com sinceridade, sem adulações, sem servir-se de técnicas retóricas* (CASTRO, 2017). Porém, essa voz sincera, antes de ter uma conotação de ruptura ela teve seu lugar dentro de um prescritivismo estóico:

*O dizer tudo [...] em particular designa uma virtude, uma qualidade; é também um dever, enfim é uma técnica, um procedimento [...] em outras palavras, a parresía é uma virtude de dever e de técnica que devemos encontrar naquele que dirige a consciência dos outros e os ajuda a construir sua relação consigo* (FOUCAULT, 2010b, p. 42-43).

Em um primeiro momento essa Parresía não era uma construção subjetiva de resistência, mas sim, um lugar homologado pelas formas de construções já pré-estabelecidas: o sujeito só pode advir [como voz, como existência] diante de uma autorização estabelecida na relação com o outro que detém a verdade. Porém, com o nascimento das aceções outras sobre da Parresía, que de alguma maneira vai incluindo a dimensão subjetiva na verdade, direcionamo-nos para a encruzilhada desse caso: de um lado, o poder dado aos pais por Dr. Money em sustentar uma verdade sobre Brenda; e de outro, a verdade de Brenda, que em conflito com o gênero que lhe é dado, coloca em xeque o seu lugar frente ao discurso tamponador e, muitas vezes, com impossibilidade de deslocamentos. Assim, essa primeira parresía está ligada à responsabilidade dos tutores, e ocupa um lugar de autorização para o outro, ficando totalmente lacunar a concepção de uma “consciência individual”.

Essa Parresía estóica, por possuir um caráter de homologação de lugares e posições vai estipulando relações com diversas formas de discursos: o da demonstração, da persuasão, do ensino e da discussão, então, para compreender esses lugares performativos – pré-estabelecidos – Foucault (2008) irá retomar um texto de Plutarco, que conta a história de Dion, um fiel amigo/cunhado/aliado de Dionísio, que tem aulas com Platão. Em um primeiro momento Platão *fala a verdade* sobre a conduta de Dionísio e é condenado à morte. Em um segundo momento, Dion – discípulo de Platão – falará sobre a conduta tirânica de Dionísio, o efeito não é a morte apesar de seu risco iminente. Esse texto aponta dois momentos da parresía, porém em apenas um ela é considerada sem o risco da morte. Há um corpo “na norma” capaz de dizer algo sobre o outro, e há um “fora-da-lei” fadado ao silenciamento. Assim, *o que define a parresía não é esse conteúdo da verdade [mas sim,] uma certa maneira de dizer a verdade* (FOUCAULT, 2010b, p.22 – grifo nossos).

O que será relevante para essa pesquisa é justamente a parresía que se constrói “fora” da norma. Porém, para se considerar esse fora, é necessário pensar de quais discursos ela pode advir mas não pertencer. De acordo com Foucault (2010b), esse novo lugar dado a Parresía (1) não poderia estar inserida num discurso de estrutura racional, por não haver uma lógica compartilhada; (2) não poderia ceder aos convencimentos do outro, não estando assim naquilo que seria o discurso retórico; (3) ela não advém de uma pedagogia que é possível ensinar um “cuidado de si” parresiástico. E por fim, (4) não é uma tentativa de estabelecer uma relação hierárquica de quem detém mais o saber para homologar-se o poder numa discussão.

Assim, a parresía não é o que podemos chamar de uma “estratégia do discurso”, ela deve ser *procurada no efeito que o seu próprio dizer-a-verdade pode produzir no locutor, do efeito de retorno que o dizer-a-verdade pode produzir no locutor a partir do efeito que ele produz no interlocutor* (FOUCAULT, 2010b). Se pegarmos o Caso, a condição de existência de Brenda/David só foi “ouvida” – mais pelos pais do que por Dr. Money – a partir de seu grito que demarca o desgastante processo das sessões de “correção de gênero”, seguido de uma fuga do Hospital [da instituição que amordaça]. Ao sair da instituição, Brenda sai de cena e é simbolizada no desejo “de ser um garoto”, não está mais nas “amarras do sintoma”, mas sim um outro momento de construção de si [momentaneamente fora das amarras do eu construído por Dr. Money e sua equipe]: tonar-se-á David, que nos mostra que as construções performáticas não perpassam as construções subjetivas daqueles não-coerentes com a norma estabelecida.

Foucault (2010b) aponta, então, para a relação inversa que se dá entre enunciados performativos e parresiásticos. Os enunciados performativos: são enunciados que não descrevem, não relatam, nem constata absolutamente nada, e, portanto, não se submetem ao critério de verificabilidade (não são falsos nem verdadeiros) quando são expressados realizam uma ação. Com efeito, dizer, por exemplo, ‘Declaro aberta a sessão’ não é informar sobre a abertura da sessão, é abrir a sessão. Porém, o simples fato de proferir um enunciado performativo não garante a sua realização. Para que um enunciado performativo seja bem-sucedido, ou seja, para que a ação por ele designada seja de fato realizada, é preciso, ainda, que as circunstâncias sejam adequadas. Um enunciado performativo pronunciado em circunstâncias inadequadas não é falso, mas sim nulo, sem efeito: ele simplesmente fracassa. (ALTHUSSER, 1971). A diferença entre um enunciado performativo e um parresiástico, pode ser vista por Foucault (2010b) em quatro níveis: (1) Num enunciado performativo os elementos da situação são pré-estabelecidos, há efeitos conhecidos, regulados de antemão – aquilo que é próprio desse ato. Ao passo que, na parresía, mesmo que ela se encontre situada em uma relação familiarizada, ela introduz a irrupção do discurso verdadeiro e torna possível uma abertura a efeitos que, precisamente, não são conhecidos. *A parresía não possui um efeito codificado, ela abre um risco indeterminado* (ibid, p. 60). (2) Num enunciado performativo, o estatuto

do sujeito da enunciação é importante. A pessoa que enuncia tem que ter necessariamente uma autoridade para poder falar. Quem diz “desculpe-me” só pronunciará esse enunciado se tiver numa relação em que o sujeito está se sentindo culpado por algo, porém pouco importa se ele se sente mal ou não pelo ato que cometeu. Porém, na parresía essa indiferença entre o ato enunciativo pronunciado e a verdade do sujeito é impossível, pois é uma *espécie formulação da verdade em dois níveis: (i) o enunciado da própria verdade [a princípio como performativo, isso é dito e pronto] e (ii) e o ato parresiástico, que é a “afirmação de que esta verdade que nomeamos, nós a pensamos, estimamos, consideramos efetivamente como autenticamente verdadeira* (ibid., p.62). Assim, a parresía compreende, portanto, o enunciado da verdade; depois, acima desse enunciado, um elemento implícito que poderíamos chamar de pacto parresiástico do sujeito consigo mesmo [“eu disse isso”]. E, através do desafio – fala ao tirano – colocando seu lugar de manifestação. (3) Enquanto o enunciado performativo demanda um jogo determinado no qual o estatuto de quem fala e a situação na qual se encontra determinam exatamente o que ele pode e o que ele deve dizer, a parresía, por sua vez, só é possível existir quando há um vazio [espaço] para a enunciação da verdade – coragem. (4) A parresía é de certo modo a construção de um parceiro de si, quando se fala há uma enunciação da verdade, é uma maneira de se vincular *na forma de um ato corajoso* (ibid.; p. 64). Assim, ao adotar esse conceito de parresía, considera-se que “em um enunciado e o ato de enunciação vertem “efeitos de retorno” sobre o próprio sujeito. Não sob uma forma de consequência, porém serão os efeitos que se ligam ao enunciado, à enunciação e às consequências desse enunciado e dessa enunciação. Melhor dizendo, *na parresía o enunciado e o ato de enunciação vão, ao mesmo tempo, afetar de uma maneira o modo de ser do sujeito e fazer que aquele que disse a coisa tenha dito efetivamente e se vincule ao fato de tê-la dito.* (ibid., p.65-66).

É sob esse efeito de retorno, essa retroação, que o acontecimento do enunciado afete o modo de ser do sujeito, afastando-o de uma pragmática que esse enunciado poderia ter carregado. Imersos nesse percurso, tentarei por meio de alguns relatos de David – nome criado por Brenda, após a descoberta de sua verdade – construir uma leitura da travessia de Brenda [ato performativo], à eclosão da verdade [ato parresiástico], pautado no “sintoma transexual”. David relata identificar-se mais com seu irmão. E, é justamente nesse ponto de identificação, que a governamentalidade de Brenda exigia uma separação<sup>35</sup>. O irmão, na visão de David, era isento das questões pelas quais ela passava – porém, isso não quer dizer que Bruce não era perpassado por essas questões. Bruce, para Brenda, estava em uma posição de diferença, e era esse o lugar desejado por David: um lugar onde não havia imposição de um

---

<sup>35</sup> Brenda tinha várias sessões com Dr. Money para ser educada a realizar as diferenças sexuais, porém eram técnicas que desafiam toda a ética de qualquer profissão que envolva a saúde. Extremamente invasiva, que por relatos de David, chegavam ao toque, tanto em Brenda quanto em Bruce.

sexo – diariamente Bruce criava a David atos performativos do “ser homem”, porém não pela sua anatomia, mas pela representação do que Brenda queria: a liberdade de não ser questionada e classificada pela sua anatomia forjada. A identificação de Brenda com o irmão fazia com que Brenda assumisse, por uma tradução subjetiva, um lugar de “homem”. Esse sintoma [tomboy], relatado pela equipe de profissionais responsáveis por Brenda, surge diante de uma imposição pré-concebida sobre o “ser mulher”. O sintoma apresentado por Brenda, tomado como um recurso de sua liberdade, é entendido pelos médicos como patológico, ou seja, nas entrelinhas é necessária uma cessão, uma cura, uma estabilização entre o suposto “gênero” com o suposto “sexo”, mostrando assim que *as relações de poder operam sobre ele [o corpo] [...] Elas o investem, o marcam, o dirigem, o supliciam, submetem-no a trabalhos, obrigam-no a cerimônias, exigem-lhe sinais* (FOUCAULT, 2010b, p. 28) Desta forma, para Brenda, ser mulher era carregado de enunciados performativos – com estratégias demonstrativas, persuasivas, pedagógicas e agnóstica – que a endereçavam em um rol de atividades, mas principalmente o constante vigiar do seu corpo [talvez por isso David venha a desenvolver algumas reações paranóicas, mas isso é outra análise]. E ser homem, por uma via de identificação a Bruce, era o lugar não expiado. Era o lugar onde ela podia exercer seu sintoma, sua parresía – pois de alguma maneira era o lugar que ainda o governo dos outros não instituiu em si [pelo menos, na visão relatada por Brenda]. Então, não seria Bruce o tutor [mesmos que não conscientemente estabelecido] de Brenda que lhe deu as condições necessárias para a eclosão do ato parresiástico [sintoma]? Pois, afinal, ele é o portador de um enunciado performativo, aquele que possui seu lugar de identificação estabelecido/referencial, o ponto de retorno do desejo de Brenda e a condição para que ela exista – afinal, durante todo o percurso de Brenda ele era um dos poucos que não “a excluía”.

Uma verdade que oculta uma ruptura não pode ser tomada como uma verdade do sujeito. O parresiástico de Brenda, representado pelo “ser homem”, revela a existência de um silenciamento, um apagamento de sua vontade subjetiva e um desejo próprio. A revelação de sua verdade – após o ato parresiástico - é tomada inicialmente como um alívio. Porém, como David não conseguia sair do lugar de uma escopofilia sobre seu corpo, ele era constantemente procurado por médicos – que tentavam refutar as ideias de Dr. Money; por jornalistas – que queriam publicar a história de David, a fim de revelar um abuso da medicina; e por ativistas que tentavam estabelecer uma nova teoria de gênero. Novamente, David cai nas mesmas amarras do “ser mulher”. Constantemente, David é convocado a falar de seu lugar de gênero. É por esse percurso que Brenda-David torna-se uma unidade: une-se de um lado uma mulher imposta [da qual desejava esquecer] e de outro um desejado homem [constantemente enlaçado pela verdade de ser um homem]. Foi o “sintoma transexual” de David que o permitiu um encontro possível com a sua verdade. Porém, sua incessante observação e expiação fazem com que David desenvolva estados depressivos, estados de constantes ansiedades, pois não

há uma possibilidade de construções. Cada construção realizada por David em constantemente debatida, investigada, diagnosticada e classificada por médicos, especialistas das áreas psi, jornalistas e, claro, a sociedade de um modo geral – pois seu caso já havia se tornado público. Sendo homem ou mulher seu lugar lhe favorecia um funcionamento com limitados lugares “vazios” passíveis de retornos. Brenda-David é forçado(a) a estar em um regime de constante definição de um e de outro, e ambos existem e são constantemente convocados a existir, enredados sob a mesma forma de especulação – remontando o feminino imposto. Esse movimento que revisita os lugares pré-estabelecidos, que retira o véu e expõe a aniquilação de subjetividades, esse movimento que desemboca no ato parresiástico, será intitulado por Foucault (2010b) de *dramática do discurso verdadeiro*, que é o caráter da coragem ao desafio de expor uma representação de si diferente da esperada, colocando em risco a sua própria vida.

## CAPITULO 03. A ÉTICA DO “UM”: *de um discurso a outro*

*A Parresía filosófica, que joga nesse diálogo entre o mestre e o discípulo, conduz não a uma retórica, mas a uma erótica (FOUCAULT, 2010, p. 338)*

Com o caminhar do segundo capítulo fomos levados a pensar em uma célula subjetiva emergente diante dos exercícios de poderes e será a partir das rupturas frente ao estabelecido que Foucault propõe inventar novas relações entre os indivíduos, novos modos de vida como meios de resistência ao poder e como operadores da reformulação de si (ERIBON, 2008, p. 296). A intenção desse último capítulo busca relatar uma experiência: a construção de uma Comissão de Diversidade Sexual e Identidade de Gênero (CDSIG) dentro da OAB de São Carlos<sup>36</sup>. Uma comissão heterogênea que abriga diversas sexualidades e gêneros, e que meio a tantas diferenças busca achar um caminho de luta no campo do político – do reconhecimento social. Em sua pouca existência, até o momento, ela já realizou eventos como: Dia da visibilidade trans, Mutirão de retificação do nome social e reuniões abertas com a Comissão para acolher demandas e direcionamentos para ocupar o campo social. Será nessa busca pelo reconhecimento, pelo o lugar de existência, que será possível pensar em **direcionamentos éticos** que permeia a construção subjetiva, que consiste em *abrir espaços de resistência à sujeição (o sujeito produzido como sujeito a uma ordem sexual que o inferioriza) e em imaginar possibilidades de reinvenção de si mesmo como sujeito autônomo, construído ainda, ou afastado, da norma heterossexual* (ibid., p. 297).

Porém, antes de adentrar no percurso de trabalho da CDSIG faremos uma reflexão sobre a *constituição de si*. Como é possível pensar em um relato de si, que possa a vir constituir um sujeito? Durante o percurso desse trabalho vimos que os discursos governantes – aqui, ênfase no psiquiátrico – vão delineando lugares de (re)conhecimento, ou não, para os corpos e, assim, construindo verdades. Então, esses discursos produtores de verdade vão enredar uma governamentalidade, isto é, a produção de práticas sociais, por meio de mecanismos de poder que sujeita o indivíduo. Desta forma, se advém do Outro a possibilidade dos lugares de reconhecimento, as produções de verdade e o campo da governamentalidade, como seria possível a construção de um “eu”? Em seguida, pensaremos uma distinção – a partir da ideia de Parresía – de um direcionamento moral e ético do sintoma, sendo o primeiro uma produção do como-ser e o outro uma construção acerca do governo de si, um lugar ético de ascensão da dimensão subjetiva.

### 3.1. A CONSTITUIÇÃO DE SI: *uma identidade irrealizável*

<sup>36</sup> Todas as publicações referente a CDSIG foram retiradas de sua página no Facebook, disponível em: <https://web.facebook.com/CDSOABSAOCARLOS/>

Em *Estruturalismo e Pós-Estruturalismo*, Foucault (2008) irá pontuar que os termos que possibilitam o reconhecimento de si – e consecutivamente, uma construção de si – são apoiados em uma construção da verdade, que a princípio localizam-se fora do sujeito – sendo apresentado como as normas disponíveis pelas quais o reconhecimento pode acontecer. Desta forma, o lugar do “ser” é limitado de antemão por um regime de verdade que decide quais formas de ser serão reconhecíveis e não reconhecíveis. Embora esse regime decida de antemão qual forma o reconhecimento pode assumir (BUTLER, 2015b, p. 35). Foucault (2008) e também Butler (2015b) consideram que para o sujeito não é reservada uma “decisão” *a priori* sobre a sua constituição, pois os regimes de verdade limitam os lugares de reconhecimento, criando assim um crivo que delinea quais corpos serão sujeitos do reconhecimento e oferece normas para o ato de reconhecer-se.

*Para Foucault, sempre haverá uma relação com esse regime, um modo de engendramento de si que acontece no contexto das normas em questão e, especificamente, elabora uma resposta para a pergunta sobre quem será o ‘eu’ em relação a essas normas [...] nossas decisões não são determinadas pelas normas, embora as normas apresentem o quadro e o ponto de referência para quaisquer decisões que venhamos a tomar. Isso não significa que dado regime da verdade estabeleça um quadro invariável para o reconhecimento; significa apenas que é em relação a esse quadro que o reconhecimento acontece, ou que as normas que governam o reconhecimento são contestadas e transformadas (BUTLER, 2015b, p 35).*

Dessa forma, é preciso questionar o modo de relacionar-se com o regime de verdade e como ele terá implicações nas relações consigo mesmo, pois não há outra forma de estabelecer uma posição reflexiva sem uma operação crítica da verdade. Se se coloca em questão o regime da verdade, é possível advir nesse ato um sujeito capaz de se constituir fora a esse padrão de reconhecimento, *é por em questão a verdade de mim mesma e, com efeito, minha capacidade de dizer a verdade sobre mim mesma, de fazer um relato de mim mesma* (BUTLER, 2015b, p.36). Ou seja, a crítica do regime de verdade, reformula a própria condição ontológica do sujeito. Nesse cenário, então, a crítica não é apenas endereçada à prática social ou a certa inteligibilidade, mas também à própria condição subjetiva – delineando as questões éticas que permeiam o posicionamento subjetivo, pois esse tipo de questionamento coloca em perigo a própria possibilidade de reconhecimento por parte do outro.

De acordo com Butler (2015b) essas questões colocam, no mínimo, dois tipos de perguntas à *filosofia ética*: (1) quais seriam as normas às quais estão subordinadas um sujeito – que tem o poder de classificar se há ou não reconhecimento de um corpo. E, (2) onde está e quem é esse outro que homologa o lugar de reconhecimento. Butler (ibid.) coloca que Foucault não explicitou formalmente o espaço que esse outro tem na constituição de si – no que tange ao tratamento ético dos corpos.

*Talvez isso se deva aos fatos de a cena diática do si-mesmo e do outro não poder descrever adequadamente o funcionamento social da normatividade que condiciona tanto a produção do sujeito como a troca intersubjetiva. Se concluirmos que o fato de Foucault não pensar o outro é decisivo, provavelmente teremos negligenciado o fato de que o ser do si-mesmo é dependente não só da existência do outro em sua singularidade, mas também da dimensão social da normatividade que governa a cena de reconhecimento. (BUTLER, 2015b, p. 36)*

Então, a esfera social antecede e normatiza qualquer troca diática, isto é, as normas pelas quais acontece o jogo do reconhecimento não são apenas de um sujeito, elas são revisitadas a cada cena de enunciação dessa troca. Porém, o seu efeito social, sua *sociabilidade* (BUTLER, 2015b, p. 37) não é uma totalidade estruturante, e tampouco uma invariável impossível de modificação, é possível ver – como no Caso Brenda e Andrea – a falha existente nas práticas de reconhecimento. E elas são de extrema importância, pois *marcam um lugar de ruptura no horizonte da normatividade e implicitamente pedem pela instituição de novas normas, ponto em questão o caráter dado do horizonte normativo prevalecente* (ibid., p. 38). Assim, é lá onde está a falha que é possível emergir a resistência, a abertura crítica, o direcionamento ético do sujeito.

Iremos abordar essas questões novamente quando expusermos a entrevista com Angela Lopes (no próximo item desse capítulo), porém para o momento faremos um recorte do livro de Didier Eribon (2008), *reflexões sobre a questão gay*. Neste, Eribon (2008) faz uma leitura dos movimentos de resistência da “comunidade” gay, os movimentos migratórios para determinados bairros da cidade, a construção de lugares capazes de abarcar um reconhecimento desses corpos marginalizados e patologizados, os movimentos médicos e jurídicos que permeavam os lugares de reconhecimento político (de direito e deveres) desses sujeitos. Em um dado momento de seu livro, Eribon (2008) pontua as questões sobre a dificuldade em colocar a existência de uma “identidade”:

*[...] sejam quais forem os papéis que os gays adotem, seja qual for a maneira como as transformem, essas identidades disponíveis têm por um ponto comum estar sempre, num momento ou noutro, numa situação ou noutra, em situação instável no mundo social à sua volta. Um gay não acaba nunca com a sua necessidade de escolher a si mesmo diante da sociedade e do estigma (ERIBON, 2008, p. 140).*

Nessa dissertação, a discussão acerca da identidade leva-nos a concluir que toda identidade é condenada a um fracasso, a uma dissimetria, justamente por não abarcar uma dimensão subjetiva, pois sempre remete a um discurso do outro sobre si. Entretanto, para gêneros e sexualidades não normatizadas as questões dessa dissimetria vão além, pois retorna, em muitas das vezes, um não-reconhecimento – pois há sempre o risco da LGBTQIAfobia.

*Não deve existir gay [...] que não tenha transigido com a questão do ‘armário’: por isso é que a ‘saída do armário’ não é um gesto único, unívoco: é, a um só tempo, um ponto de partida e uma espécie de ‘ideal regulador’ que orienta as condutas, mas não pode ser nunca atingido. A estrutura do armário é tal que ninguém jamais está simplesmente fora ou dentro, mas sempre, ao mesmo tempo, fora e dentro [...]*



*por conseguinte, a decisão de não se esconder e de se assumir, na verdade, não passa do início de um processo interminável (ERIBON, 2008, p. 141).*

Sedgwick (2007) também já apontava isso em *Epistemology of the Closet*, em que ela esboça uma reflexão sobre o “armário” como um dispositivo de regulação de sujeitos marcados pelas sexualidades e gêneros não normatizados, apontando privilégios destinados a sujeitos heterossexuais, visto que esses possuem um lugar na cena de reconhecimento e perpetuam uma hegemonia de valores. Ela ainda aponta que esse lugar de sempre a reafirmar constantemente como um gênero, diante de uma situação preferencialmente heterossexual, marca uma epistemologia sobre os corpos. Dessa forma, ao estudar as questões que abordam não apenas sexualidades, mas a questão de gênero é sempre importante frisar os constantes “armários” para os quais esses corpos são direcionados automaticamente.

*Se Foucault pretende dissolver a noção de identidade, não é, decerto, para ela opor uma liberação do desejo e de suas potencialidades ‘transversais’: sua crítica se endereça de modo ainda mais profundo à ideia de que a ‘sexualidade’ e o ‘desejo’ seriam operadores de subversão, na medida em que também são ‘dispositivos’ que caem sob o efeito da análise histórica das ‘tecnologias disciplinares’ [...] A vontade de saber é tanto uma crítica da teoria do desejo quanto a da identidade, no sentido de que toda teoria do desejo partilha da teoria da identidade e pressupõe de que é a sexualidade que define a ‘verdade’ interior do indivíduos. (ERIBON, 2008, p. 151).*

Dessa forma, pensar a identidade – principalmente dos corpos “errantes” – é abordar um campo do irrealizável: indicando a um só tempo que *nunca pode coincidir consigo mesmo e que não pode se deixar de perseguir esse objetivo* (SARTRE<sup>37</sup>, 1943 *apud* ERIBON, 2008). Um corpo errante sempre é convocado a se (re)inventar – pois sempre se encontra num lugar longe da estabilidade, ainda mais evidente nos corpos marcados pela questão trans. Assim, a crítica dos movimento LGBTQIA+ perante à heteronormatividade é pertinente, à medida que invoca o direito de **falar em primeira pessoa** e não mais levar o sujeito a ser enquadrado em composições médico-psiquiátricas, jurídicas e/ou sociais.

### **3.2. CUIDADO DE SI: uma reorganização ética para-além do sintoma.**

O jornalista Robert Whitaker (2017)<sup>38</sup>, em *Anatomia de uma epidemia*, pontua que o sinal de sucesso da aliança entre ciência e capitalismo é a patologização da vida, isto é, a homologação psiquiátrica para a construção de verdades sobre nós mesmos está cada vez mais presente. A frenética busca por um diagnóstico distancia os corpos de sua marca subjetiva, de seu “um”, sujeitando-os aos traços comportamentais que competem um diagnóstico. Porém, para que(m) é este diagnóstico? Como pensar as inscrições subjetivas de

<sup>37</sup> SARTRE, J. P. *L'Être et la néant*. Paris: Gallimard. 1943, pp.605-615.

<sup>38</sup> WHITAKER, R. *Anatomia de uma epidemia: pílulas mágicas, drogas psiquiátricas e o aumento assombroso da doença mental*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2017. <sup>40</sup> Entrevista no item 3.3.1 deste capítulo

um corpo sem cair no engodo das classificações, definições, tratamentos que prometem o fim da dissimetria entre corpo e psique? Se o sintoma de um sujeito é uma peça fundamental de um diagnóstico de um outro, não estaria aí a evidência do “fracasso”? O discurso psiquiátrico ao cercar os corpos marcados pela questão trans, com a produção de materiais como os DSM, elenca atos performativos e comportamentais para delimitar o que compete – ou não – a um corpo trans: um corpo que exhibe a sua disforia por mais de dois anos, um corpo que denuncia um “erro” na congruência entre anatomia/sexualidade/gênero. Assim, as sociedades ocidentais *obstinadamente fizeram intervir essa questão do ‘verdadeiro sexo’ em uma ordem de coisas na qual se podia imaginar que apenas contam a realidade dos corpos e a intensidade dos prazeres* (FOUCAULT, 1980, p. 82), e, juntamente com a Ciência pautada na biologia, na genética, na construção moralista foram restringindo o lugar da ambiguidade nos processos de sexuação. Um exemplo disso é quando Angela Lopes fala de seu processo transexualizador<sup>40</sup>, em que ela o coloca mais como um processo cis-generalizador, ou seja, um processo que insiste numa leitura binária sobre o gênero e a maneira de “estar em um corpo”.

As produções recentes – no campo da psiquiatria – de trabalhos que abordam a questão trans, insistem em olhar apenas para a disforia, apenas para o sintoma e consecutivamente apenas para o diagnóstico. Um exemplo desse movimento é o livro de Bruns e Pinto (2003), *Vivência transexual: o corpo desvela seu drama*, que irá abordar os resultados de um centro médico especializado em cirurgias de redesignação sexual tentando diferenciar quais corpos são aptos ou não para o processo cirúrgico. Nesse livro o tratamento subjetivo dado aos corpos trans, é sempre marcado pelo “*o disfórico de gênero*”; apontando, assim, o lugar de redução metonímica que o discurso acadêmico-psiquiátrico pode ocupar: o silenciamento subjetivo em detrimento ao diagnóstico.

Com os passos dados por essa escrita, torna-se possível evidenciar que os sujeitos marcados pela questão trans estão subordinados a essa aliança alienante do capitalismo com a Ciência. Assim, de um lado, se há um crescimento assombroso das classificações psiquiátricas, inclusive nos estudos acerca da questão trans que a cada DSM foi ganhando mais “visibilidade”, não haveria também uma redução de uma constituição de si? Pois, o poder obturante de um diagnóstico aprisiona o sujeito no lugar que lhe foi diagnosticado: o depressivo, o ansioso, *o disfórico* (BRUNS e PINTO, 2003). Diante disso, vimos se apreender uma espécie de mortificação do “eu”.

*O ser autônomo, assim, morre para que surja o ser institucionalizado, ou seja, o indivíduo completamente anexado pelas instituições sociais, administradoras do seu comportamento e guias do seu espírito. [...] Nesses locais, há uma padronização que retira a identidade dos sujeitos, de tal maneira que o indivíduo deixa de ser pessoa para ser um número. (MORAIS, 2017).*

Do outro lado, o capitalismo em seu mais intenso paradoxo – em que ao mesmo tempo promove a “singularidade” como processo de venda, cria formas de padronizações que irão refletir no campo da subjetividade, como aponta Deleuze e Guattari (1976)

*O capitalismo é a única máquina social que se construiu como tal sobre os fluxos decodificados, substituindo os códigos intrínsecos por uma axiomática das quantidades abstratas em forma de moeda. O capitalismo libera, portanto, os fluxos do desejo, mas em condições sociais que definem o seu limite e a possibilidade de sua própria dissolução, tanto que ele não cessa de contrariar com todas as suas forças exasperadas o movimento que o impele para esse limite. No limite do capitalismo, o socius desterritorializado dá lugar ao corpo sem órgãos; os fluxos decodificados se lançam na produção desejante. (DELEUZE e GUATTARI, 1976, p.121 – grifos nossos)*

Como já apontamos, a constituição de si será permeada pela construção do discurso do Outro – seja esse a ciência, a sociedade ou a família – que irá permear os fluxos de desejo de ser reconhecido de uma ou outra maneira, regulando assim o corpo do sujeito entre um governo de si e um governo do outro. Porém, se os *fluxos de desejos* podem compor um corpo, não estariam eles também nas ações de controle sobre o corpo? Se nos esforçamos até aqui para apontar os pontos de falha dos discursos hegemônicos – como os documentários *Miss Transgender* e o *Be Like Other*, com a entrevista de Angela Lopes, com a apresentação do Caso Brenda e Andrea – é para apontar que é na exceção, no estranho, na ruptura, que *nos dá a indicação de como se constitui o mundo corriqueiro e presumido dos significados sexuais* (BUTLER, 2015a, p. 191). É somente com uma manifestação conscientemente desnaturalizada que é possível deduzir como a aparência de naturalidade é ela própria constituída. As construções estabilizadas sobre os corpos sexuados, sobre o fato de pertencerem a uma ou outra denominação, sobre *os significados que lhe são considerados inerentes ou decorrentes de serem de tal ou qual modo sexuados* (ibid., p. 192), mostram-se perturbadas por esses exemplos, que não corroboram com as categorias que normatizam, normalizam e estabilizam as noções sobre os corpos presentes nas construções sociais vigentes.

Então, será permeado pela questão da exceção que poderemos pensar no caminho de uma dimensão ética para o sintoma. Porém, antes será necessário formular algumas considerações. Abordaremos (1) a questão da relação sintoma-diagnóstico, tentando realizar uma leitura para-além da construção do performativo, uma saída do rol comportamental que compreende a definição de um sintoma a ser tratado – governo dos outros –, para uma leitura da história da subjetividade, colocando o sintoma como um efeito, uma manifestação autêntica da constituição do si – visando um não tamponamento do sujeito, o governo de si; e (2) as considerações éticas acerca desse novo sintoma, pois ao considerar seu percurso subjetivo torna-se possível pensar a transexualidade como “uma”, a possibilidade de aberturas para uma constituição de si não pautadas em manuais; mas sim, em construções

subjetivas/discursivas pautadas nas vozes dos que são atravessados por essas questões – uma posição radical de um governo de si, perante a construção moral do governo dos outros.

### **3.2.1. RELAÇÃO DIAGNÓSTICO-SINTOMA:** *entre o governo de si e dos outros*

Antes de adentrarmos nas reflexões acerca da relação diagnóstico-sintoma, é válido pensar algumas considerações feitas por Foucault em seus dois últimos cursos no Collège de France: *O governo de si e dos outros* (2010b) e *O governo de si e dos outros II: a coragem da verdade* (2011). Uma das questões principais que Foucault irá abordar nesses dois últimos cursos são reflexões sobre a Grécia Antiga – o que ele também o fará em história da Sexualidade II e III – principalmente, no que tange o deslocamento da Parresía: dos manuais de conduta que homologavam os lugares morais possíveis de um determinado corpo (uma Parresía estoíca) para um lugar onde recai questionamentos sobre a relação consigo-mesmo, levantando assim, um posicionamento ético – com a coragem de se expor a sua morte. Por um lado, atravessando o campo da política, pensar as estruturações das condutas dos demais, advém o governo dos outros. E, por outro, construir a dimensão de um campo ético, leva a pensar as estruturações das relações consigo mesmo: convoca um governo de si (GROS, 2004). Desta forma, tentaremos aqui fazer uma correlação das construções morais pautadas pelos manuais: uma definição dos corpos disfóricos, errantes. E a partir da teoria foucaultiana – e algumas considerações psicanalíticas – pensar em outra leitura do diagnóstico, que só é possível a partir da escuta de Angela Lopes, um corpo marcado pela questão trans que revoga o seu lugar de existência posicionando-se radicalmente contra – mas, não totalmente fora – às construções heteronormativas da sociedade.

Iniciaremos com a relação diagnóstico-sintoma[D-S]. Durante o percurso dessa dissertação tivemos, ao menos, três formas de se pensar essa relação [D-S]: as construções dos manuais diagnósticos – que trabalha numa abordagem de análise do comportamento; algumas construções psicanalíticas – que trabalha numa perspectiva em nível linguístico; e uma perspectiva foucaultiana – que por meio de um dispositivo consegue diagnosticar as condições de existência de um determinado acontecimento. Então, retomemos o DSM-5 (2008) e a seguinte definição dessa relação:

*Os critérios diagnósticos são oferecidos como diretrizes para a realização de diagnósticos, e seu uso deve se basear no julgamento clínico. As descrições [...] podem ajudar a dar respaldo ao diagnóstico. Após a avaliação dos critérios diagnósticos, os clínicos devem considerar a aplicação de subtipos de transtornos e/ou especificadores, conforme apropriado. A gravidade e os especificadores do curso devem ser aplicados para indicar a apresentação atual do indivíduo, mas apenas quando os critérios forem totalmente satisfeitos. Caso contrário, os clínicos devem considerar se a apresentação dos sintomas satisfaz os critérios para uma designação “outro transtorno especificado” ou “não especificado”. Quando aplicáveis, critérios específicos para definir a gravidade do transtorno (p. ex., leve, moderada, grave, extrema), características descritivas (p. ex., com insight bom ou razoável; em*

*ambiente protegido) e curso (p. ex., em remissão parcial, em remissão completa, recorrente) são fornecidos com cada diagnóstico. Com base na entrevista clínica, nos textos descritivos, nos critérios e no julgamento clínico, realiza-se um diagnóstico final. A convenção geral no Manual é permitir que diagnósticos múltiplos sejam atribuídos para as apresentações que satisfazem os critérios para mais de um transtorno do DSM-5 (2008, p. 15 – grifo nossos).*

De acordo com o DSM a elaboração de um diagnóstico é permeada por uma leitura de fatores sociais e traços comportamentais que irão delimitar o percurso de uma patologia – como apresentado no primeiro capítulo os critérios diagnósticos para o cerceamento dos corpos trans. E isso não é sem consequências, um efeito dos manuais são as capturas possíveis de identidades, porém para uma homologação dos manuais, e não para os próprios sujeitos delimitados por eles. De acordo com Angela Lopes<sup>39</sup>:

*Para mim era um processo cisgerador, não era nada transexualizador, porque você tinha que corresponder à expectativa do seu entrevistador. Na minha primeira entrevista, falei aquilo que ele queria ouvir, para ele poder me endossar e me atestar enquanto mulher, para ele poder me dar o laudo, a credencial da mulheridade. Essa mulheridade, era o cisgerador, eu não podia mostrar para ele reflexos de outra identidade que não fosse a identidade feminina. Hoje parece que isso tem mudado, mas o processo transexualizador pensa muito em como nós vamos ser inseridas, inseridos, socialmente. Para um sistema de saúde atestar essa inserção, nós temos que corresponder àquelas exigências, que é da cisgeridade. O que, pra mim, foi muito cruel e ainda é cruel. Por isso que eu repensei a cirurgia, repensei a minha genitália, e entendi, tardiamente, eu entendi isso depois dos quarenta anos, que minha cirurgia, minha pretensão para a cirurgia, era muito mais para satisfazer uma cobrança social, do que pra me satisfazer enquanto pessoa. Hoje eu sou muito feliz por não ter feito cirurgia. Que bom que eu não fiz a cirurgia, porque eu ia estar com uma genitália pra oferecer para um sistema. (Angela – grifos nossos)*

Na entrevista com Angela o fato de relatar nas primeiras sessões do processo transexualizador uma tentativa de abarcar o desejo do médico, já está implícito aí uma relação com os padrões da “mulheridade” do governo do outro, pois para o aval do psiquiatra era necessário existir os critérios elencados, era necessário um ato performativo. O comportamento poderia até indicar uma mulher, porém a ‘mulheridade’ de si só foi possível em outro momento. Após construir uma narrativa própria foi possível à Angela traçar um percurso capaz de estar minimamente representada por uma mulheridade e não pela mulher esperada pela sociedade, pelos médicos, pela equipe do processo transexualizador.

*O DSM-V se inscreve na mesma estratégia que caracteriza os Manuais de Estatística e Diagnóstico de Transtornos Mentais desde a ruptura operada no campo da psiquiatria, no ano 1980, pelo DSM-III. A partir desse momento, começou-se a definir as patologias psiquiátricas por referência a agrupamentos de sintomas, o que acarretou a descon sideração das narrativas dos pacientes, das histórias de vida, das causas sociais e psicológicas específicas que podem ter*

<sup>39</sup> Todos os recortes das entrevistas foram retirados da publicação da Comissão de Diversidade Sexual e Igualdade de Gênero (CDSIG) da Ordem dos Advogados de São Carlos. Disponível em sua página no Facebook: <https://www.facebook.com/CDSOABSAOCARLOS/>

*provocado determinado sofrimento psíquico ou determinado comportamento (CAPONI, 2014 – grifos nossos).*

Se há primeiramente uma espera de uma resposta no discurso psiquiátrico, torna-se necessário pensar como Foucault (2010) pautou a construção da Parresía com uma vertente prescritiva, seria então a busca por uma homologia, isto é, *a identidade do discurso num e noutro* (FOUCAULT, 2010, p. 336), ou seja, há a concordância entre dois de uma mesma verdade, homologando, assim, um critério de verdade. Quando Angela posiciona-se como contrária a intervenção cirúrgica, ela coloca-se fora dessa homologia da verdade do discurso psiquiátrico – no risco de não ser mais ouvida por ouvidos tão treinados a olharem para uma relação tão direta entre sintoma e diagnóstico – sem considerar minimamente o percurso de uma mulheridade e não de uma mulher estabelecida socialmente.

Enquanto o DSM submete uma leitura dos corpos a partir de seus atos performativos, é possível pensar que a Psicanálise segue por outro viés a relação com o sintoma – como já apontado também nos capítulos anteriores. Na Psicanálise o sintoma não é associado diretamente com uma patologia, mas sim como uma posição subjetiva frente ao inconsciente, nessa perspectiva o sintoma nunca será uma classificação, mas uma leitura sobre a **posição do próprio sujeito**. O sintoma para a psicanálise nunca será um índice, uma classificação ou um signo capaz de tradução médica; mas sim, o ponto de fic(x)ção do sujeito onde reside um “sofrimento satisfatório”, e o trabalho de uma análise *não consiste em retirar o sintoma [em oposição ao DSM], em calar o grito do sujeito, mas fazer com que o sujeito conheça seus significantes que o determinaram em sua história para que, destes, ele possa se des-alienar, escapando de seu poder de comando* (QUINET<sup>40</sup>, 2003, p. 32).

Para exemplificarmos, o que estamos expondo com “a posição do próprio sujeito”, retomaremos um trabalho de Rinaldi e Bittencourt (2008) – apoiadas nas ideias de Henry Frignet<sup>43</sup> - em que realizarão uma distinção entre transexuais e transexualistas baseada na identidade sexual, ou seja, *o que dá a um sujeito a possibilidade de se situar como homem ou mulher (ibid. p. 294)* em relação ao Outro da linguagem. Essa distinção faremos a partir de dois recortes retirados dos trabalhos das psicanalistas, que pautaram suas construções a partir de duas biografias de mulheres-trans que passaram pela intervenção cirúrgica:

*A minha participação pessoal, minha contribuição pessoal, consiste justamente em traduzir os resultados científicos, para essa conceituação mais crítica, REAL e CORRETA de sexo que é característica do SER de um indivíduo [...] Para mim é meu corpo que está errado. Para MINHA REALIDADE PSÍQUICA É MEU CORPO QUE ESTÁ EM DESARMONIA,*

<sup>40</sup> QUINET, A. **A descoberta do inconsciente: do desejo ao sintoma**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. 2003. <sup>43</sup> Teórico da psicanálise quem pensou a transexualidade aos moldes da estruturação edípica. Em seu livro *O transexualismo* (2002) ele traz uma reflexão sobre a problemáticas em relação ao desejo das intervenções médicas, uma leitura que parte de uma análise estrutural da constituição do sujeito, mas também dos fenômenos da cultura.

*COM RELAÇÃO A MIM! É isso que vale PARA DEFINIR A MINHA SEXUALIDADE, meu sexo, que antes de mais nada tem que expressar a MIM mesma! EM MEU CASO sou totalmente feminina. Sendo assim, sem dúvida, EU SOU MULHER” (FREITAS<sup>41</sup>, 1998 apud RINALDI e BITTENCOURT, 2008)*

*Na verdade não queria ser travesti, de certa forma eu lutava contra esse processo, talvez por preconceito. O que eu queria mesmo era ser a mulher que, mentalmente, já me sabia, mesmo com órgãos genitais masculinos” (p.139) [...] Estava resolvida a me vestir só de mulher, fazer eletrólise, tirar a barba, me operar e colocar prótese de silicone nas mamas. Já não tinha problemas comigo mesma a respeito disso. O que eu preciso é apenas me aceitar como uma pessoa diferente da maioria. Enfrentei a frio, suportei a dor já que o único caminho era aquele. Informei-me com vários outros travestis que já tinham passado pelo tratamento, que duraria no mínimo um ano” (p.142) [...] Na Dinamarca me fiz sereia. Quem nos faz mulher é o homem. Mesmo quando este homem também nos quer como homem. É um momento sublime de troca de identidades. O eu masculino pelo eu feminino, e viceversa. Mas eu só me sinto mulher quando estou ao lado do homem que amo” (p.151). (RUDDY<sup>42</sup>, 1998 apud RINALDI e BITTENCOURT, 2008).*

Para as autoras o primeiro recorte corresponde a uma posição de ruptura entre o discurso do Outro sobre o que é ser mulher, é uma mulher reafirmada em si, sua posição subjetiva é uma posição resistente perante ao corpo instituído. Um corpo diz X, mas a construção é de outro lugar que aponta um não processo de alienação, uma estrutura transexualista. Já no segundo recorte, aponta para uma alienação ao discurso do Outro, a validação do “ser mulher” depende da validação do outro, de um outro que a ateste como mulher, havendo assim um processo de alienação, o que Rinaldi e Bittencourt (2008) irá posicionar como transexuais.

Apesar da psicanálise já se posicionar contrária à estrutura de pensamento dos DSMs, pois considera uma narrativa, uma historicidade do sintoma – considerando assim, uma subjetividade, tanto para o DSM, quanto para a Psicanálise a leitura do sintoma é sobredeterminada por alguma instância: no primeiro pelo ato performativo, e na segunda pela posição subjetiva frente ao discurso do Outro. Dessa forma, ambos correm o risco de caírem em posições morais e classificatórias – sejam os manuais com suas nomeações (transexualismo, transtorno de identidade de gênero e disforia de gênero), seja a psicanálise com as suas estruturações (psicose, neurose e perversão). Porém, como visto no capítulo dois, ao considerar o processo de resistência em seu trabalho analítico, a psicanálise ocupa um lugar que pode dar vazão ao direcionamento ético, pois considera que há padrões que aprisionam o sujeito em suas questões subjetivas.

<sup>41</sup> FREITAS, M. C. *Meu sexo real: a origem somática, neurobiológica e inata da transexualidade*. Rio de Janeiro: Vozes, 1998.

<sup>42</sup> RUDDY. *Liberdade ainda que profana*. Rio de Janeiro: Razão Cultural, 1998.

O processo crítico que se coloca em conflito com psicanálise é a ideia da questão repressiva:

*[...] a análise, tanto em sua versão conservadora quanto em sua versão esquerda, visualiza uma estrutura na qual o poder deve reprimir o desejo sexual. Enquanto os conservadores colocam a repressão como trans-histórica e imutável, os de esquerda enxergam como uma estrutura historicamente contingente [...] Foucault afirma que ao concentrar-se na luta contra a repressão, na emancipação sexual, a esquerda freudiana permitiu ser enganada pelo dispositivo da sexualidade (WHITEBOOK, 2016).*

É nesse ponto que então podemos pensar a forma da relação diagnóstico-sintoma na teoria de Foucault. De acordo com Castro (2016)

*Diagnosticar a realidade consiste em estabelecer o que constitui nosso presente, os acontecimentos que repetimos (ex: separação razão/loucura). Mas a atualidade não é somente o presente no sentido da repetição. Diagnosticar a realidade consiste também em marcar as diferenças. Não se trata de compreender o presente a partir do passado (como uma época do mundo) nem do futuro (como um anúncio ou promessas), mas em sua diferença a partir de si mesmo. O conceito de crítica permite vincular presente-repetição e o presente-diferença (ibid., p. 107-8).*

Assim, o diagnóstico com Foucault seria uma pergunta do tipo: qual é a melhor maneira de se utilizar da repetição? Como pensar esse presente-repetição e o presentediferença? Na entrevista com Angela, ela pontua diversas vezes o re-encontro com essa mulheridade e a cada reencontro uma nova leitura sobre o seu corpo:

*[...] Eu tenho reivindicado muita coisa do que a sociedade sempre me cobrou como é ser mulher, aquilo que eu tenho de representar e tenho construído a minha própria identidade, está em construção. Não sei onde eu vou chegar com essa construção, ou desconstrução, inclusive na questão da própria orientação sexual, que é uma coisa que eu também tenho repensado e permitido romper com as barreiras dessa orientação, então, eu tenho desorientado a orientação e descobri essa coisa de romper com a identidade (Angela Lopes)*

Dessa forma, o “diagnóstico” que Angela agora obtém, parte de suas construções acerca de si. Quando Foucault diz que a esquerda psicanalítica permitiu ser enganada pelo dispositivo da sexualidade (WHITEBOOK, 2017), pois a psicanálise também reproduz as construções heteronormativas, como propõe Witting (1980)<sup>43</sup>. Entretanto, torna-se válido aqui recuperar as ideias do dispositivo da sexualidade e como ele nos ajuda pensar o direcionamento que Foucault dá a se pensar a “liberdade” que *impõe a tarefa de elaborar a si mesmo* (FOUCAULT, 2014a). De acordo com Foucault (2015) o conceito de dispositivo da sexualidade permitiu (1) *agrupar em uma unidade elementos anatômicos, funções biológicas, condutas, sensações, prazeres*, possibilitando a criação de uma matriz de repetição sobre os corpos; (2) *a*

<sup>43</sup> Recentemente, nos estudos de Collete Soler (2015) pensando a nova economia sexual, que vai incluir a expressão da heterossexualidade também como um sintoma e não mais como algo a pensar em um padrão em diferentes formas de economias psíquicas. In: SOLER, C. *Nova economia sexual*. **Stylus**. Rio de Janeiro. n. 30, p. 59-68, jun. 2015



*ideia de sexo serviu para marcar a superfície de contato entre o saber da sexualidade e as ciências biológicas, possibilitando a divisão entre o corpo normal e anormal; (3) pensar a relação poder e sexualidade, como podemos ver na relação dos corpos com a heteronorma: ou pertence a seu reconhecimento, ou é diagnosticado e/ou silenciado por ela; e, por fim (4), o dispositivo da sexualidade permitiu que sexo fosse o ponto imaginário e fixo pelo qual há que se passar para alcançar a própria inteligibilidade, ou seja, será pelas formas de sexuação de um corpo que será apreendido um lugar de existência, pela possibilidade do simbólico.*

*Para Foucault, o simbólico produz a possibilidade de suas próprias subversões, e essas subversões são efeitos inesperados das interpelações simbólicas (BUTLER, 2017, p. 106).* Nesse sentido, o diagnóstico foucaultiano nos aponta que os discursos de poderes (disciplinares) não constituem o sujeito em apenas uma via, mas constituem juntamente a condição para a sua desconstituição. De acordo com Butler (2017):

*O que é gerado pelo efeito performativo da exigência interpeladora é muito mais que um “sujeito”, pois o “sujeito” criado não é, por esse motivo, fixado numa posição: ele se torna ocasião para uma feitura posterior [...] o sujeito só permanece sujeito mediante a reiteração ou rearticulação de si mesmo como sujeito, e o fato de a coerência do sujeito depender dessa repetição pode constituir a incoerência desse sujeito, seu caráter de incompletude. (p. 106-7)*

Então, o dispositivo que regula corpos, os aparelhos disciplinares que dão vazão para o controle, têm como consequência as condições para subverter o próprio aparelho. Isto é, *o corpo é um espaço de enunciação que reflete posicionamentos dos sujeitos, porquanto exprime nele materializados* (FERNANDES, 2011). Quando há condições para posicionamentos que fazem ruptura com a norma é possível pensar nos desdobramentos éticos que um discurso pode ter sobre um corpo – mesmo diante dos silenciamentos do poder.

### **3.2.2. ALGUMAS CONSIDERAÇÕES ÉTICA:** *a transexualidade é no um-a-um*

Em *A coragem da Verdade*, Foucault (2011) realizará uma leitura do deslocamento, e uma mudança de posição frente à parresía política e à Parresía ética. Para tal, ele se valerá de uma passagem dos escritos gregos antigos, recortando uma cena que se passa em 03 momentos: (1) os pais gerais [Nícias e Laques] são convocados a escolher o melhor tutor para seus filhos na arte da guerra, eles precisam escolher um tutor que faça as funções de cuidar e direcionar seus filhos, já que não são presentes no processo de educação. (2) há um impasse entre os pais sobre escolher ou não o tutor que estava “em observação” e chamam Sócrates – que participava da cena um em silêncio – para dar um conselho sobre decidir sobre o tutor ou não, e Sócrates inicia um deslocamento da questão sobre o percurso de cada general sobre a ideia de combate. E, na última cena, (3) os pais gerais refletem sobre o posicionamento de si-mesmos como pais, retomando as questões iniciais sobre a escolha de

tutores por não estarem presentes. Esses deslocamentos vistos nas cenas é o que Foucault (2011) pontuará na travessia da Parresía política – reservada a responder ao lugar esperado, no caso o de general – para a ética – que é repensar sobre seu próprio lugar, automatizado e normatizado pela validação social.

Retomando o fio, o intuito desse capítulo é pensar a travessia possível da moral – dos valores socialmente construídos – para a ética – as construções de si em relação ao valores – então, como essa travessia pode aparecer em um “sintoma”? Seria o sintoma transexual uma Parresía ética? Entendemos por moral, na teoria foucaultiana, *um conjunto de valores e regras que são propostos aos indivíduos e aos grupos por diferentes aparatos prescritivos, de maneira mais ou menos explícita* (CASTRO, 2016, p. 155). Se há uma heteronormatividade compulsória que regula a produção de corpos cis-gêneros, há então um código moral que perpassa as construções dos corpos quando se pensa eles perpassado pelo discurso da psiquiatria e da psicanálise – como já apontamos anteriormente.

O passo a ser dado nessa reflexão é pensar em como esses corpos dissidentes, por meio daquilo nomeado como sintoma, na verdade ascende uma Parresía ética. Castro (2016) coloca que para pensar a ética em Foucault é necessário pensar em quatro pontos:

*(1) a substância ética: a parte do indivíduo que constitui a matéria do comportamento moral. Por exemplo, uma mesma exigência ao nível do código, a fidelidade, pode concernir substâncias éticas diferentes: os atos, os desejos<sup>44</sup>. (2) Os modos de sujeição: a maneira pela qual o indivíduo estabelece sua relação com a regra e se reconhece como ligado a ela: porque pertence a um grupo, porque se considera herdeiro de uma tradição espiritual<sup>45</sup>. (3) as formas de elaboração do trabalho ético, para adequar-se à regra ou para transformar-se a si mesmo em sujeito moral. Assim, por exemplo, a austeridade sexual pode ser praticada através de um longo trabalho de aprendizagem, como um renúncia súbita, como um combate permanente<sup>46</sup>. (4) a teleologia do sujeito moral: uma conduta moral não tem apenas sua singularidade, situa-se no conjunto das condutas do indivíduo, tende à realização do indivíduo, de uma forma de individualidade<sup>47</sup>. (p. 155-6)*

Suspeitando assim que há uma relação muito intrínseca da moral com a ética – um movimento parecido com a sujeição e a resistência – o material de um é condição de existência para o outro. Com Butler (2010) foi possível ver que o movimento feminista surge para pontuar a existência de uma misoginia e, em um outro momento, a cisões dentro do movimento questiona até as formas de feminismos. O mesmo movimento acontece com os corpos dissidentes, passam por uma generalização: um “gay” que abrange toda a diversidade de sexualidade e gênero, para um outro momento os corpos tranvestigêneros<sup>48</sup> precisar

<sup>44</sup> O deslocamento do significante gay no recorte da Revolta de Stonewall realizada no começo do capítulo 02.

<sup>45</sup> Recorte do documentário Miss Transgender

<sup>46</sup> O percurso de Angela Lopes em sua mulheridade, na entrevista do capítulo 03.

<sup>47</sup> Como nos casos explanados de Andrea e Brian/Brenda/David Reimer

<sup>48</sup> Nomeação dada pelo o movimento trans na intenção de abarcar uma mesma posição de exclusão, frente aos corpos cis-gêneros. Esse termo compete a corpos travestis, transexuais, intersex, não-binários e queer.

pontuar os efeitos da heteronorma, que constrói corpos cis-gêneros, inclusive em sujeitos que estavam na generalização abarcada pelo termo “gay” anteriormente.

Dessa forma, a Parresía ética é aquela que aponta um estilo de vida – que se constrói a partir dos modos de elaboração do trabalho ético (DAVIDSON, 2016). O direcionamento dessa parresía, ao contrário da política, não pauta o direcionamento dos atos pautados em *uma lista de ação exigidas, permitidas e proibidas, mas centra-se em torno da atitude de alguém para consigo, portanto para com os outros e para com o mundo – o estilo de vida da pessoa* (ibid., p. 186). Nesses dois últimos cursos no Collège de France<sup>49</sup> e nos volumes de História da Sexualidade – principalmente o segundo e o terceiro – Foucault retorna ao princípio antigo “conhece-te a ti mesmo”, não para que recuperemos um *status quo* do modo de viver, mas justamente nos leva a pensar em como os valores morais pode construir um modo de ser não compatível com o estilo de vida. A construção de si, à esteira dos valores morais, ocorre porque *o corpo é investido por relações de poder e dominação* (FOUCAULT, 2003, p. 25) e pensarmos numa direção ética é pensar numa constituição de uma política-estética, isto é, *uma livre escolha na qual estão o jogo o governo de si e dos outros* (FOUCAULT, 1995, p. 266).

Essa dissertação falha em não explorar mais o campo da ética em Foucault, e pautarse em uma visão generalista sobre os posicionamentos de construções éticas no campo foucaultiano. É possível ver construções de Foucault em relação à ética – que ficaram fora desse trabalho – quando ele aborda a questão da política, da estética, da arqueologia, da ethopoética, do ethos, da liberdade e da governamentalidade. Porém, o que desejamos destacar é a construção desse estilo de vida, dessa ética, que para ter uma efetividade na voz não pode desconsiderar os valores morais em que estão inseridos, pois são a partir deles que será possível construir processos de militâncias que não caiam em uma conduta prescritiva do indivíduo, mas permita uma constituição de si do sujeito.

### 3.3. EFEITOS DE UM PERCURSO: *uma co-missão*

Exclusivamente nesta parte do trabalho a escrita será em primeira pessoa do singular. O eu que aqui cairá em palavras vem dar lugar a uma voz, que diante a tantos retrocessos que invade a sociedade, vê-se decido por “gritar” de alguma maneira. Trarei aqui alguns recortes dos “diários de bordo” que escrevi – até o momento da escrita da dissertação – na função de Conselheiro<sup>53</sup> da Comissão de Diversidade Sexual e Identidade de Gênero (CDSIG) da Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) de São Carlos. Infelizmente, o cenário de nascimento da CDSIG deu-se diante de dois fatores principais: a re-organização conservadora do campo político e governamental do Brasil e o contínuo processo de abjeção dos corpos não

---

<sup>49</sup> O Governo de si e dos outros (2010) e O governo de si e dos outros II: a coragem da verdade (2011). <sup>53</sup> Termo escolhido pela comissão para poder pensar um gênero neutro, capaz de abarcar todas as formas de sexualidades e gêneros, sem precisar da distinção do masculino e feminino.

normatizados. Dessa forma, a CDSIG aparece como um lugar possível de reconhecimento desses corpos – onde, consecutivamente é possível expor sua verdade subjetiva – com uma representação crítica, jurídica e social frente à onda heteronormativa de governar os corpos, uma representação que vai de encontro às relações hierárquica de sexualidades e gêneros e propõe espaços abertos para o diálogo que permita as diversas formas de expressões do eu.

E foi atravessado por essas questões que juntamente com Camila Marques<sup>50</sup> – que já tem um percurso dentro do Direito sobre a nomeação de criança trans – decidimos juntar pessoas para re-ativar a CDSIG da OAB de São Carlos. E assim (re)nasceu a Comissão de Diversidade Sexual e Identidade de Gênero (CDSIG) da OAB/São Carlos: uma resistência que condensa várias lutas na intenção de potencializar vozes, visando uma homologação possível dos direitos às pessoas marcadas pela questão LGBTTQIA+. Permeados pela necessidade da construção de uma “voz coletiva” – e, carregando todo o paradoxo desse lugar – funda-se, por meio de um ato, no dia 19 de novembro de 2018, a CDSIG OAB/São Carlos: tendo Camila Marques na função de Presidenta e Guilherme Angelicio como Vicepresidente; e como conselheiros: Ângela Lopes, Caio Carniel, Erick Gregner, Fernanda Mariano e Lorenz Ismael. Juntos e movidos pela intenção de estabelecer lugares que homologuem uma construção subjetiva de sexualidades e de gêneros, a CDSIG OAB/São Carlos realizou, no dia 19 de novembro 2018, uma **Roda de Conversa** que visou um contato inicial para acolher demandas de pessoas marcadas pela questão LGBTTQIA+ e, juntamente com elas, pensar em diretrizes possíveis para fazer resistência frente ao desmonte aos direitos LGBTTQIA+, que já são sucateados historicamente no Brasil e, com a atual conjuntura política, tende a tornar a caminhada mais obscura. Além desse encontro direcionar para uma existência de uma demanda em comum, torna-se necessário enfatizar as diferenças e a importância do lugar de fala – por isso a criação de uma Comissão que trabalhe em grupos heterogêneos.

Quando se pensa sobre o percurso histórico das pessoas LGBTTQIA+ a marca da luta é sempre recorrente. Ora, diante do Estado, na luta de retificação de um nome, em busca de direitos que reconheçam matrimonialmente famílias constituídas para-além da heteronormatividade, e inclusive na luta de Leis específicas que garantam a segurança e direito de viver; ora diante das instituições de saúde, por tratamentos igualitários e que respeitem todas as formas de expressão de sexualidade e gênero, para uma visão mais humana do processo transexualizador, preparo dos profissionais para as questões que tange o tratamento hormonal, lutando contra a patologização, ou tentando desvincular-se de uma associação direta de grupos de riscos com comportamentos de riscos. Ora, ainda diante da própria sociedade sendo essas pessoas marginalizadas nas condições básicas como trabalho, na luta de muitos por sobrevivência – por viverem em situação de rua por não terem amparo da

---

<sup>50</sup> Advogada e Presidenta da Comissão de Diversidade Sexual e Igualdade de Gênero da OAB de São Carlos.

própria família. Esse percurso histórico é o que me traz aqui hoje, pois foram apenas por meio dessas uniões que foram possíveis passos importantes. Afinal, a mudança para esses sujeitos, infelizmente, só aparece por uma via do grito e com risco de vida.

As demandas vêm de diversos campos e mostram o quanto ainda é necessário mais estudos acerca dos impedimentos que a heteronormatividade coloca sobre os corpos “errantes”, porém aos poucos e ainda no processo de trabalho de delimitar metas, com um pequeno tempo de existência foi possível realizar um mutirão para retificação do nome trans – ainda em dezembro – uma medida estratégica antes da posse da gestão do atual “Presidente”; também nos organizamos juntamente com um grupo de mães que propõe o acolhimento e possíveis profissionalizações de pessoas que foram expulsas de casa devido ao seu reconhecimento como sujeito não-normatizado, sem contar reuniões com profissionais da saúde e representantes do poder público. Um dos últimos acontecimentos foi o mês de visibilidade trans, realizado em janeiro de 2019. No dia 22 de Janeiro, foi possível contar com Angela Lopes (travesti, conselheira da CDSIG e ativista LGTBTTQIA+), Fellipa Brunelli (travesti, Gestora da Comissão de Direitos Humanos de Araraquara) e Erika Hilton (travesti e atual Deputada Estadual) – é possível acompanhar o evento todo pela página da CDSIG – no evento, sendo o mais marcante a incapacidade de suspensão de um discurso da heteronormatividade que venha a permitir que se reconheça os corpos travestis, e quando esse reconhecimento ocorre isso se dá em um contexto de artifícios de higienização, como o recurso ao emprego de termos médicos: transexual – um reconhecimento condicionado. Pensando nessas questões, ao final do mês a Comissão lançou uma entrevista cedida por Angela Lopes, e será pautado nas questões feita por Angela que seguirei as discussões deste capítulo.

### **3.3.1. 1992: encontrando um “si” n’uma “mulheridade”**

No dia 20 de Novembro de 2018 – um dia após o ato de fundação da CDSIG - Angela concede uma entrevista, que viria a ser publicada posteriormente para o mês da visibilidade trans. De longe a vejo chegando: um vestido longo, cabelos amarrados, seus finos traços do rosto e um sorriso acanhado. Recebo o seu abraço e o convite para entrar em sua casa. Poder ouvir e estar junto com Angela Lopes é um verdadeiro convite a presenciar a representação de uma desconstrução, é um encontro que desvela todo o engodo das construções estabilizadas sobre o que é (ser) um homem e o que é (ser) uma mulher - ou seja, as bases heteronormativas da sociedade. Nessa conversa, pudemos navegar por diversos temas, porém o que lerá aqui é apenas um efeito desse encontro, uma tentativa de trazer uma tradução subjetiva possível de um corpo que fala sobre o seu trãns-ito, este que não apenas remete a sua questão com a transexualidade, mas também com a questão “o que é ser uma mulher?”,

que vai se reformulando – e tendo diferentes respostas – de acordo com as vivências e os empoderamentos.

Angela, como toda travesti, é marcada por uma história de constantes tentativas de silenciamentos, exclusões e rejeições – que vão se apresentando em diversas formas: ora da família, com a sua expulsão de casa; ora dos sistemas judiciário e da saúde, que constantemente desacreditam seu trânsito e insiste em colocá-la em seu lugar “destinado” socialmente; ora da própria comunidade, por ela possuir uma mente insaciável por desconstrução frente a uma heteronormatividade automatizada; ora por seus pares amorosos, ao relatar a dificuldade de se considerar corpos não padronizados ao amor e levando-a a questionar até as influências sociais sobre as questões das escolhas amorosas; e ora, até por si mesmo, por muitas vezes estar em lugares de definições que não necessariamente dizem respeito a ela, e sim, devido a mais uma resposta esperada da sociedade na sua incessante tentativa de reduzir o corpo a uma norma. Porém, a história de Angela, muito diferente de outras travestis, também é marcada por conquistas e processos de empoderamentos que permitiram saídas dos lugares previamente endereçados aos corpos travestis – inclusive poder falar sobre questões acerca do envelhecer, contradizendo toda expectativa de vida de um corpo trans. Angela se tornou a primeira travesti do Brasil a ter a retificação de seu nome sem precisar de um processo cirúrgico, foi Chefe da Divisão de Políticas para a Diversidade da cidade de São Carlos, esteve presente em diversas formas de ativismos defendendo direitos para a população LGBTQIA+ e possui toda uma história que revela uma luta que traduz a elaboração de um trauma.

Angela foi expulsa da casa de seus pais e teve um destino muito comum às travestis:

*Em 1992 eu conheci pessoas muito importantes. Conheci o Sandro, que foi a minha mãe, que ficou responsável por cuidar de mim, porque pra viver na rua você precisa ser muito forte e aquelas que não tinham possibilidade, como eu, de ter a proteção da família tinham essas mães. Corpos que nem o meu não tinham privilégios, porque primeiro que a família já tinha expulsado de casa, segundo que a identidade já não permitia se esconder. Muitas coisas interessantes, muitas coisas ruins, aconteceram em mil novecentos e noventa e dois e nos anos seguintes. Teve a questão dos bares e da boate, que foi também um outro espaço muito importante. E foi nessa época que eu comecei a me hormonizar. Em 1992, também, foi o boom do HIV e a gente não tinha preservativos e o sexo era desprotegido, eu tive sífilis e crista de galo. Mais de sessenta por cento das minhas amigas e amigos morreram por conta do HIV. Eu fui premiada, eu até não consigo entender porquê. Porque o sexo era uma coisa cíclica, os homens que saíam com uma sempre saíam com as outras e isso até hoje no mundo da prostituição. Eu enterrei muitas amigas, ou pelo HIV ou pela violência (Angela)*

Angela também coloca que nesse período de 1992 até 2000, ela entra nesse processo de encontro com a “mulheridade”, porém ela ressalta que nesse período o lugar do “ser mulher” não era permeado pelo mesmo de hoje:

*Naquela época todas as travestis ou mulher transsexual eram gays afeminados e homens-trans, uma lésbica hiper masculinizada. Foi muito difícil redescobrir isso, porque eu vim a acessar essas informações depois dos vinte. A única referência que se tinha naquela época era da Roberta Close. Mas, elas vinham com o discurso da mulher cis-gênero. Elas rompiam com o padrão de gênero e incorporaram a mulher cisgênero, toda a cisgeneridade. A Roberta Close trazia o discurso de que é preciso operar, modificação de nome e toda aquela carga que se tem que perseguir o estereótipo, o que é uma crueldade dizer para uma mulher transsexual ou para o homem transsexual de que ele tem a obrigação de representar aquele esteriótipo e, muitas vezes, é inalcançável. (Angela)*

Assim, 1992 é um ano ambíguo em sua trajetória, pois ao mesmo tempo que a ela é marcada por um lugar de descoberta, também há a assimilação do perigo que carregava essa descoberta – o nascimento de uma Parresía Ética. Esse é o seu lugar de trauma, marcado pela sua história, que carrega diversos acontecimentos e muitos questionamentos que permeiam a sua vida atual. Seria o trauma um caminho possível para a ascensão da Parresía ética? Com Angela, o trauma foi se tornando instrumento de trabalho, de luta, e foi compondo conquistas que nem todo travesti consegue alcançar: por trabalhar no cartório conseguiu a alteração de seu nome, trabalhou em grupo com o ProSex de São Paulo, trabalhou na Prefeitura de São Carlos visando atendimento humanizado para as pessoas trans e esteve na comissão organizadora da parada LGBTQIA+ de São Carlos. Todo esse processo a fez ver novos lugares no processo de empoderamento de seu corpo, fazendo frente às leituras heteronormativas que estavam implícitas por muitos lugares em que passava. Um projeto a destacar nessa trajetória, que se iniciou de maneira totalmente independente foi uma roda de conversa que ela realizou com as transexuais e travestis da periferia, uma tentativa de ser como Sandro: uma mãe que dá um lugar de existência para-além do lugar de abjeto de seu corpo.

*Quando eu vim pro Cidade Aracy, eu comecei a me aproximar das “manas”, isso foi um processo lento para ganhar confiança, porque aqui elas tão sempre cooptadas pelo tráfico, pela prostituição em troca de bebida ou drogas, e é uma coisa que já meio que ficou naturalizado para elas. E começar a ver esse lado me assustou demais. E eu comecei a trabalhar com elas essas questões e elas se sentiram seguras perto de mim. Porque eu comecei a enfrentar muito esse sistema de opressão que acontece aqui na periferia. Que além de tudo têm questões raciais, têm questões do machismo, os homens da periferia são muito violentos, eles são muito transfóbicos, eles são muito misóginos. Não tem nada de velado aqui, principalmente se está de madrugada num bar. Acho que eu dei pra elas aquilo que eu pude, o que elas ouviram, eu espero que elas levem pra vida delas. (Angela)*

No dia 28 de novembro de 2018, Angela sofre um atentado contra sua vida, aos gritos de *viado desgraçado* ela foi atacada com um martelo, teve seu corpo dilacerado em diversos pontos e ela relata que viu nele a intenção real de ele tirar sua vida. Angela coloca esse atentado como uma possível consequência do processo de empoderamento realizado com as travestis e transexuais no bairro da periferia. Com sua Parresía ética, Angela demarca lugares de

resistência; e como toda resistência, sofre por meio dos poderes estabilizados retaliações e silenciamentos.

Entretanto, mesmo com essa e todas as outras marcas em seu corpo, ela ainda encontra forças para continuar sua luta e assumir o lugar de conselheira da Comissão de Diversidade Sexual e Igualdade de Gênero (CDSIG) da OAB de São Carlos, e no seu discurso no ato inaugural da comissão, ela relembra esse atentado juntamente com todas as memórias de 1992, principalmente a morte de Fernando, um amigo cabelereiro que teve o seu corpo esquartejado, um crime revelando os efeitos que a LGBTTQIAfobia tem sobre esses corpos que exprimem com muita coragem leituras outras acerca da sexualidade e da identidade de gênero. Essas memórias que aparecem em seu discurso – e também na entrevista - são permeadas pelo espectro da morte, mas também assumem um lugar de renascimento: sua reinvenção constante sobre o lugar de ser mulher.

Em 1992, há a morte de um corpo pareado com os discursos heteronormativo e o nascimento de Angela, e também o nascimento da trajetória de “tornar-se” uma mulher, a princípio nos moldes de um sistema cisgênero. Porém, a cada tentativa do cis-tema a endereçar para determinados lugares ela segue na insistência de construir a própria leitura do que é ser uma mulher. Então, em 2018 permeado por toda sua trajetória, ela recupera o seu fantasma de 1992, para mais uma vez se re-traduzir em sua constituição de si:

*Durante toda a minha existência eu incorporei estereótipos e pensamento social institucional, do que é ser homem e o que é ser mulher, para construir essa mulheridade. Mas hoje eu tenho questionado, eu tenho empoderado meu corpo, inclusive, a questão da genitália, que é uma das imposições sociais, que o “ser mulher”, obrigatoriamente, tem que vir acompanhado da genitália condizente, que é a vagina. “Quando eu me reafirmo a mulher de pênis, eu meio que bugo o pensamento do sistema. Esse é um processo que eu estou ainda construindo a partir da minha visão do que é ser mulher, da minha perspectiva e enunciando essa imposição dessa mulheridade que a sociedade me cobra. Foi um importante durante um período? Foi! Porque incorporar estes estereótipos foi importante na socialização, na questão de ser inserida dentro da sociedade. Quando eu me identifiquei como mulher e reivindiquei essa mulheridade, tenho que trazer para essa mulheridade todos os estereótipos, toda essa carga estrutural que a sociedade impõe, para eu poder ser “passável”, para eu poder ser digerida por essa sociedade, porque, se eu ficar no meio termo, nessa coisa ambígua, que dizem que é ambígua, eu não sou absorvida pelo sistema, pela sociedade. Durante um período, foi interessante essa coisa de performar todo esse sistema e representar essa mulheridade, porque hoje me possibilitou galgar espaços que possivelmente, se eu não tivesse assumido todos esses estereótipos, eu não teria conseguido alcançar. Mas, isso, é um peso muito grande, porque, assim, a gente não quer assumir um papel, a gente não quer estar numa identidade representando aquilo que a sociedade construiu, a gente quer construir uma identidade que seja reflexo de nossa essência, sem, obrigatoriamente, ter que responder por um estímulo do sistema. Eu tenho reivindicado muita coisa do que a sociedade sempre me cobrou como é ser mulher, aquilo que eu tenho de representar e tenho construído a minha própria identidade, está em construção. Não sei onde eu vou chegar com essa construção, ou desconstrução, inclusive na questão da própria orientação sexual, que é uma coisa que eu também tenho repensado e*



*permitido romper com as barreiras dessa orientação, então, eu tenho desorientado a orientação e descobri essa coisa de romper com a identidade. (Angela)*

A trajetória de Angela torna-se pungente que existamos num sistema extremamente categórico e cisgeneralizador, em que a ausência de definições é insuportável. Porém, por mais que pareçam necessárias essas construções sobre ser homem e ser mulher, por certo período de tempo, por que tradicionalizar? Sexualidade e gênero são impossíveis de se tradicionalizar, só nos resta uma tradução possível: de um lado a língua estabilizada do mundo e de outro a língua do corpo, do subjetivo, sendo o ser humano como um interprete, traduzindo um estilo que permeia as duas línguas. E, a história de Angela torna-se muito mais do que uma personificação da dor marcada no corpo travesti – ou de qualquer sexualidade e gênero não normatizados – ela mostra como é possível transformar a cena traumática num processo de reorganização da construção do eu: **a Parresía como um sintoma.**

Realizei aqui uma nova leitura sobre o diagnóstico: por meio do trauma – permeado pela leitura psicanalítica – encontrar as bases do dispositivo que sustentam determinados modos de condições de existência dos corpos preenchidos com sua sexualidade e gênero – pensando pela leitura foucaultiana. O sintoma equiparado analogamente à Parresía – como uma verdade subjetiva, como uma construção autêntica do sujeito – aponta para a necessidade de uma outra perspectiva para além do prescritivo comportamental. Se Angela não tivesse revisitado os seus próprios lugares de empoderamento, ela talvez ainda estaria reproduzindo uma matriz heterossexual na tentativa de reproduzir uma mulher – e não uma mulheridade. Encontrar esse caminho da mulher-idade foi apenas possível com os anos, com suas experiências, com o seu crescimento dentro das militâncias possibilitando, assim, um distanciamento dos padrões heteronormativos que o seu processo transexualizador insistia em coloca-la. Desta forma, só é possível suportar resistência por meio de atos parresíasticos ou seja, só é possível continuar exercendo a via autêntica de si por meio de furos, de rupturas com as convenções estabilizadas sobre o corpo.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

*Versões tóxicas da masculinidade e da feminilidade acabam gerando agressões a quem ousa delas se distanciar no seu exercício de direito fundamental e humano ao livre desenvolvimento da personalidade, sob o espantalho moral criado por fundamentalistas religiosos e reacionários morais com referência à chamada ideologia de gênero.*

*(Juiz Celso de Mello)*

O percurso desta dissertação tem pelo menos dois vieses que podemos apontar nessas considerações. De um lado temos as questões teórico-metodológicas e de outro um direcionamento para o olhar acadêmico-científico a fim de abordar o corpo trans que não perpassa por reducionismos, conteudismos e generalizações. Os corpos tranvestigeneres são contínua e repetidamente silenciados em prol da manutenção de uma heteronormatividade que abarca e constrói identidades destinadas a corpos cisgêneros implicando, assim, um apagamento das visibilidades de corpos dissidentes nos mais diversos níveis da sociedade – principalmente em níveis institucionais: família, hospitais, escolas, instâncias jurídicas, políticas e midiáticas. Nesse momento, permeados por uma ideia de um continuum na relação entre esses dois lados, propomos uma conclusão que direcione as mudanças teóricas em prol de um direcionamento ético subjetivo: um “sintoma” lido na via da construção de si.

O Brasil, de acordo com últimas pesquisas, lidera o ranking de assassinatos de ordem transfóbica no mundo<sup>51</sup>, e, curiosamente, é também o país que mais tem acessos a sites de pornografia na categoria travesti/transsexual<sup>56</sup>. Como pensar esses dois dados depois dos conteúdos expostos aqui? O que secretamente os corpos trans sustentam para que a sociedade heteronormativa mantenha seus padrões estabilizados? Essas duas notícias nos dão duas direções: (1) as mortes como sinais de uma repetição na sociedade de masculinidades e feminilidades tóxicas que impedem que o trânsito por outras leituras seja digno de existência; e (2) os lugares endereçados aos corpos trans: o de objeto, seja secreto – na busca por sites pornográficos, nos pontos de prostituição – seja por um viés reducionista – em pesquisas científicas e em diretrizes para tratamentos. Ainda são raros os discursos que coloquem a transexualidade em outra posição – sendo a maioria dos discursos de ruptura advindos do próprio sujeito trans e nunca de um olhar da sociedade, que reproduz a leitura heteronormativa sobre os corpos.

Os princípios reguladores de análise que usamos nesse trabalho para abarcar – minimamente – o corpo trans partiram das noções: de acontecimento, de série, de regularidade e de condição de possibilidade. Um corpo que demarca o seu trânsito é presente

---

<sup>51</sup> <http://especiais.correiobraziliense.com.br/brasil-lidera-ranking-mundial-de-assassinatos-de-transsexuais> <sup>56</sup> <https://super.abril.com.br/comportamento/brasil-e-o-pais-que-mais-procura-por-transsexuais-no-redtube-e-o-que-mais-comete-crimes-transfobicos-nas-ruas/>

desde o nascimento da humanidade, é possível ver lendas e mitos com conteúdo de sujeitos que transitam pelo seu gênero e sexualidade, porém a construção da “transexualidade patológica” ela é um acontecimento, pois sua existência é mediada pelos discursos que por meio de ações prescritivas vão designando e determinando quais corpos são normais e quais são os anormais. Essa divisão vai possibilitar a instalação de um vínculo com as políticas governamentais, dando subsídios para determinadas práticas governamentais, que associadas com condutas morais já bem estabelecidas no campo social – como: as construções religiosas, as práticas sociais pautadas sempre na divisão de gênero – dão fomento para a validação de uma verdade acerca dos corpos. Assim, se todos os pontos de controle possuem uma mesma visão heteronormativa sobre os corpos, o controle sobre eles serão apresentados das mais diversas formas: o não reconhecimento do nome, a dificuldade de lugares de trabalho – muitas vezes sendo destinados à prostituição, o risco iminente da morte, a dificuldade de um tratamento específico atento em suas questões, a falta de legitimidades políticas-representativas, entre outros. Então, quando se pensa em controle dos corpos trans, a via da ausência de direitos básicos que garantam o mínimo necessário para poder se viver é que se evidencia. E, se neste primeiro decênio do século XXI, temos uma crescente visão conservadora – logo, uma crescente leitura heteronormativa sobre os corpos – consecutivamente, temos um crescente de apagamento do corpo trans.

Quando lemos história como de Dandara dos Santos<sup>52</sup>, travesti torturada até a sua morte por oito homens [cisgêneros], devemos nos questionar: a insistência em construções científicas para delimitar o “entendimento” da transexualidade estão sendo para quais fins? Essa busca pela construção diagnóstica é para quem? O corpo de Dandara mostra que as construções científica da transexualidade são, muitas vezes, para o própria reafirmação da heteronormatividade e constante controle. Insistir em uma leitura nosográfica do sintoma é manter um sujeito transvestigenero alienado no discurso cisgênero, isto é, é manter seu apagamento e a constante resposta: “o seu corpo é um corpo disfórico”. Então, a saída que encontramos a fim de não reproduzir uma construção generalista sobre os corpos marcados pela questão trans, é pensar um direcionamento ético para o “sintoma”, um direcionamento que pense o sujeito como alguém não representado pelas construções de gênero estabelecidas e que parte para um percurso de construir uma própria: o exercício singular – porém pautado nas construções já dadas pelo social seja para aceitar algumas nuances, seja para renunciar totalmente a elas – Foi o que norteou as leituras deste trabalho, uma tentativa de construir uma ciência pautadas em vozes, pautada no um.

---

<sup>52</sup>

<https://www.hypeness.com.br/2018/04/gravado-em-video-assassinato-da-travesti-dandara-vai-a-juripopular/>

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGAMBEN, Giorgio. *O que é um dispositivo?* In: **Outra travessia**, Florianópolis, n. 5, p. 9-16, jan. 2005.

ALTHUSSER, L. **Ideology and Ideological State Apparatuses**. In: *Lenin and Philosophy*. NY e London: Monthly Review Press. 1971.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. DSM I: Diagnostic and Statistical Manual. 1952.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. DSM II: Diagnostic and Statistical Manual. 1966.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. DSM III: Diagnostic and Statistical Manual. 1980.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. DSM IV: Diagnostic and Statistical Manual. 1994.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. DSM V: Diagnostic and Statistical Manual. 2008.

AUSTIN, J. L. **How to do things with words**. Cambridge, Mass.: Harvard University Press. 1994.

BENINI, E. R. **O poder psiquiátrico**. In: CSOnline – Revista Eletrônica de Ciências Sociais. Ano 2. Volume 5. Dezembro, 2008.

BENJAMIN, H. **The transsexual phenomenon**. New York: The Julian Press. 1966.

BENTO, B. **O que é transexualidade?**. São Paulo: Brasilienses. 2008.

BERDET, M. **“Interpelação fantasmagórica”: compreender e subverter a estética da vida cotidiana com Walter Benjamin e Louis Althusser**. In: *Kriterion* [online], vol. 59, n.139. 2018.

BRUNS, M. A. T., PINTO, M. J. C. **Vivência Transexual: o corpo desvela seu drama**. Campinas: Editora Átomo. 2003.

BUTLER, J. *De la vulnerabilidad lingüística*. In: **Lenguaje, poder e identidad**. Madrid: Editorial Síntesis S. A. 1997.

BUTLER, J. **Problema de Gênero: feminismo e subversão da identidade**. 8 ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira. 2015a.

BUTLER, J. **Relatar a si mesmo crítica da violência ética**. Belo Horizonte: Autêntica Editora. 2015b.

BUTLER, J. **A vida psíquica do poder: teorias de sujeição**. Belo Horizonte: Autêntica Editora. 2017

CAPONI, S. **As classificações psiquiátricas e a herança mórbida.** In: *Scientiæ zudia*, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 29-50, 2011.

CAPONI, S. **O DSM como dispositivo de segurança.** In: *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 24 [ 3 ]: 741-763, 2014

CASTRO, E. **Vocabulário de Foucault: um percurso sobre seus temas, conceitos e autores.** 2 ed. Belo Horizonte: Autêntica Editora. 2016.

CASTRO, E. **Introdução à Foucault.** Belo Horizonte: Autêntica Editora. 2017.

CHIARETTI, P. **O sintoma em suas dimensões singular e social.** In: *ESTUDOS LINGÜÍSTICOS*. São Paulo, 44 (3), p. 1168-1177, 2015.

COSSI, R. K. **Corpo em obra: contribuições para a clínica psicanalítica do transexualismo.** São Paulo: nVersos. 2011.

DAVIDSON, A. I. *Ética como ascese: Foucault, a história da ética e o pensamento antigo.* In: GUTTING, G. (Org) **Foucault.** São Paulo: Ideias e Letras. 2016.

DELEUZE, G; GUATTARI, F. **O Anti-Édipo.** Rio de Janeiro: Imago, 1976.

EIRBON, D. **Reflexões sobre a questão gay.** Rio de Janeiro: Companhia de Freud. 2008.

FERNANDES, C. **Análise do Discurso: Reflexões introdutórias.** 2ªed. 2011.

FOUCAULT, M. *O verdadeiro sexo (1980).* In: **Ditos e Escritos V: Ética, Sexualidade, Política.** 2ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária. 2010.

\_\_\_\_\_. *Sobre a genealogia da ética: uma revisão do trabalho.* In: RAINBOW, P. DREYFUS, H. **Michel Foucault: uma trajetória filosófica para-além do estruturalismo e da hermenêutica.** Rio de Janeiro: Forense Universitária. 1995.

\_\_\_\_\_. **A Ordem do Discurso (1970).** São Paulo: Martins Fontes. 1999.

\_\_\_\_\_. **O poder psiquiátrico: curso no Collège de France (1973-1874).** São Paulo: Martins Fontes. 2006.

\_\_\_\_\_. **Os anormais: curso no College de France (1974-1975).** São Paulo: Editora WMF Martins Fontes. 2010a.

\_\_\_\_\_. **O governo de si e dos outros: curso no Collège de France (1982-1983).** São Paulo. WMF Martins Fontes. 2010b.

\_\_\_\_\_. **A coragem da verdade: curso no Collège de France (1983-1984).** São Paulo: WMF Martins Fontes. 2011.

\_\_\_\_\_. **A história da sexualidade I: a vontade de saber.** 23 ed. São Paulo: Paz e Terra. 2015.

\_\_\_\_\_. **A história da sexualidade II: o uso dos prazeres.** 14 ed. São Paulo: Paz e Terra. 2014a.

\_\_\_\_\_. **Vigiar e Punir: nascimento das prisões**. 42 ed. Rio de Janeiro: Vozes. 2014b.

\_\_\_\_\_. **A história da sexualidade III: o cuidado de si**. 15 ed. São Paulo: Paz e Terra. 2017.

FREUD, S. **Estudos sobre Histeria** (1893-95). In: FREUD, S. ESB Obras Completas. Vol. II. Rio de Janeiro: Imago. 1996.

\_\_\_\_\_. **Três ensaios sobre a teoria da sexualidade** (1905a). In: FREUD, S. ESB Obras Completas. Vol. VII. Rio de Janeiro: Imago. 1996.

\_\_\_\_\_. **Um caso de Histeria** (1905b). In: Freud, S. ESB Obras Completas. Vol. VII. Rio de Janeiro: Imago. 1996.

\_\_\_\_\_. **Cinco Lições de Psicanálise (1910)**. In: FREUD, S. EBS Obras Completas. Vol. XXI. Rio de Janeiro: Imago. 1996.

\_\_\_\_\_. **Conferências introdutórias sobre Psicanálise** (1916). In: FREUD, S. ESB Obras Completas. Vol. XV. Rio de Janeiro: Imago. 1996.

GROS, F. *A parrhesia em Foucault*. In: \_\_\_\_\_. **Foucault: a coragem da verdade**. São Paulo: Parábola Editorial. 2004.

HAMAEDAMI, A. **Gays sofrem pressão para mudar de sexo e escapar da pena de morte no Irã**. In: BBC Persa. Disponível em:

<[https://www.bbc.com/portuguese/noticias/2014/11/141105\\_ira\\_gays\\_hb](https://www.bbc.com/portuguese/noticias/2014/11/141105_ira_gays_hb)>

HIRSCHFELD, M. **Sex in Human Relationships**. London: John Lane The Bodley Head, 1927.

INSEL, T. **Transforming Diagnosis**. In: NIMH Website. Disponível em: <https://www.nimh.nih.gov/about/directors/thomas-insel/blog/2013/transformingdiagnosis.shtml>

JORGE, M. A. C. TRAVASSOS, N. P. **Transexualidade: o corpo entre o sujeito e a ciência**. Rio de Janeiro: Zahar Editor. 2018.

KATZ, J. N. **A invenção da heterossexualidade**. Rio de Janeiro: Ediouro. 1996.

KRAFFT-EBING, R. **Psychopatia Sexualis** (1894). Nova Iorque: Arcade Publishing. 1998.

LACAN, J. **O Seminário Livro 1: os escritos técnicos de Freud** (1953-1954). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora, 1986.

\_\_\_\_\_. **A psiquiatria inglesa e a guerra** (1986). In: \_\_\_\_\_. **A querela dos diagnósticos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor. 1989, pp. 11-26.

LEITE JUNIOR, J. **Nossos corpos também mudam: a invenção de categorias “travestis” e “transexual” no discurso científico**. São Paulo: Annablume. FAPESP, 2011.

LIDZ, T. **Adolf Meyer and the development of American Psychiatry**. In: The American journal of psychiatry. 2006.

LUCON, N. *Conheça Sylvia Rivera, a trans que fez história na Revolta de Stonewall*. In: **NLUCON**. 2014. Disponível em: <https://nlucon.com/2014/06/28/conheca-sylvia-rivera-a-trans-que-fez-historia-na-revolta-de-stonewall/>.

MISKOLCI, R. *A Teoria Queer e a Sociologia: o desafio de uma analítica da normalização*. In: **Sociologias**. 2009.

MORAIS, E. **Quanto mais eu desperto menos eu quero me encaixar**. In: *Provocações Filosóficas*. Disponível em: [https://provocacoesfilosoficas.com/quanto-mais-eu-desperto-menos-eu-desejo-me-encaixar/?fbclid=IwAR1aex7f6kU\\_iqCZHtguR\\_MrN5g14q8iNC\\_OPTVz2rlmKCXYclqU LzJPsHg](https://provocacoesfilosoficas.com/quanto-mais-eu-desperto-menos-eu-desejo-me-encaixar/?fbclid=IwAR1aex7f6kU_iqCZHtguR_MrN5g14q8iNC_OPTVz2rlmKCXYclqU LzJPsHg)

QUINET, A. **A descoberta do inconsciente: do desejo ao sintoma**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. 2003.

RINALDI, D., BITTENCOURT, V. B. *Transexuais e Transexualistas*. In: ALBERTI, S. **A sexualidade na aurora do Séc XXI**. Rio de Janeiro: Cia de Freud. CAPES, 2008.

ROSSI, A. *'Monstro, prostituta, bichinha': como a Justiça condenou a 1ª cirurgia de mudança de sexo do Brasil e sentenciou médico à prisão*. In: **BBC Brasil em São Paulo**. 2018. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/geral-43561187>.

ROUDINESCO, E.; PLON, M. **Dicionário de Psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

RUSSO, J.; VENANCIO, A.T.A. **Classificando as pessoas e suas perturbações: a “revolução terminológica” do DSM III**. In: *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, IX, 3, 460-483. 2006.

SALIH, S. **Judith Butler e a Teoria Queer**. 1 ed. 2reimp. Belo Horizonte: Autêntica Editora. 2015.

SARGENTINI, V. M. O. *Dispositivo um aporte metodológico para o estudo do discurso*. In: SOUSA, K. M. (Org.) **Dispositivos de saber/poder em Michel Foucault: biopolítica, corpo e subjetividade**. São Paulo: Intermeios; Goiania, UFG. 2015.

SEDGWICK, E. K. *A Epistemologia do Armário*. In: **Cadernos Pagu**. Tradução de Plínio Dentzien. Campinas: Núcleo de Estudos de Gênero Pagu, 2007.

STOLLER, R. **Sex and Gender: on the development of masculinity and femininity**. London Hogarth Press; 1968

\_\_\_\_\_. **The transexual experiment**. Londres: The Hogarth Press. 1975.

\_\_\_\_\_. *La difficile conquête de la masculinité*. In: FREUD, S. **L'identification: l'autre c'est moi**. Paris, France: Tchou. 1982.

\_\_\_\_\_. **Masculinidade e Feminilidade: Apresentações de Gênero**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

WHITEBOOK, J. *Contra a inferioridade: a luta de Foucault com a psicanálise*. In: GUTTING, G. (Org) **Foucault**. São Paulo: Ideias e Letras. 2016.

WITTIG, M. *O pensamento hetero* (1980). In: \_\_\_\_\_, **The Straight Mind and other Essays**. Boston: Beacon. 1992.