

Garamond
UNIVERSITÁRIA

Coordenação

Maria Alzira Brum Lemos

CONSELHO EDITORIAL

Bertha K. Becker

Candido Mendes

Ignacy Sachs

Jurandir Freire Costa

Ladislau Dowbor

Pierre Salama

COLEÇÃO sexualidade, gênero e sociedade

Dirigida por *Maria Luiza Heilborn* e *Sergio Carrara*

Coordenação Editorial

Jane Russo e *Anna Paula Uziel*

CONSELHO EDITORIAL

Albertina Costa

Daniela Knauth

Leila Linhares Barsted

Maria Filomena Gregori

Mariza Correa

Pary Scott

Peter Fry

Regina Barbosa

Richard Parker

Roger Raupp Rios

COLEÇÃO sexualidade, gênero e sociedade

sexualidade em debate

SEXUALIDADE E SABERES: CONVENÇÕES E FRONTEIRAS

organizadores: *Adriana Piscitelli*, *Maria Filomena Gregori* e *Sérgio Carrara*

Garamond
UNIVERSITÁRIA

DA TRANSEXUALIDADE OFICIAL ÀS TRANSEXUALIDADES

Berenice Alves de Melo Bento¹

Em primeiro lugar, gostaria de assinalar que este é um dos primeiros encontros realizados no Brasil, fora dos marcos das ciências “psi”, que pontuam a problemática dos/as transexuais e dos intersexos para o debate. Tal inclusão indica que um novo olhar, fora dos marcos patologizantes e normatizadores do campo médico, começa a se organizar para interpretar tais experiências.

Ao longo dos últimos anos, uma nova leitura sobre estas experiências começou a questionar a exclusividade explicativa dada pelas ciências “psi”. Acredito que os estudos *queer* radicalizaram a proposta foucaultiana de analisá-las relacionando-as aos processos de medicalização das condutas.

Nos últimos três anos, estive realizando pesquisas sobre a experiência transexual.² A primeira parte dessa pesquisa foi desenvolvida no âmbito de um hospital público brasileiro que realiza as cirurgias de transgenitalização e a segunda em uma associação de pessoas transexuais em Valência/Espanha.

Lembro-me de que quando comecei a estudar a experiência transexual, um “objeto de pesquisa” tão incomum para a sociologia, as perguntas mais frequentes durante o desenvolvimento deste

¹ Faculdade de Direito da União Pioneira de Integração Social (UPIS).

² Pesquisas realizadas para minha tese de doutorado. Para uma discussão dos encaminhamentos do trabalho de campo, ver Bento (2003b).

trabalho eram: "Como eles são? Como eles vivem?" No início da pesquisa, respondia com um certo ar de satisfação pelo interesse que o tema "transexualidade" suscitava. No entanto, a imersão no trabalho de campo, o encontro com outras vivências transexuais fora dos muros do hospital e a aproximação com os estudos *queer* produziram um efeito de incômodo diante do pronome "eles".

Esse "eles" impõe e estabelece uma distância intransponível. "Nós", os de dentro, "eles", os de fora, aqueles que ninguém sabe como vivem, nada sobre suas sexualidades, seus sonhos e seus desejos. É muito fácil exotizar um campo novo de estudos, processo muitas vezes disfarçado de "estranhamento".

Freqüentemente quando relatava "suas" vidas, contribuía, para a exotização, caminho seguro para a patologização. A cada relato de como "eles" viviam, alargavam-se as margens, construía-se uma alteridade absoluta entre "nós" e "eles" e me constituía nessas narrativas como aquela que está dentro, municiada com a autoridade que o trabalho de campo e a própria ciência me conferiam. A pergunta "como eles vivem?" passou a ter um resultado diferente. No lugar de uma dissertação sobre "eles", a resposta se transformou em uma indagação. "Eles? Não existe um 'eles'."

Não existe um processo específico para a constituição das identidades de gênero para os/as transexuais. O gênero só existe na prática, na experiência, e sua realização se dá mediante reiterações cujos conteúdos são interpretações sobre o masculino e o feminino, em um jogo, muitas vezes contraditório e escorregadio, estabelecido com as normas de gênero.³ O ato de pôr uma roupa, escolher uma cor, acessórios, o corte de cabelo, a forma de andar, enfim, a estética e a estilística corporais são atos que fazem o gênero, que visibilizam e estabilizam os corpos na ordem dicotomizada dos gêneros. Os/as homens/mulheres biológicos se fazem na repetição de atos que se

³ Segundo Butler (1999), as "normas de gênero" estão fundamentadas no dimorfismo, na heterossexualidade e nas idealizações. As "normas de gênero" terão como finalidade estabelecer o que será inteligivelmente humano e o que não, o que se considerará "real" e o que não, delimitando o campo ontológico no qual se pode conferir aos corpos expressão legítima.

supõe sejam o mais natural. Por meio da citacionalidade de uma suposta origem, transexuais e não transexuais igualam-se.⁴

Partindo desse pressuposto teórico, antecipo que não compartilho da visão patologizante que hegemoniza os centros médicos que fazem as cirurgias de transgenitalização e que organizam seu funcionamento a partir de uma concepção universalizada da transexualidade.

O objetivo geral desse artigo é problematizar esta concepção. Apontarei as bases teóricas que a fundamentam considerando que não existe o transexual universalizado nos documentos oficiais⁵ e materializado nos protocolos dos centros médicos que realizam as cirurgias de transgenitalização.⁶ Nestes documentos encontramos a descrição de um/a transexual definido como "o/a verdadeiro". No entanto, os critérios definidos para se classificar um sujeito como transexual esbarram em uma pluralidade de respostas para os conflitos entre corpo, sexualidade e identidade de gênero internos à experiência transexual, conforme tentarei apresentar ao longo deste artigo.

1. O TRANSEXUAL STOLLERIANO E O TRANSEXUAL BENJAMINIANO

Alguns teóricos propõem teses para explicar a origem da transexualidade, ao mesmo tempo em que apontarão os "tratamentos" adequados. Sistematizo essas teses em dois troncos fundamentais: o primeiro operacionalizará sua leitura a partir de um referente psicanalítico e o segundo apoiar-se-á na estrutura biológica. Essas duas posições inventaram dois tipos de transexuais. Proponho nomear o primeiro de transexual stolleriano e o segundo de transexual benjaminiano, em referência, respectivamente, ao psicanalista Robert Stoller e ao endocrinologista Harry Benjamin. Estes saberes serão

⁴ Esta posição está respaldada na Teoria da Performance, conforme Butler (1998a, 1998b, 1999).

⁵ Por documentos oficiais entende-se os produzidos pela Associação Internacional Harry Benjamin de Disforia de Gênero e pela Associação Americana de Psiquiatria.

⁶ Os centros médicos que realizam as cirurgias de transgenitalização estabelecem um conjunto de regras às quais os/as demandantes à cirurgia devem submeter-se. A realização de terapia, por um período mínimo de dois anos, é uma das obrigações estabelecidas nos protocolos médicos.

discutidos aqui enquanto partes estruturantes daquilo que considero como “dispositivo da transexualidade”.⁷

São raros os momentos em que se pode ver as posições de psicanalistas e de endocrinologistas em disputas declaradas. De forma geral, trabalham juntos nas equipes médicas responsáveis em produzir pareceres sobre as demandas dos/as transexuais. Há uma articulação, aparentemente invisível, entre estes dois saberes. O endocrinologista espera o dia em que a ciência descobrirá as origens biológicas da transexualidade, o que provocaria um reposicionamento do papel e do poder dos terapeutas, pois, atualmente, são eles os responsáveis por dar a palavra final sobre a cirurgia. Os terapeutas, por sua vez, esperam que a escuta e o tempo decorrido até que o/a “candidato/a”⁸ se submeta obrigatoriamente à terapia o removam da convicção da “necessidade da cirurgia.”⁹

No *Seminário Internacional de Identidade de Gênero y Transexualidad*,¹⁰ estas duas posições se confrontaram de forma clara. A psicanalista francesa Collete Chiland (2001) destacou em sua conferência o sucesso do tratamento levado à cabo com crianças “afeminadas”, ao mesmo tempo em que revelou dados sobre um índice elevado de arrependimentos de pessoas que haviam se submetido à cirurgia sem um anterior e rigoroso acompanhamento psicológico. O subtexto de sua exposição estava assentado na reafirmação da autoridade dos profissionais “psi”. para a produção dos diagnósticos. Em um sentido contrário, o cientista ho-

landês Jos Megens (1996), membro da principal associação responsável pela realização de pesquisas aplicadas sobre transexualidade, a Associação Internacional Harry Benjamin de Disforia de Gênero (HBIADG), mostrava dados que revelavam um índice de satisfação dos cirurgiados que se contrapunham aos de Chiland. Segundo ele, as pessoas que o procuram já sabem o que querem, sendo o diagnóstico conduzido basicamente pelo autodiagnóstico. Diante desta posição, a psicanalista afirmou: “é inaceitável, um absurdo se concordar com o autodiagnóstico. Estas pessoas não têm condições de realizá-lo.”¹¹

Diante das divergências entre os dados sobre “satisfação *versus* arrependimento” apresentados por Chiland e Megens, deve-se questionar as bases teóricas que fundamentam essas duas posições e que os fazem gerar diagnósticos e procedimentos aparentemente tão diferentes. As divergências não nos impedem de considerar tais saberes como partes estruturantes do dispositivo da transexualidade. O dispositivo não é algo homogêneo, seus saberes internos formam um conjunto heterogêneo que busca a eficácia por vários caminhos.

Jos Megens (1996) faz sua leitura da experiência transexual e realiza seu trabalho a partir de uma filiação teórica: a de Harry Benjamin. Chiland (1999, 2001), por sua vez, foi formada pelas teses de Robert Stoller. Problematizarei estas concepções utilizando como um dos recursos argumentativos as narrativas de sujeitos que vivem a experiência transexual.¹² Ao mesmo tempo sugiro que o ponto de

⁷ Segundo Foucault, os dispositivos “são formados por um conjunto heterogêneo de práticas discursivas e não discursivas que possuem uma função estratégica de dominação. O poder disciplinar obtém sua eficácia da associação entre os discursos teóricos e as práticas reguladoras” (1993: 244).

⁸ “Candidato” é nome que se atribui nos documentos oficiais aos demandantes às cirurgias. Utilizo as aspas como uma marca de distanciamento do campo oficial que estabelece os protocolos para o funcionamento das equipes.

⁹ Millot (1992), psicanalista de orientação lacaniana, expressou essa concepção quando relatou o encontro com “uma jovem transexual” que foi procurá-la, “acreditando erroneamente que eu lhe daria o endereço de um cirurgião capaz de praticar as operações de mudanças de sexo. Insisti para que me dissesse por que desejava tanto ser operada. Respondeu-me que era porque tinha a impressão de que, tendo a aparência de uma mulher enquanto se sentia homem, vivia em uma mentira. Objetei-lhe que, ao se operar, ela não faria senão trocar uma mentira por outra” (1992: 123). Para a autora, seria a psicanálise que conseguiria tirá-la dessa situação de “loucura e paixão”, revelando-lhe a verdade. Mas qual é a mentira e a verdade? Como um saber se outorga o direito de definir a verdade última das subjetividades a partir da diferença sexual? A mentira é sentir-se um homem no corpo de mulher? A verdade e a mentira dos sujeitos estão referenciadas no corpo ou, antes, no órgão sexual?

¹⁰ Seminário realizado entre os dias 24 e 28 de setembro de 2001, em Valência/Espanha.

¹¹ A questão do autodiagnóstico choca-se frontalmente com o poder dos profissionais das ciências “psi” em definir o destino das pessoas que solicitam a intervenção cirúrgica. No entanto, o que ocorre, de fato, é o autodiagnóstico. Ao longo do tempo em que devem frequentar os programas de transgenitalização, os/as transexuais estabelecerão um jogo de convencimento dos membros das equipes, para obter um diagnóstico que autorize a cirurgia. Todos/as aqueles transexuais que entrevistei relatam que foram eles/as mesmos/as que identificaram seus conflitos, fosse ouvindo um programa de TV, um amigo ou a partir de outras fontes. Antes, as idas aos consultórios serviam para aprofundar suas dúvidas. Um entrevistado lembra que a psicóloga sugeriu que ele deveria procurar uma igreja, pois aqueles sentimentos de ter um corpo em divergência com a mente não existiam. Quando procuram um hospital que tem um programa de transgenitalização, já se autodefinem como transexuais e, ao longo do tempo em que são obrigados a fazer terapia, construirão uma narrativa biográfica e desenvolverão performances que terão o objetivo de convencer os membros da equipe de que é um/a homem/mulher em um corpo equivocado.

¹² Nomearei por “transexuais femininas” ou “mulheres transexuais” os homens biológicos que se sentem mulheres e por “transexuais masculinos” ou “homens transexuais” as mulheres biológicas que se sentem homens. Para uma discussão sobre as divergências que esta nomeação estabelece com o dispositivo da transexualidade, ver Bento (2003b).

unidade central entre estes saberes está na pressuposição da heterossexualidade natural dos corpos. A sexualidade e o gênero, segundo o dispositivo da transexualidade, só podem ser compreendidos quando referenciados à diferença sexual.

2. O TRANSEXUAL STOLLERIANO

O livro de Stoller,¹³ *A experiência transexual*, é uma das referências obrigatórias para os profissionais que se aproximam da transexualidade. Escrito em 1975, ele aponta como um dos principais indicadores de uma sexualidade "anormal"¹⁴ (homossexual, bissexual, travesti e transexual) o fato de a criança gostar de brincadeiras e de se vestir com roupas do outro gênero.

Para Stoller, a explicação para a gênese da transexualidade estaria na relação da criança com sua mãe. Segundo ele, a mãe do transexual é uma mulher que, devido à inveja que tem dos homens e do seu desejo inconsciente de ser homem, fica tão feliz com o nascimento do filho que transfere seu desejo para ele.¹⁵ Isso acarreta uma ligação extrema entre filho e mãe, o que não deixa o conflito de Édipo se estabelecer devido à inexistência da figura paterna como rival. A entrada no conflito de Édipo e sua resolução, segundo o autor, são momentos decisivos para a constituição da identidade de gênero da criança e de sua identidade sexual.

¹³ Stoller foi um dos pioneiros na sistematização e na publicação de reflexões sobre a transexualidade nos EUA. Inicialmente, suas teses foram consideradas avançadas porque buscavam nas relações sociais as bases para a formação das identidades de gênero. No entanto, o "social" em Stoller é fundamentalmente a relação entre mãe-filho. Sobre a contribuição de Stoller para os estudos de gênero, ver Izquierdo (1994).

¹⁴ Sobre o processo histórico de construção do sujeito "anormal" pelas ciências médicas que veio a ocupar uma posição anteriormente atribuída ao "monstro", ver "O monstro, como o ancestral do anormal do século XIX", em Foucault (2001). Sobre a construção do conceito de "aberração" vinculado a comportamentos sexuais e o papel que os hermafroditas desempenharam nesta construção, ver também Foucault (2001).

¹⁵ Antes de começar a "tratar" a criança que apresenta sinais de transexualidade, Stoller analisa a mãe, pois é na relação que ela tem com o filho e na forma como desempenha seus papéis de gênero que as explicações para a origem da transexualidade deveriam ser buscadas. Quanto mais distante a mãe estivesse dos padrões de feminilidade, maior a probabilidade de ter um filho transexual, segundo o autor.

A verdade sobre o transexual estaria na sua infância e, mais especificamente, na relação com sua mãe. A essência do transexual é sua mãe. Stoller colocará em dúvida um diagnóstico de transexualidade se o paciente tiver uma mãe diferente daquela que ele caracterizou como a mãe típica do transexual.¹⁶

O contato com crianças que gostavam de usar roupas femininas, de brincadeiras e de brinquedos femininos levou Stoller a elaborar a hipótese de que esses meninos, se não fossem "tratados" desde a primeira infância por um analista, na idade adulta se apresentariam como transexuais e que, provavelmente, reivindicariam a mudança de sexo. A raridade desses casos na infância levou Stoller a pensar que os verdadeiros transexuais adultos são raros e representam uma minoria dos pedidos de mudança de sexo. São esses, possivelmente, os únicos para os quais a cirurgia seria indicada.

O trabalho de Stoller não se limita a tentar apontar as causas da transexualidade. Seu objetivo é apresentar alguns casos de crianças que freqüentaram seu consultório e, mediante uma intensa terapia, viram a masculinidade surgir.¹⁷ Segundo o autor,

existem duas contraforças em ação sobre ele [a criança], atualmente, que estão lutando nos dois lados de sua bissexualidade, uma tentando vencer a outra, e nesse estágio de sua vida, repetindo as forças que anteriormente criaram sua bissexualidade. Uma é seu terapeuta, que (como representante da sociedade, da saúde, e de conformidade com a realidade externa) está do lado de sua

¹⁶ Pensando em termos da feminilidade como mascarada (Rivière, 1979), a mãe stolleriana seria a não-mascarada, à medida que não dissimula a raiva e a inveja que tem do pênis com a máscara da feminilidade. Ela não admira seu marido; muito antes, compete com ele, anulando-o de sua vida e da de seu filho, gosta de usar roupas masculinas, é autoritária e não expressa a costumeira "delicadeza feminina". Segundo Rivière, todas as mulheres são mascaradas: não existe uma mulher genuína e outra mascarada. Stoller discordaria: para ele, as mães das transexuais femininas são mulheres não-mascaradas. No entanto, pode-se sugerir outra interpretação. Stoller, na verdade, está de acordo com as teses de Rivière na medida em que propõe "tratar" inicialmente a mãe, ou seja, fazê-la incorporar a máscara. Para uma discussão das teses de Rivière, ver "Prohibition, psychoanalysis, and the production on the heterosexual matrix", em Butler (1999).

¹⁷ Caso o paciente fosse adulto, o objetivo seria fazê-lo abandonar a repulsa pelo órgão genital, podendo, com isso, tornar-se um homossexual, um travesti ou um bissexual. Nesses casos, o tratamento é considerado exitoso, pois, com isso, sai da situação de "aberração sexual" para a de "perversão".

masculinidade; a outra, a sua família (sua mãe, em especial), que apesar do desejo consciente de cooperar com o tratamento, age de uma maneira que mantém a feminilidade (Stoller, 1982: 80).

A interpretação que Stoller desenvolve da experiência transexual está respaldada na psicanálise de orientação freudiana, principalmente o complexo de castração. Stoller não se distancia de Freud.

Segundo Freud (1933a), discutindo o enigma da feminilidade,

acredito haveremos encontrado esse fator específico [refere-se ao fim do vínculo da menina com a mãe que marca seus primeiros anos], e, na verdade, no lugar onde esperávamos encontrá-lo, embora numa forma surpreendente. Eu disse onde esperávamos encontrá-lo, pois se situa no complexo da castração. Afinal, a distinção anatômica (entre os sexos) deve expressar-se em conseqüências psíquicas. Foi uma surpresa, no entanto, constatar, na análise, que as meninas responsabilizavam sua mãe pela falta de pênis nelas e não perdoam por terem sido, desse modo, colocadas em desvantagens (Freud, 1933a: 153).

A diferença sexual também marcará definitivamente os meninos que, diante do corpo da menina, e da ausência do pênis, vêem surgir em suas lembranças

(...) as ameaças que provocou contra si, ao brincar com esse órgão; começa a dar crédito a elas, e cai sob a influência do temor de castração, que será a mais poderosa força motriz do seu desenvolvimento subsequente. O complexo de castração nas meninas também se inicia ao verem elas os genitais do outro sexo. De imediato percebem a diferença e, deve-se admiti-lo, também a sua importância. Sentem-se injustiçadas, muitas vezes declaram que querem ter uma coisa assim, também, e se tornam vítimas da inveja do pênis; esta deixará marcas indelévels em seu desenvolvimento e na formação de seu caráter, não sendo superada, sequer nos casos mais favoráveis, sem um extremo dispêndio de energia psíquica (Freud, 1933a: 154).

A explicação para a ligação da menina com o pai estaria no desejo original de possuir o pênis, negado pela mãe. No entanto, a situação feminina, ou a feminilidade, só se impõe se o desejo do pênis for substituído pelo desejo de um bebê. Mediante um forte dispêndio de energia psíquica, o “bebê assume o lugar do pênis consoante uma primitiva equivalência simbólica” (Freud, 1933a: 158). Ou seja, a maternidade e a heterossexualidade são os destinos para a formação do que Freud chama de “feminilidade normal” (1933a: 163).¹⁸

(...) Uma mãe pode transferir para seu filho aquela ambição que teve de suprimir em si mesma, e dele esperar a satisfação de tudo aquilo que nela restou dos complexos de masculinidade. Um casamento não se torna seguro enquanto a esposa não conseguir tornar seu marido também seu filho, e agir com relação a ele como mãe (Freud, 1933a: 164).

Aqui encontramos a “mãe stolleriana”. Ela é uma mulher que não consegue resolver o complexo de castração. Sua inveja do pênis não tem limite. Os cuidados e os mimos dispensados ao filho são caracterizados pelo excesso. Seu filho é o seu falo, o que gera uma relação de simbiose extrema entre ele e ela, excluindo a figura paterna. Com essa exclusão, o complexo de Édipo não se instaura.

A experiência transexual inverte esta lógica. A inveja do pênis transforma-se, metaforicamente, na “inveja da vagina”; o pênis, significante universal, perde seu poder e é transformado em “uma coisa que não me deixa viver”, “um pedaço de carne entre as pernas”, segundo depoimentos de mulheres transexuais justificando o desejo de realizarem a cirurgia de transgenitalização. Ou, para os transexuais masculinos, a recusa em “ajustar-se” a uma definição de “feminilidade normal”, quando negam a maternidade como destino e solici-

¹⁸ Ainda sobre o complexo de castração e de sua resolução, Freud afirmará: “(...) não é senão com o surgimento do desejo de ter um pênis que a boneca-bebê se torna um bebê obtido de seu pai e, de acordo com isso, o objetivo do mais intenso desejo feminino. Sua felicidade é grande se, depois disso, esse desejo de ter um bebê se concretiza na realidade; e muito especialmente assim se dá, se o bebê é um menininho que traz consigo o pênis tão profundamente desejado” (1933a: 158).

tam, geralmente, como primeira cirurgia a retirada dos seios, parte do corpo que lhes dão maior visibilidade como mulheres. Tanto as mulheres transexuais quanto os homens transexuais desenvolvem técnicas para esconder o pênis e os seios, respectivamente, antes mesmo de realizarem as cirurgias.

Quebrando-se o princípio do pênis como símbolo de *status* e/ou referente original, desmontam-se os encaixes propostos por Stoller na sua leitura psicanalítica para a gênese de uma experiência que põe em xeque a vinculação direta entre gênero, sexualidade e subjetividade. Na perspectiva stolleriana, as performances de gênero que as/os transexuais atualizam em suas ações serão interpretadas e normatizadas como distúrbios, aberrações, doenças. A patologização individualiza os conflitos, uma vez que o olhar e a escuta do especialista estarão voltados para a díade mãe-filho ou para a tríade mãe-filho-pai. Ao discutir os conflitos como “problemas pessoais”, ou vinculá-lo exclusivamente a um histórico familiar, salvam-se a teoria da castração e os cânones que fundamentam a leitura binária dos corpos, fundamento na matriz heterossexual.

A tarefa do terapeuta, segundo Stoller, é induzir o conflito de Édipo para que uma feminilidade ou masculinidade “normal” possa surgir. O autor relata casos de mães que levaram seus filhos ao seu consultório por estarem desesperadas com o fato de eles gostarem de brincar com bonecas, usar “roupas impróprias” e outros comportamentos “anormais”. Quanto mais cedo a mãe tomasse consciência desses “desvios”, mais fácil seria o “tratamento” e a “cura”.¹⁹

Sentimos que, por mais profundamente que esses meninos possam experimentar a parte feminina de sua bissexualidade, essa feminilidade não é ainda tão fixa quanto no adulto. Estamos

¹⁹ Analisando o caso de uma criança que foi levada até seu consultório pela mãe, Stoller comenta: “e ela ainda esperou até que ele tivesse 5 anos para procurar ajuda (...). Sem tratamento, pode ser tarde demais para que esse menino se desenvolva como uma pessoa masculina” (1982: 42). Para Stoller, o terapeuta só poderá agir sobre a identidade de gênero de uma criança se tal “problema” for detectado cedo, pois, a partir de determinada idade, torna-se irreversível, fixando o sujeito definitivamente em determinada posição dentro das relações de gênero e da sexualidade. Esse período seria por volta do primeiro ano de vida, quando ele irá desenvolver as raízes fundamentais e inalteráveis de sua masculinidade ou feminilidade.

começando a ter algum sucesso no tratamento de crianças e, assim, acreditamos que a feminilidade possa ser alterada, à medida que mostramos a eles o novo “país”. Somos otimistas ao acreditar que, após lamentar suas perdas, esses meninos possam experimentar que realmente vale a pena ser um homem. Esperamos que, assim como aprender a língua de um novo país seja mais fácil para crianças que para adultos, mesmo essas crianças “deslocadas” possam aprender a nova linguagem da masculinidade (1982: 93).

Um indicador de que o tratamento obteve êxito, ou seja, de que o conflito de Édipo foi induzido corretamente, seria o momento em que o desenvolvimento de “uma ampla hostilidade em relação à mãe começa a aparecer” (Stoller, 1982: 33).

Stoller nomeia esse tratamento de “complexo de Édipo terapeuticamente induzido” (1982: 101). Para que essa indução se realize com sucesso, deve-se ressaltar os elementos estruturantes da identidade masculina hegemônica.²⁰ A partir do reconhecimento do pênis como um elemento diferenciador entre o masculino e o feminino, passa-se a agregar novos significados à genitália.

Stoller relata um exemplo de indução que, segundo ele, obteve sucesso:

Os meninos começam a valorizar seus pênis (por exemplo, eles passam a ficar em pé para urinar, enquanto antes se sentavam); desenvolvem fobias; atacam fisicamente mulheres – bonecas e meninas, sendo o prazer, mais do que a raiva, o afeto dominante; aparecem brincadeiras muito mais intrusivas, tais como atirar e acertar bolas em suas mães e em outras mulheres (Stoller, 1982: 29).

Após ter sido encorajado a expressar sentimentos hostis, observou-se que gradualmente ele se tornou mais agressivo, “começou a bater violentamente no rosto de Barbie [uma boneca], gritando com

²⁰ Sobre “masculinidade hegemônica” e “identidade masculina”, ver Bento (1998), Cornell (1987 e 1995).

raiva; 'cale a boca', ou 'toma isso, Barbie', ou outro nome de menina" (1982: 105). Alguns indicadores do tratamento bem-sucedido, além da agressividade, foram a identificação com o terapeuta homem, a curiosidade sexual, a agressão e a crescente distância da mãe. Segundo Stoller, "*esses sinais de um complexo de Édipo parecem ser o produto da terapia*" (1982: 105).

Para provar que é possível "curar" aqueles que apresentem um comportamento afeminado, Stoller relata várias histórias de crianças que conseguiram recuperar sua masculinidade, evitando, assim, que se tornassem adultos transexuais. Uma dessas crianças fez uma lista com as regras que um menino de verdade deve seguir, mais uma vez reproduzida por Stoller como exemplo de uma bem-sucedida indução:

1- Não brincar com meninas; 2- Não brincar com bonecas de meninas; 3 - Não se vestir com roupas de meninas; 4 - Nem mesmo olhar no armário da irmã; 5 - Não se sentar como uma menina; 6 - Não falar como uma menina; 7 - Não ficar de pé como uma menina; 8 - Não pentear o cabelo como uma menina; 9 - Brincar como um menino; 10 - Não usar maquiagem; 11- Não deixar que seu quarto pareça um quarto de menina; 12- Não fazer poses; 13- Ser um menino (Stoller, 1982: 102).

Essa criança conseguiu "recuperar" sua masculinidade que estava sendo emasculada pela mãe. O terapeuta desempenhou com sucesso sua função de "(...) representante da sociedade, da saúde, e de conformidade com a realidade externa" (Stoller, 1982: 80).

Estamos de acordo com Billings & Urban (1982) quando sugerem que, no caso da transexualidade, os médicos não curam nem o corpo nem a mente, mas realizam uma função moral.²¹

O dispositivo da transexualidade põe em funcionamento, provavelmente, um dos mais dramáticos exemplos de autoridade profissional contemporânea. Essa autoridade é obtida e se fundamenta em uma inversão: supõe-se que a fonte dos conflitos esteja no sujeito e

²¹ Os autores passaram quatro anos analisando e entrevistando dezenas de médicos e pacientes em diversos ambientes clínicos nos EUA. Urban (1982) foi observador participante durante três anos (1978-1980) em uma clínica de transgenitalização.

não nas normas de gêneros. A despolitização do conflito gera o apagamento, por meio da naturalização das condutas, das relações de poder que se engendram para naturalizar as verdades que estruturam o funcionamento do dispositivo.

2.1 - ONDE ESTÁ A MÃE SUPERPROTETORA?

A relação das pessoas transexuais entrevistadas com suas mães e suas famílias, de forma geral, está longe do modelo definido por Stoller. Suas histórias apontam para níveis diferenciados de proximidade com a mãe, variando de uma certa proximidade até uma total ausência. Para Sara, Carla e Maria, a mãe esteve ausente em grandes períodos de suas vidas.²²

Sara define sua mãe como "muito sistemática e preconceituosa". Aos 16 anos, decide sair de casa porque não agüentava mais o seu controle. Neste momento, não encontrava uma definição para seus conflitos, que eram vivenciados clandestinamente. De um lado para outro, de casa em casa de parentes, foi distanciando-se da mãe. Atualmente a define como uma estranha. Aos 22 anos, já na universidade, começou a vestir-se com roupas femininas. Diante das mudanças estéticas "do filho", sua mãe comentara: "Você pode fazer mil plásticas, mas nunca será uma mulher."

Sara: Sabe o que a minha mãe chegou a falar pra mim? Que para eu ficar uma mulher de verdade, eu vou ter que passar muitas cirurgias embaixo de minha cara, no corpo todo (...). Agora vou esperar o que de uma mãe que fala uma coisa dessas? Logo ela falar assim comigo, ela que sempre me largou, sempre me largou, me deixou por aí. Me largou! Largou! Meu pai? Esse nem conta mesmo. Mas ela me largou, não é porque eu sou assim não, até porque eu só assumi há pouco tempo. Sempre foi assim. Nunca mudou.

Carla foi morar com um tio materno quando era ainda criança. Considera a época em que viveu com seus tios como "um inferno",

²² Para uma maior aproximação com as histórias de vida dos/as entrevistados/as, ver Bento (2003b).

pois a tratavam como “uma escrava”. Igual a Sara, Carla também teve que disfarçar seu interesse pelas “coisas de menina”. Começou a desenvolver uma relação mais próxima com a mãe aos 16 anos, quando passou a morar com ela.

A mãe de Maria era amante de um fazendeiro e tinha três filhos com seu primeiro marido. Quando Maria nasceu, o pai exigiu que sua esposa legítima assumisse sua educação. Nas férias encontrava-se com a sua mãe biológica. O pai morreu quando tinha cinco anos. Aos 12 anos, Maria fugiu de casa e começou a trabalhar, pois não suportou os maus-tratos da esposa do pai e a convivência de sua mãe biológica. Aos 16 anos, começou a prostituir-se.

Maria: Eu tinha doze anos quando fugi. Procurei minha mãe. Fiquei uns tempos lá, nove meses com a minha mãe, e a minha mãe me arrumou tudo direitinho para eu voltar para o pessoal do meu pai que me criou, que cuidou de mim, né? Ai eu falei: “eu não vou”. Eu tinha medo porque minha madrasta me batia por causa da minha mãe e judiava muito de mim. Minha orelha era torcida de tanto espichar. Chega dava na ferida assim. Quando eu fugi para procurar minha mãe, minha cabeça você não podia triscar que chiava, chiava de tanto pus, de tanta paulada de pau.

Nessas narrativas, a figura da mãe superprotetora, stolleriana, ciumenta, invejosa do pênis e emasculadora do filho, devido aos seus cuidados e carinhos exagerados, não se apresenta. Ao contrário: abandono, preconceito, falta de referências maternas são marcas dessas histórias.

Essa situação repete-se na história de Kátia. Sua relação com a mãe é fortemente marcada pelo sentimento de rejeição. Quando a entrevistei após a cirurgia, dizia que tinha muita vontade de voltar para sua cidade, onde sua mãe vivia, para mostrar que ela conseguiu o que queria.

Kátia: Assim que eu terminar minhas cirurgias quero voltar e reencontrar meus irmãos e minha mãe. Vou chegar bem bonita e, de preferência, com um namorado. Quero provar para todos eles que eu estava certa.

Sua mãe sempre a rejeitou, embora, numa posição contraditória, Kátia fosse a responsável pelas tarefas da casa enquanto seus irmãos trabalhavam na roça. Em suas memórias, seu pai é representado como uma pessoa carinhosa e protetora. Kátia se lembra de quando chegava alguma visita no sítio onde vivia e a mãe pedia para ela não aparecer na sala. Seus tios não deixavam que os filhos tocassem sua mão, pois tinham medo de “pegarem essa doença”.

Kátia: Nossa, como eu apanhei! Apanhei muito e muitas vezes não entendia por que minha mãe me batia tanto. Acho que ela viu nascer um homem e de repente esse homem foi se transformando em uma mulher. Apesar de que o pênis nunca teve nada, nunca subiu.

Minha mãe tentava, forçava muito, batia para mudar minha maneira de gostar das coisas, maneira d'eu brincar, mas, é interessante, como eu já te falei, ela batia, mas me obrigava a fazer as coisas de casa, essas coisas, lavar, cozinhar, cuidar da criação. Até quando meu pai tava ele me ajudava, me defendia mais. E eu tinha minha casinha de brincar. Era feita de pau-a-pique a casinha, tinha até o fogãozinho que nem aquele ali, de meia [aponta para o fogão a lenha que tem em sua casa]. Mas nada é pior do que a rejeição. Porque eu queria ter ela por perto para contar quando eu estava apaixonada, contar para ela quando eu via um rapaz bonito. Agora, há pouco tempo, ela começou a me chamar de filha, mas até então ela não me chamava de nada, ela não sabia como me chamar.

Andréia, Helena e Pedro mantêm relações com suas famílias. Suas mães não são definidas como “mulheres carinhosas”. Andréia, que vive com seus pais, reconhece as dificuldades que eles têm de aceitar sua situação, principalmente pela cobrança dos vizinhos.

Helena perdeu o pai aos 10 anos. Quando começou a se comportar como mulher, a desejar as roupas femininas e a sair com amigos gays, já era adolescente. Sua mãe trabalhava muito para educar os três filhos, não tendo tempo para “dedicar-se a mimos”.

A história de Pedro é parecida com a de Helena. Ele perdeu o pai quando ainda era criança. Sua mãe assumiu sozinha a educação dos filhos, passando boa parte do tempo fora de casa. A relação de Pedro

com a mãe era tensa, pois ela o recriminava por seu “comportamento de homem”. Para pôr um fim a estas desavenças, Pedro chegou a tentar namorar um garoto e a usar roupas femininas, sem sucesso, o que aumentou seus conflitos.

Marcela e Bárbara foram as únicas que afirmaram seu amor incondicional às suas mães. Para Marcela, “minha mãe é tudo”. Bárbara, perdeu a mãe quando tinha 25 anos e embora a mãe não apoiasse seu comportamento “diferente” do de outros rapazes, ela era seu único referencial de família.

Bárbara: Eu acho que minha missão na terra foi cuidar de minha mãe. Meu pai nunca ligou para mim. Só foi me pôr no mundo, para depois nos abandonar. Minha mãe também não tinha muito tempo. Sempre trabalhando nas casas dos outros. Inclusive, eu morei com minha tia até os 10 anos, até eu sofri um estupro. Meus três primos me estupraram. Foi só até que passei a viver com minha mãe. Ela nunca aceitou muito esse meu jeito, mas eu entendo o lado dela.

Em maior ou menor grau, essas histórias familiares encontram-se marcadas pela pobreza, por mulheres abandonadas por seus companheiros e por famílias fragmentadas. O olhar stolleriano sobre essas famílias buscaria na relação entre os filhos e suas mães a explicação para a existência de um membro transexual e, provavelmente, chegaria à conclusão de que nenhum dos casos relatados seria de “transexuais de verdade”. Nesse sentido, não poderiam realizar as cirurgias, recomendando-se, possivelmente, terapias para que assumissem a homossexualidade. Embora a transexualidade seja uma experiência que se refere à questão de gênero e que, portanto, nada diz sobre a sexualidade do demandante à cirurgia, o terapeuta interpreta a identidade de gênero vinculando-a diretamente à sexualidade.

Para Stoller, a cirurgia só seria recomendada como um último recurso e os “transexuais de verdade” seriam pouquíssimos. Para que a identidade de gênero não se tornasse “essa aberração”, seria necessário que os pais, principalmente as mães, estivessem muito atentos ao comportamento dos filhos. A intervenção do terapeuta só obteria

êxito se fosse realizada nos primeiros anos de vida, quando ainda é possível que o social intervenha nos rumos que a identidade de gênero seguirá; depois, qualquer “tratamento” ficaria comprometido. Daí a importância que os relatos da infância (dos jogos, das cores, das roupas, da relação com os pais, da relação com os amigos) assumem na escuta terapêutica voltada para produzir o diagnóstico de transexualidade.

3. O TRANSEXUAL BENJAMINIANO

A construção das definições para determinação do/a “verdadeiro/a transexual” não esteve limitada às reflexões de Stoller. Harry Benjamin dedicou parte de sua vida intelectual a essa tarefa e a construir uma outra explicação para a gênese e o “tratamento” da transexualidade. Há uma disputa – algumas vezes implícita, outras explícita – sobre os critérios para se estabelecer a verdade última para determinação do transexual.

Para Benjamin, “o sexo” é composto de vários sexos: o cromossômico (ou genético), o gonádico, o fenotípico, o psicológico e o jurídico. Para ele, o sexo cromossômico é o responsável pela determinação do sexo e do gênero (XX para as mulheres e XY para os homens).

Quando um/a “candidato/a” entra num programa de identidade de gênero, um dos primeiros exames que lhe é pedido é o cariótipo. Uma má-formação cromossômica mudaria o diagnóstico de transexualidade para hermafroditismo. Nesse caso, a cirurgia de transgenitalização é automaticamente indicada. Para muitos, o momento desse exame representou uma esperança:

Marta: Eu pensava: tomara que tenha algum problema. Eu desejei muito que isto ocorresse. Mas, infelizmente, agora estou convencida de que a origem da transexualidade é social.

Benjamin reservará um papel fundamental para esse primeiro sexo (o cromossômico) na explicação da determinação da identidade de gênero. Segundo ele,

(...) *exceptuando los accidentes durante la gestación, que podrían provocar deformidades hermafroditicas, el niño o niña recién nacida revelará su sexo a través de la presencia o ausencia de caracteres sexuales primarios y secundarios. Los testículos (y los ovarios) son los "primarios" porque están ligados directamente a la reproducción. Los caracteres sexuales secundarios del varón son el pene, el escroto, la próstata, la distribución masculina del vello, una voz más grave, y otros, y una psicología masculina (como agresividad, autoconfianza, y otros rasgos asociados). Todo esto es ampliamente desarrollado y mantenido por la hormona testicular llamada andrógeno. Las características secundarias femeninas son el clítoris, la vulva, el útero (con su función menstrual), la vagina, los pechos, una pelvis ancha, voz femenina, distribución femenina del vello, y los habituales rasgos mentales femeninos (timidez, complacencia, emocionalidad y otros)* (2001: 16).

"Diz-me que hormônios tens e te direi o que és!". Talvez esta fosse a melhor sentença para resumir o pensamento de Benjamin. O enigma da identidade de gênero estaria localizado nos hormônios e todas as discussões sobre este tema estariam fadadas ao fracasso caso não se levasse esta verdade inexorável em conta.

Seguindo o esquadramento do sexo, chega-se ao sexo gonadal, que divide-se em dois: o sexo germinal (serve para a procriação) e o endocrinológico. Para Benjamin,

El sexo germinal sirve únicamente a efectos de procreación. Los testículos normales producen esperma, y donde hay esperma, hay masculinidad. Los ovarios normales producen óvulos y allí donde se encuentran, hay feminidad... El hombre masculino y la mujer femenina son calidades principalmente heredadas, pero desde un sentido más amplio también son productos del sexo endocrino (2001:10) [grifos nossos].

A determinação do gênero e da sexualidade estaria vinculada diretamente à composição hormonal do organismo. Finalmente, o autor apresenta o sexo psicológico como o mais flexível, podendo

ocorrer mesmo que esteja em oposição aos demais. Nesse caso, *"se producen problemas graves para aquellas personas desafortunadas en los que ocurre esto. Sus vidas muy a menudo son trágicas"* (Benjamin, 2001: 16). É esse tipo de oposição que caracterizaria o "fenômeno transexual".

A normalidade ocorre quando os diversos níveis constitutivos do sexo não estiverem em desacordo. Um comportamento que apresente qualquer nível de deslocamento entre esses níveis seria um sintoma de alguma doença. Além da determinação hormonal da feminilidade e da masculinidade, a heterossexualidade natural dos corpos articulária os vários sexos ao "sexo".

Pode parecer uma contradição o fato de Harry Benjamin – que acreditava na determinação biológica para a identidade dos gêneros e para a sexualidade – ter defendido firmemente as cirurgias de transgenitalização, uma vez que os/as transexuais seriam a prova de que suas teses estavam equivocadas. Para ele, no entanto, essa contradição não existia. Afirmava que, com o desenvolvimento das ciências biomédicas, poder-se-ia encontrar uma resposta para esse "fenômeno". Daí suas constantes críticas aos psicanalistas e psicólogos que defendiam a escuta terapêutica como o tratamento apropriado.²³

O autodiagnóstico é defendido como legítimo pelos benjaminianos. Para Benjamin, a cirurgia para os "transexuais de verdade" será a única terapia possível. Ao localizar a origem das identidades de gênero no sexo cromossômico, Benjamin aponta que a verdade última dos sujeitos deveria ser buscada não nos comportamentos, mas na biologia dos corpos, principalmente nos hormônios. A consequência imediata das posições de Benjamin é a definição da transexualidade como uma enfermidade.

Segundo Ramsey (1998), autor que compartilha em boa parte as teses de Benjamin,

²³ Atualmente, há um grupo de cientistas na Holanda desenvolvendo pesquisas com restos cerebrais de transexuais femininos e masculinos. Esses estudos localizam-se principalmente no hipotálamo, zona cerebral que se supõe seja a responsável pelas condutas, incluindo a sexual. Esta equipe é chefiada pelo endocrinologista Gooren (*papers site*), defensor e pesquisador das causas neurobiológicas para a transexualidade.

(...) por mais que isto soe duro, transexuais não são normais. Dizer que um transexual – ou alguém que tem fenda palatina ou um defeito congênito de coração – não tem uma anomalia alguma é pura ilusão. Já dizer que todos esses pacientes podem ser conduzidos a uma quase normalidade com a ajuda da medicina e da psicologia é correto... Por mais que se sintam “normais” por dentro quanto à sua identidade de gênero, os transexuais não são realmente plenos, inteiros, enquanto o interior não se coadunar com o exterior. Mais uma vez, afirmar que o transexual não se desvia da norma biológica e psicológica é iludir-se. Na minha opinião, é preferível considerar os problemas reais inerentes a esse distúrbio e resolvê-los do que os negar (Ramsey, 1998: 80).

Benjamin selecionou alguns indicadores que considerou constantes nas histórias dos/as transexuais e com os quais estabeleceu os parâmetros definidores do/a “verdadeiro/a transexual”. Não demorou muito para que esses critérios fossem considerados como referências para se avaliar os discursos dos demandantes à cirurgia. Esses indicadores foram estabelecidos em termos de características que fixaram a identidade transexual a partir de um conjunto limitado de atributos. Estou referindo-me ao processo de construção da universalização do transexual.

A universalização cumpriu o papel de estabelecer como verdadeira uma única possibilidade de resolução para os conflitos entre corpo, subjetividade e sexualidade, ao mesmo tempo em que o diferenciou de outros “transtornos”, segundo conceito cunhado por Benjamin, como a homossexualidade e o travestismo. A transexualidade ganhou um estatuto próprio e um diagnóstico diferenciado.

Segundo Benjamin,

Algunos investigadores creen que las dos situaciones, travestismo y transexualis, deben separarse claramente, principalmente en base a su “sentimiento sexual” y a sus parejas sexuales elegidas (objetos de elección). El travestí – dicen – es un hombre, se siente a sí mismo como un hombre, es heterosexual, y simplemente quiere vestirse como una mujer. El transexual se siente a sí

mismo como una mujer (“atrapada en un cuerpo de hombre”) y siente atraído por los hombres. Esto le hace un homosexual si su sexo se diagnostica según el aspecto de su cuerpo. Pero él se diagnostica a sí mismo según su sexo psicológico femenino por lo que considera su atracción sexual por un hombre como heterosexual, es decir, normal (2001: 30).

O/a “verdadeiro/a transexual”, para Benjamin, é fundamentalmente assexuado e sonha em ter um corpo de homem/mulher, obtido pela intervenção cirúrgica. Essa cirurgia lhe permitiria desfrutar do *status* social do gênero com o qual se identifica, ao mesmo tempo que permitiria exercer a sexualidade apropriada, com o órgão apropriado. Nesse sentido, a heterossexualidade é definida como a norma a partir da qual se julga o que são “um homem e uma mulher de verdade”.

Ao longo do trabalho de campo, convivi com pessoas transexuais que têm uma vida sexual ativa, que vivem com seus/as companheiros/as antes da cirurgia, pessoas que fazem a cirurgia não para manterem relações heterossexuais, pois se consideram lésbicas e *gays*. Aproximei-me de outros que não acreditam que a cirurgia lhes possibilitará acesso à masculinidade ou à feminilidade, pois defendem que suas identidades de gênero não são determinadas pela existência de um pênis ou de uma vagina. Reivindicam não o direito à cirurgia de transgenitalização, mas à identidade legal do gênero identificado mediante a mudança do nome próprio e do sexo nos documentos.²⁴

3.1- DO TRANSEXUAL BENJAMINIANO A OUTRAS TRANSEXUALIDADES

As definições propostas por Harry Benjamin, em seu livro *El fenómeno transexual*, publicado em 1966, continuam operando com grande força na construção e na determinação do/a “verdadeiro/a transexual”, que se caracteriza por viver

²⁴ Essa é uma das principais discussões internas ao movimento transexual espanhol, uma vez que tramita no Senado uma proposição que determina que as mudanças nos documentos estejam condicionadas à realização das cirurgias de transgenitalização. Para o Coletivo de Mulheres Transexuais da Catalunha não se pode condicionar as mudanças legais à realização da cirurgia.

1 – *una inversión psicosexual total*; 2 – *Puede vivir y trabajar como una mujer; pero vestirse las ropas no le da suficiente alivio*. 3 – *Malestar intenso de género*; 4 – *Desea intensamente relaciones con hombres normales y mujeres normales*; 4 – *Solicita urgentemente la cirugía*. 5 – *Odia sus órganos masculinos* (Benjamin, 2001: 45).

Se todos/as os/as transexuais odeiam seus órgãos deduz-se que não têm vida sexual. A escuta terapêutica é realizada para tentar notar nos seus discursos se conseguem obter algum prazer com seus órgãos. Caso possam, provavelmente serão diagnosticados como não-transexuais. O/a transexual oficial é quase assexuado, uma vez que não consegue tocar seus órgãos.

As histórias dos jogos e das negociações sexuais que alguns entrevistados estabelecem com seus/suas parceiros/as possibilita a problematização desta verdade. Katia manteve relações com um rapaz por quase três anos. Viviam juntos e tinham uma vida sexual, segundo ela, “satisfatória”. Pedro define sua vida sexual como boa e considera-se um bom parceiro sexual: sempre teve muitos “rolos”. Viveu três anos com uma companheira. Assim como Kátia, suas companheiras de curta ou longa duração não sabiam que ele era transexual.

Pedro: *Eu lhes dizia que não gostava de carinhos no peito e só tinha relações às escuras. Eu mesmo fiz uma prótese que esconde muito bem. Agora estou vivendo com outra moça.*

Maria, durante muitos anos, foi profissional do sexo e manteve várias relações afetivas estáveis. Afirma: “adoro sexo.”

Estas histórias desconstroem pouco a pouco a imagem de um sujeito transexual assexuado. Todos os/as entrevistados/as, à exceção de Sara, tinham vida sexual ativa. Não se estão discutindo aqui as complexidades e as negociações que se dão com relação à sexualidade, mas apontando que a construção de um/a transexual assexuado não encontra nenhum respaldo em muitas histórias de vida de pessoas que se definem como transexuais.

Se as pessoas odeiam seu órgão genital é fundamentalmente porque não lhes permitem ter relações sexuais, dizem os defensores do transexual benjaminiano e, assim, as cirurgias lhes permitiriam ascendê-las. A motivação principal para demandá-las seria a vontade de exercer a sexualidade normal, como uma pessoa normal, com o órgão apropriado. A suposta heterossexualidade natural do corpo funciona como se fosse uma matriz que confere sentido às diferenças entre os sexos.²⁵ Será a partir dessa matriz que os operadores do dispositivo interpretarão a experiência transexual.

No entanto, para muitas/os não é o desejo de manter relações heterossexuais que as/os leva a fazer a cirurgia. Muitas transexuais femininas se definem lésbicas e transexuais masculinos se definem *gays*.

Annabel foi casada durante 20 anos. Teve uma filha e adotou um menino. Na relação com sua ex-esposa, desenvolvia as tarefas mais vinculadas socialmente ao feminino. Sexualmente, nunca conseguiu desempenhar o papel do homem viril, com iniciativa. Os conflitos foram silenciados ao longo de muitos anos. Chegou um momento em que não pôde mais conviver com as dúvidas e as angústias. Inicialmente, quando procurou a ajuda de especialistas, ainda estava com sua ex-esposa. A situação do seu casamento ficou “*insustentável*” quando começou a usar roupas femininas e a participar de um coletivo de transexuais. Para Annabel, o amor que sentia por sua ex-esposa, no entanto, não diminuiu. Todas as suas fantasias e seus desejos eróticos ligavam-se ao mundo feminino e estavam referenciadas em sua esposa. A discussão da cirurgia e a terapia hormonal, no seu caso, não estão vinculadas ao um desejo em manter relações heterossexuais. Sua primeira relação estável depois da separação foi com uma mulher.

Juana Ramos²⁶ desenvolve uma reflexão sobre a construção de sua identidade de gênero, da representação do corpo e a intersecção desses níveis para a construção de sua sexualidade que nos põe dian-

²⁵ Para uma discussão sobre o construção do dimorfismo, ver Laqueur (2001). Sobre “matriz heterossexual”, ver Butler (1993, 1999).

²⁶ Juana Ramos é presidente da Transexualis, de Madri, e coordenadora da Federación Estatal de Lesbianas y Gays/Espanha.

te da multiplicidade de articulações possíveis no processo de construção das identidades.

Em mi caso el constatar atracción sexual hacia las mujeres (transexuales y no transexuales, no hago distinción), supuso un conflicto personal que requirió un verdadero trabajo de asumirme como lesbiana de forma independiente al de asumirme como mujer. Esta disociación, aunque pueda parecer fácil no lo es, os aseguro que no lo es. Con el transcurso de los años el lesbianismo entre mujeres transexuales fue adquiriendo cada vez mayor visibilidad. Esse hecho trajo como consecuencia un mayor posicionamiento de los grupos y de los individuos tanto a favor como en contra. Atrás quedaba la situación de uno o dos casos aislados. Comenzaba la creación de una nueva categoría: "mujeres transexuales lesbianas". Encuentros de lesbianas que restringían el acceso a mujeres transexuales, grupos lesbianas que expresaban una especial invitación a mujeres lesbianas transexuales, lesbianas no transexuales que comenzaban a meditar sobre la posibilidad de tener o no tener relaciones con lesbianas transexuales, etc... (Ramos, 2002: 20).²⁷

Nota-se, portanto, uma nova categoria interna à experiência transexual sendo gestada: mulheres transexuais lésbicas. A visibilidade dessa nova configuração identitária provoca uma radicalização dos deslocamentos iniciados por esta experiência. Já não é apenas o corpo que apresenta-se em divergência com a identidade de gênero, a sexualidade também desloca-se de um referente biológico.

As histórias de vida de Annabel e de Juana posicionam-nos diante de uma complexa rede de significados que abre espaços para novas interpretações das sexualidades e de suas relações com os gêneros, os corpos e as subjetividades. Fazer a cirurgia e definir-se como lésbica é embaralhar as categorias binárias que elaboram o olhar sobre os corpos, pondo em dúvida a relação de causalidade entre cirurgia, sexualidade e o/a "verdadeiro/a transexual".

²⁷ Essas reflexões foram apresentadas no Encuentro Estatal Mixto de Transexuales. València/Espanha, 02 a 04 de novembro de 2002.

Moisés se define como um homem transexual *gay*. Suas reflexões também apontam para o embaralhamento de fronteiras e o deslocamento da sexualidade da identidade de gênero.

En muchos caso, al plantear una relación afectiva y/o sexual a hombres les provocamos dudas y contradicciones sobre su opción sexual, cuestionándose talvez su homosexualidad o su heterosexualidad (sucede exactamente lo mismo en relaciones con mujeres). ¿Existe competitividad con ese otro hombre en la pareja?, ¿y el fantasma de una posible heterosexualidad por parte del otro?, ¿y qué pasa en una relación homosexual entre dos transexuales masculinos?

Ah! Y la falocracia. El culto a la polla [pênis]. ¿Cómo se mueve uno en un círculo donde se supone que todos los hombres tienen polla menos tú? ¿o cuando no se sabe lo que tienes? (Moisés, 2002: 30).²⁸

A existência de transexuais lésbicas e *gays*, para os operadores do dispositivo da transexualidade, contradiz toda e qualquer possibilidade de compreensão. "Então, não entendo para que fazer cirurgia. Se ele era um homem e gostava de mulheres, ou se ela gostava de homens, para que fazer cirurgia? Qual o sentido de ter uma vagina se o que se deseja é manter relações com outra mulher?" Foram as perguntas que uma psicóloga fez quando conheceu essas configurações das sexualidades entre as/os transexuais.

Para muitos profissionais, não é possível compreender a homossexualidade entre os/as transexuais. Porém, quando uma pessoa diz: "Eu tenho um corpo equivocado, sou um homem/mulher aprisionado/a em um corpo de mulher/homem", isto não significa que ser mulher seja igual a ser heterossexual.

Os operadores do dispositivo defendem que há uma determinação da identidade de gênero pela sexualidade e essa, por sua vez, só pode ser compreendida quando referenciada na estrutura dimórfica

²⁸ Moisés é dirigente do Coletivo de Transexuais Masculinos da Catalunha. (Texto apresentado no Encuentro Estatal Mixto de Transexuales. València/Espanha, 02 a 04 de novembro de 2002).

dos corpos. Quando a sociedade define que o/a “homem/mulher de verdade” é heterossexual se deduz imediatamente que um/a homem/mulher transexual também deverá sê-lo, e são construídos dispositivos em torno dessa verdade.

As definições do que seja um/a “homem/mulher de verdade” se refletem nas definições do que seja um/a “transexual de verdade”. É nesse sentido que esta experiência põe em funcionamento os valores que estruturam os gêneros na sociedade. São estas concepções que orientam os médicos e os profissionais da saúde quando se aproximam das/os transexuais. Se a sociedade afirma que o normal é a heterossexualidade, quando se afirma “sou mulher/homem”, é como se estivesse evocando a heterossexualidade como um dado natural, que determina a coerência e a existência dos corpos sexuados. As cirurgias seriam, então, para dar-lhes a possibilidade de exercer a heterossexualidade.

Os motivos que levam uma pessoa a fazer a cirurgia não são sempre os mesmos e, muitas vezes, não estão imediatamente vinculados à sexualidade: surge em momentos e condições de cada biografia. Para Andréia, essa necessidade só apareceu porque sentia que para ser considerada mulher, a vagina seria importante, não porque ela a desejasse imediatamente. Segundo ela:

Andréia: Eu acreditava que poderia viver normalmente como uma senhora, sem problemas, que isto que tenho no meio das pernas não faria diferença. Eu não pensei que esse sexo anatômico fosse provocar transtornos para mim. Mas eu pensava uma coisa e a vida me mostrou outra. Quando eu fui para a escola, aos dez anos, comêcei a me dar conta da diferença e a notar que aquilo que não fazia diferença para mim, fazia a diferença. Foi aí que começaram os problemas.

Eu não quero a vagina pelo sexo não. Eu quero para provar para as pessoas que eu posso tomar banho no banheiro com mulher e estou lá toda feliz, elas não vão ficar duvidando se eu sou mulher, se eu sou homem.

Para Andréia, a vagina não está vinculada fundamentalmente à sua sexualidade, mas representa uma moeda de negociação de sua identidade de gênero nas relações sociais.

Até aqui foram contrapostas as definições do/a “verdadeiro transexual” com uma pluralidade de respostas aos conflitos entre corpo, subjetividade e sexualidade encontradas pelas próprias pessoas que estão vivenciando essa experiência. Interessa-nos, agora, refletir sobre os possíveis deslocamentos e rupturas que a experiência transexual efetiva nas normas de gênero.

A experiência transexual caracteriza-se pelos deslocamentos. Quando se afirma: “sou um/a homem/mulher em um corpo equivocado”, está-se afirmando que o gênero está em disputa com o corpo-sexuado. A suposta correspondência entre o nível anatômico e o nível cultural não encontra respaldo. Aqui nos deparamos com toda a plasticidade dos corpos: clitoris que, mediante a utilização de hormônios, crescem até transformar-se em órgãos sexuais externos; úteros que não procriam, próstatas que não produzirão sêmen, vozes que mudam de tonalidade, barbas, bigodes e pêlos que cobriam rostos e peitos inesperados.

No entanto, reconhecer a existência desse deslocamento não significa que todos/as os/as transexuais exigem as mesmas intervenções cirúrgicas. Muitos não as querem. Reivindicam, exclusivamente, mudanças nos documentos. Nesses casos, a aparência do gênero identificado é obtido com o uso de hormônios, silicone e maquiagem.

As transformações reivindicadas pelos/as transexuais estão localizadas em regiões do corpo que foram objeto de constantes inversões discursivas, principalmente religiosas e científicas. Seja interpretado como pecado, seja como patologia, essa experiência põe em dúvida algumas das categorias fundadoras do pensamento e estruturadoras de nossos olhares sobre o mundo generificado. É nesse sentido que se pode observar sua capacidade ou potencial subversivo, uma vez que deslocam as noções de “real” (verdade) e “fictício” (mentira). O corpo já não é uma rota segura para se posicionar os sujeitos no mundo polarizado dos gêneros e a “realidade de gênero” se fragiliza. O corpo transexual põe essa verdade em um labirinto, pois já não será possível ter um juízo sobre a anatomia que se supõe estável, partindo da roupa que cobre e articula o corpo.

Parece-me, portanto, que a experiência transexual possibilita que se questionem as bases que fundamentam as normas de gênero, na medida em que nos faz questionar sobre “o que é um homem e uma mulher?”.

Quando tais categorias se põem em dúvida, também se tornam confusas ou propiciam uma crise na idéia de uma identidade de gênero fundamentada no corpo. O real e o irreal começam a confundir-se. O “real”, aquilo que invocamos como o conhecimento naturalizado do eu, é uma realidade que pode mudar e que é possível replantar.

4. NOTAS FINAIS

O objetivo deste artigo foi apresentar e problematizar as bases teóricas que fundamentam o dispositivo da transexualidade. Apontei como as duas vertentes principais que o constituem estão referenciadas no dimorfismo e na heterossexualidade natural dos corpos, ou seja, são as normas de gênero que fornecem os argumentos centrais que organizam estas teses.

A partir dos relatos de pessoas que vivem diferentes níveis de conflitos e divergências com as normas de gênero e que muitas vezes divergem do que se estabeleceu oficialmente para definir um/a “transexual de verdade”, concluí que não existe o/a “transexual de verdade”, mas transexualidades, e que esta experiência deve ser compreendida enquanto interpretações negociadas em atos sobre o masculino e o feminino.

O/a “transexual oficial” a) odeia seu corpo, b) é assexuado/a e c) deseja realizar as cirurgias para que possa exercer a sexualidade normal, a heterossexualidade, com o órgão apropriado. Sugerir, ao contrário, que eles/as não solicitam as cirurgias motivados pela sexualidade, tampouco que sejam assexuados: reivindicam mudanças nos seus corpos para que possam ter inteligibilidade social. Se a sociedade divide-se em corpos-homens e corpos-mulheres, aqueles que não apresentam essa correspondência fundante tendem a estar fora da categoria do humano. Também observei que em suas narrativas a

sexualidade não apresenta uma relação direta com a identidade de gênero. Quando se diz “sou um/a homem/mulher em um corpo equivocado”, não se deve interpretar tal posição como se estivesse afirmando que ser mulher/homem é igual a ser heterossexual. As histórias de mulheres transexuais lésbicas e de homens transexuais gays indicam a necessidade de se interpretar a identidade de gênero, a sexualidade, a subjetividade e o corpo como modalidades relativamente independentes.

A experiência transexual põe em destaque elementos que revelam o funcionamento das normas de gênero e, ao revelá-las, cria um campo contraditório de deslocamentos e de fixações dessas mesmas normas. No momento em que se liberta do corpo como demiurgo dos desejos e das posições identitárias, também se questionam as bases que fundamentam as experiências de trânsitos entre os gêneros e as sexualidades plurais das marcas patologizantes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BENJAMIN, Harry (S/d). “Transvestism and transsexualism”. In: *Internacional Journal of Sexology*. v. 7.
- _____. (2001). *El fenómeno transexual*. (Versión española del Dr. J. Fernández de Aguilar Torres). n.1, 1953. Sevilla.
- BENTO, Berenice (1998). *Um certo mal-estar: queixas e perplexidades masculinas* (Dissertação de Mestrado. Departamento de Sociologia/UNB). Brasília.
- _____. (2001). *As ciladas da igualdade: desafios para os feminismos*. Publicação da UNESCO e do Movimento Nacional dos Direitos Humanos. Goiânia, MNDH.
- _____. (2002). “Cuerpo, performance y género en la experiencia transexual”. In: *Hojas de Warni*. Barcelona.
- _____. (2003). “Real and fiction in different bodies: a transsexual experience”. In: *Anais. XVI Congresso Mundial de Sexologia*. Havana, Cuba. (10 a 14 de maio).
- _____. (2003b). *A (re)invenção do corpo: gênero e sexualidade na experiência transexual* (Tese de Doutorado. Departamento de Sociologia/UNB). Brasília.
- BUTLER, Judith (1993). *Bodies that matter: on the discursive limits of sex*. Nova York/Londres, Routledge.

- _____ (1997). *Excitable speech*. Nova York/Londres, Routledge.
- _____ (1998a). "Gênero, trajetórias e perspectivas". In: *Pagu (11) Trajetórias do gênero, masculinidades*. Campinas.
- _____ (1998b). "Actos performativos y constitución del género: un ensayo sobre fenomenología y teoría feminista". In: *Revista Debate Feminista*. México, a.9, v. 18. (outubro).
- _____ (1999). *Gender Trouble: feminism and the subversion of identity*. Nova York/Londres, Routledge.
- _____ (2001a). *Mecanismos psíquicos del poder: teorías sobre la sujeción*. Valência, Ediciones Cátedra.
- _____ (2001b). "La cuestión de la transformación social". In: BECK-GERNSHEIM, Elisabeth; BUTLER, Judith; PUIGVERT, Lúdia. (org). *Mujeres y transformaciones sociales*. Barcelona, Colección Apertura.
- _____ (2002). "Críticamente subversiva". In: JIMÉNEZ, Rafael M. Mérida. (org). *Sexualidades transgresoras: una antología de estudios queer*. Barcelona, Icaria.
- CHILAND, Colette (1999). *Cambio de sexo*. Madri, Biblioteca Nueva.
- _____ (2001). "Changer de sexe". In: *Anais. Seminário Internacional de Identidad sexual y transexualidad*. Valência, Espanha. Universidad Internacional Menéndez Pelayo. (24 a 28 de setembro).
- _____ (2001/2002). "Du désir de changer de sexe". In: *La recherche. Sexes: Comment on devient homme ou femme*. n. 6.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (1997). *Resolução n. 1482*.
- FOUCAULT, Michel (2001). *Os anormais*. São Paulo, Martins Fontes.
- FREUD, Sigmund ([1933a]1976). "Conferência XXXIII: Feminilidade". In: *Novas conferências introdutórias à psicanálise*. vol. XXII da Edição standart brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro, Imago.
- LAQUEUR, Thomas (2001). *Inventando o sexo: corpo e gênero dos gregos a Freud*. Rio de Janeiro, Relume Dumará.
- MEGENS, Jos et alli (1996). "An epidemiological and demographic study of transsexuals in the Netherlands". In: *Archives of sexual behavior*. v. 25, n. 6. (pp. 589-600).
- NAVARRO-SWAIN, Tânia (2000). *O que é lesbianismo*. São Paulo, Brasiliense.
- RAMSEY, G (1998). *Transexuais: perguntas e respostas*. São Paulo, Edições GLS.
- RAMOS, Juana (2002). "Mujeres transexuales lesbianas". In: *Anais. Encuentros estatales mixtos de transexuales españoles*. Valência, Espanha. (novembro).
- REVISTA *Debate Feminista* (1997). "Raras rarezas". México, a. 8, v. 16. (outubro).
- STOLLER, R. (1982). *A experiência transexual*. Rio de Janeiro, Imago.

FANTASIAS CORPORAIS

Mariza Corrêa¹

1. INTRÓITO

Acho que podemos dizer, sem exagero, que este é um momento histórico para os estudos de gênero no nosso país: que eu saiba, o debate sobre o tratamento médico do hermafroditismo *no mundo ocidental contemporâneo* nunca foi levado a público pelas ciências sociais no Brasil – ainda que seja uma prática estabelecida entre nós há pelo menos trinta anos.

Queria, assim, agradecer ao médico Joaquim Bustorff da Silva e ao promotor Diaulas Ribeiro² por terem aceito nos ajudar a iniciar este debate porque, se até agora esta foi uma discussão restrita à medicina, começa também a ser discutida pelo direito. O único país do mundo (a Colômbia) a proibir intervenções cirúrgicas em crianças com sexo ambíguo, como se convencionou chamar os hermafroditas a partir de certo momento, o fez por uma decisão da sua Suprema Corte, depois que os juristas entraram no debate, até então restrito ao âmbito médico.

¹ Professora do Depto de Antropologia, Núcleo de Estudos de Gênero PAGU/UNICAMP.

² Além do médico Joaquim B. da Silva, do promotor Diaulas Ribeiro e de mim mesma, nossa mesa contou com a participação de Berenice de Melo Bento. Com exceção do texto do promotor Diaulas, os outros textos estão incorporados a esta coletânea.