

A demanda transexual na cena hospitalar: o lugar do psicanalista¹

Demand transsexual in hospital scene: the place of the psychoanalyst

Valéria de Araujo Elias²

Hospital Universitário e Ambulatório do Hospital
de Clínicas da Universidade Estadual de Londrina

Resumo

Este artigo apresenta as vicissitudes do lugar do psicanalista no campo das decisões médicas, mais especificamente entre a psicanálise e os protocolos que emanam das novas ofertas tecnológicas antes só presentes nas clínicas particulares e que cada vez mais são tratadas como saúde pública. Esses aspectos se não forem pensados tendem a um extravio do lugar do psicanalista em direção às indicações protocolares médicas, o que possivelmente contribuiria para a interrupção do que poderia se tornar um trabalho analítico.

Palavras-chave: Psicanálise; Psicologia hospitalar; Redesignação sexual; Demanda transexual; Transexualismo.

Abstract

This article presents the vicissitudes of the place of psychoanalyst in the field of medical decisions, more specifically between psychoanalysis and protocols, which emanate from new technology offerings before only present in private clinics and increasingly are treated as public health. These aspects are not thought tend to a loss of the place of the psychoanalyst toward medical indications, which probably would contribute to the disruption that could become an analytical work.

Keywords: Psychoanalysis; Hospital psychology; Sexual reassignment; Transsexual demand; Transsexualism.

¹ Apresentado na "VIII Jornada de Psicologia do HU/UEL e 2º Congresso Brasileiro de Psicologia Aplicada à Saúde"

² Psicóloga do Hospital Universitário e Ambulatório do Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Londrina-PR; Doutoranda em psicologia pela UNESP - Universidade Estadual Paulista - SP. *E-mails:* valeriaaraujoelias@hotmail.com; valelias@sercomtel.com.br

O tema deste artigo diz respeito à minha inserção durante o período de 1990 a 2009 em uma equipe multidisciplinar que seguindo um protocolo pautado nas orientações do Ministério da Saúde e do Conselho Federal de Medicina acompanhou durante esse tempo pessoas ditas transexuais femininas que, em nome de um sentimento de identidade em não conformidade com sua anatomia sexual, demandavam a cirurgia de transgenitalização, ou seja, a retirada de seu órgão masculino para a fabricação de uma *neovagina*.

Trata-se de um processo conhecido como transexualizador porque se estende a um tratamento de feminização que envolve ainda hormônios, treino de voz, até o encaminhamento para a alteração jurídica dos documentos de identidade, etc. Esse acompanhamento manteve-se como uma Comissão de Estudos e, portanto, tinha caráter “experimental”, não se caracterizando enquanto uma equipe de trabalho, principalmente pela dificuldade de se efetivar um profissional da endocrinologia. Embora meu cargo fosse de psicóloga, minha função nesta equipe se fundamentava pela ótica da psicanálise.

Gostaria de tratar particularmente, a partir dessa minha experiência, das vicissitudes do lugar do psicanalista no campo das decisões médicas, mais especificamente entre a psicanálise e os protocolos que emanam das novas ofertas tecnológicas antes só presentes nas clínicas particulares e que cada vez mais são tratadas como saúde pública. Meu objetivo é ainda refletir sobre a utilização no campo psicanalítico do que na medicina se faz em nome da prevenção e do risco.

Acredito que estes aspectos se não forem pensados tendem ao extravio do lugar do psicanalista em direção às indicações protocolares médicas, o que fatalmente contribuiria para a interrupção do que poderia se tornar um trabalho analítico. Sabemos que os instrumentos de avaliação, sustentados no discurso médico e positivista, não são aplicáveis à práxis psicanalítica à medida que promovem o apagamento do sujeito. Os dados estatísticos, as tabelas comparativas, os questionários previamente estruturados, são todas formas de tomar o sintoma como o particular a ser inserido em um universal.

Para que possamos refletir sobre uma práxis pautada em uma dimensão subjetiva disposta a se estabelecer em território médico, é necessário que se atente

para a natureza da demanda que esse contexto institucional estabelece na direção da Psicanálise.

Freud remetia-se freqüentemente aos médicos como os profissionais que ocupavam um lugar ao qual se endereçavam as demandas de melhorar ou de sofrer menos. Talvez por estar preocupado com o desenvolvimento da psicanálise que não existia antes que ele a inventasse não tivesse se debruçado, suficientemente, sobre o futuro da medicina, com exceção do *Mal estar na civilização* (1929) em que ele apontava os modernos objetos da tecnologia como uma expansão dos limites do corpo, a ponto de aproximarem o homem de Deus, tornando-o um “Deus de prótese³” fazendo surgir na Terra “vantagens culturais” ao “recém nascido desamparado”. Em uma correspondência imaginária, cada avanço tecnológico equivaleria a um novo avanço no corpo rumo à capacidade onipotente de Deus e aos ideais culturais (de acordo com o juízo geral da humanidade). Ele prevê, então, nesse artigo, que as épocas futuras trarão com elas novos e provavelmente inimagináveis grandes avanços nesse campo da civilização e aumentarão ainda mais a semelhança do homem com Deus. “No interesse de nossa investigação, contudo,” ele conclui, “não esqueceremos que atualmente o homem não se sente feliz em seu papel de semelhante a Deus”. (p.112).

Não se trata de culpabilizar os avanços tecnológicos, e seus benefícios conquistados, tal como Freud nos adverte, pois o que havia antes não era melhor do que encontramos na cena contemporânea. Trata-se, no entanto, de nos colocar no interior desses questionamentos para circunscrevê-lo dentro do próprio campo em que as demandas surgem.

As coisas se modificaram e muito, até que nos déssemos conta de que Freud não tratou efetivamente da psicanálise no campo da medicina enquanto tal. Lacan, também médico, em seu ensino, igualmente pouco falou desse lugar. Ambos, porém, deram testemunho de suas respectivas posições face à modificação do império incontestado das exigências que a ciência criava em sua aproximação com as doenças do homem (Leguil, 2007).

³ Prótese, segundo Freud (1929/1930, p.111), é o termo médico para designar um complemento artificial do corpo, destinado a compensar alguma parte ausente ou inadequada.

O que trago aqui são muito mais questionamentos que respostas que essa minha práxis no hospital tem possibilitado. Digo práxis porque não se trata de um saber prévio, mas de algo construído nesse movimento de interlocução com o saber médico. A psicanálise no hospital, pelo menos no Brasil, vive um momento em que não se questiona mais como antes a sua possibilidade ou aplicabilidade, ela é um fato. Isso não significa, no entanto que ela não precisa ser questionada ou reinventada a cada nova demanda que surge.

Há atos que põem em risco a vida, e a clínica tenta cada vez mais responder a esses novos sintomas que na maioria das vezes coloca o sujeito com este risco. As assim chamadas “novas demandas clínicas” em que as alterações do corpo aí se apresentam, são novas, não por sua fenomenologia, senão pela grande incidência na contemporaneidade. São sintomas, não porque sejam metafóricos, portadores de sentido, senão porque são eles os que demandam intervenções clínicas na atualidade. Uma dessas demandas que não é necessariamente nova, mas que se torna à medida que a partir do ano passado passou a ser custeada pelo SUS é a da cirurgia de transgenitalização popularmente conhecida como mudança de sexo. Evitamos falar assim, afinal não se “muda de sexo” a partir de uma modificação corporal. Sabemos muito bem que masculino e feminino vão muito além disso.

O Ministério da Saúde cada vez mais nos brinda (ou melhor, a psicologia sem distinção de linha teórica) com um pedido que para os médicos é uma determinação de que avaliemos pessoas que são indicadas do ponto de vista clínico a realizar certo tipo de intervenção. Isso tem acontecido no caso da cirurgia de transgenitalização como também da cirurgia bariátrica de redução do estômago, a laqueadura com fins de planejamento familiar, a injeção de metacrilato, para os portadores de HIV com lipodistrofia, os candidatos a certos tipos de transplante, os que se submetem à reprodução assistida dentre muitas outras.

Cabe pensar a princípio que se trataria de um reconhecimento de que algo do campo subjetivo se atravessa e que é possível que interfira no resultado dessa intervenção irreversível. E que a medicina estaria curiosa para escutar o que os profissionais psi teriam a contribuir. Mas isso não acontece (pelo menos como um protocolo) se a pessoa quiser fazer modificações corporais (também irreversíveis) no rosto a ponto de se tornar uma caricatura de si mesma, tais como as imagens,

veiculadas pela mídia, de Michael Jackson ou de pessoas que colocaram quilos de silicone no seio a ponto de causar-lhe problemas orgânicos graves. Daí eu questiono: seria porque nesses casos o risco de consequências desastrosas não é tão previsto pelas estatísticas?

Mattos e Rocha (2008) consideram que, longe de uma perspectiva multidisciplinar que alcançaria uma integração produtiva pelo viés de um trabalho cotidiano, o apelo, contrariamente, reside no fato de que haja um profissional disposto a recolher tudo o que, pretensamente, se acharia fora do contexto médico, produzindo interferências nocivas ao bom andamento da ação médica prevista. Nesse sentido, ele prossegue, o psiquismo é tomado como algo que eclode indevidamente em circunstâncias consideradas inapropriadas, criando transtornos pelo seu próprio transbordamento, vindo a contaminar o projeto médico asséptico de cura. Só quando fracassa o ideal médico de tratar somente o órgão em ligação restrita e direta é que se abre espaço para se pensar a dimensão subjetiva e uma demanda a outras disciplinas se faz presente, em especial à Psicologia. O engano aqui se faz presente, pois se trata de uma operatória que vai além do registro puramente biológico. É aqui que a medicina tropeça repetitivamente, a despeito de todos os avanços alcançados pela tecnologia médica.

A possibilidade do “curar” apaga os limites da ação médica, mas dentre o que se torna possível corrigir graças à tecnologia científica Leguil (2007) propõe uma diferenciação entre o que é encarado como uma questão “médica” do que é “cosmética”. Recorrer à cirurgia para refazer um rosto devastado por um acidente é unanimemente considerado como questão médica, mas, não estar satisfeito com a forma de seu nariz ou com a aparição ainda discreta de uma primeira ruga, isto é um caso médico? Parece que essa diferença, segundo ele, vai depender muito mais da capacidade de assumir o custo financeiro, isto é, depende de poder político e econômico. Portanto, decidir, politicamente, que um cuidado não deve ser fornecido pelo Estado não é declará-lo não médico, mas sim reservar-lhe o acesso aos recursos do mais rico, ou do menos pobre, dependendo da riqueza do país onde se vive.

A Associação Mundial de Psicanálise através da Agência Lacaniana de Imprensa vem desenvolvendo um trabalho onde se acompanha uma extensa análise das produções do discurso hegemônico em saúde, com seu caráter

avaliador generalizado. Nessas análises se verifica a estratégia em prol de um suposto Bem da humanidade de apagar a subjetividade, o psiquismo e conseqüentemente a própria psicanálise, do panorama social. As práticas clínicas tendem hoje a serem objetivadas, onde os protocolos e a tecnologia estão permanentemente interpostos à relação médico-paciente em nome de um pseudo conhecimento científico.

O único antídoto que o psicanalista tem em suas mãos para enfrentar a expansão das psicoterapias de massa é a sua formação em que é necessário repensar o papel político da psicanálise no panorama científico e social. Em suas recomendações aos médicos que exercem psicanálise Freud comparava a prática da psicanálise ao exercício da cirurgia, à profissão de cirurgião: ambos devem “eliminar” todo afeto na orientação técnica de suas intervenções, para que a dimensão subjetiva de suas posições não interfira nos resultados. Assim como o cirurgião, o psicanalista encontra a causa do distúrbio no interior de seu ato provocado por sua “preocupação em curar” (Lacan, 1936, p. 80 cf. Leguil, 2007).

Concordando com Freud (1930), o que se pode prevenir em psicanálise mais do que qualquer coisa é a ambição terapêutica que seguindo os seus ensinamentos são os *furores curandis* que Lacan vai considerar como a ética do desejo de analista: não como desejo de não curar – isto seria irresponsável - mas, diferentemente, como um “não desejo de curar” (Lacan, 1986, p. 258), seja como um tipo de suspensão da questão da cura, como também uma recuperação daquilo com que nossa clínica se confronta: a cura é uma demanda que devemos decifrar através da interpretação de um desejo. É preciso levar em conta o imprevisto e, diferente de outras psicoterapias, contar com as surpresas, os erros, as impossibilidades, protegendo-nos assim do sentimento de onipotência que automaticamente nos levaria à impotência.

Não basta fazer a indicação e com isso validar o procedimento médico. Este não me parece o ponto central. O que quero destacar é como o protocolo médico, nesse caso, pode desorientar o nosso lugar de analista. A dúvida quanto a realizar a redesignação sexual ou não, se não for refletida, pode levar o analista a perder sua direção, isto é, a aposta no sintoma como modo de tratamento do real.

Muito embora a participação da psicologia em equipes de avaliação seja ampla, irei me ater à cirurgia de redesignação sexual ou transgenitalização em que pude acompanhar de modo mais próximo. No entanto entendo que a partir dela podemos estender o questionamento às outras. Essa experiência possibilitou que eu repensasse o lugar da psicanálise diante desta demanda de modificação corporal em que fui convidada a também opinar dentro de um campo médico. E é sobre isso que passo a falar a partir de agora.

Um psicanalista na equipe de avaliação para o processo transexualizador

O encontro com essa clínica ocorreu a partir de um convite feito pela Direção do Hospital para que eu participasse de uma Comissão Multidisciplinar de Estudos sobre Casos de Transtornos de Identidade Sexual, que estava sendo composta por profissionais de diversas áreas. Chegavam à instituição pessoas que solicitavam correção de operações mal feitas (realizadas clandestinamente) e tentativas de suicídio decorrentes da não aceitação de sua condição transexual. Diante desse panorama, fazia-se necessário uma equipe que pudesse estudar, bem como acolher tal demanda.

Acrescentava-se a isso o apoio do governo que, por meio de uma Resolução do Conselho Federal de Medicina, havia autorizado a cirurgia - desde que realizada em hospitais-escola - sem fins lucrativos, utilizando-se de recursos financeiros destinados à pesquisa, já que não se tratava naquela época de um procedimento custeado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) ⁴. Atualmente ela é um fato, tendo alguns hospitais universitários no Brasil cadastrados para essa intervenção gratuitamente já que na clínica privada ela já existe informalmente há muito mais tempo.

Lacan dizia que a partir da oferta se cria a demanda. A história da cirurgia de transgenitalização data de 1953⁵ quando o médico norte americano, Harry Benjamin, sensibilizado com a situação de um soldado americano que se sentia

⁴ A partir de 2006, o Ministério da Saúde, por meio de uma comissão técnica passou a discutir a possibilidade de custear esse processo dentro do princípio da universalidade, integralidade e equidade na saúde pública já que os procedimentos implicados na transgenitalização já constam na tabela de procedimento do SUS, sobretudo voltados à reparação de lesões na genitália ou alteração da genitália ambígua.

⁵ Na realidade estas modificações corporais aconteceram muitos anos antes, porém somente nesta data é que ela foi formalmente realizada enquanto tal.

mulher realizou nele a modificação corporal que possibilitou seu reconhecimento como a mulher que sentia ser. A partir daí, nos EUA houve uma enxurrada de pedidos e assim a ciência passa a produzir conhecimentos principalmente no campo da endocrinologia e da psiquiatria. Nesse sentido podemos constatar que o fenômeno transexual é um efeito do discurso da ciência.

A noção de “transexualismo” atualmente se enquadra no DSM IV⁶ como um “Transtorno de Identidade de Gênero” segundo os critérios para seu diagnóstico: *“forte e persistente” identificação com o gênero oposto ou “convicção inabalável” de ser do sexo oposto e sentimento de desconforto com seu sexo de origem, devendo haver evidências de sofrimento ou prejuízos em áreas importantes da vida do indivíduo.*

Benjamin (1966) estabeleceu esses parâmetros para os “transexuais verdadeiros” e universalizou o tratamento para esses casos como sendo a hormonização e a cirurgia de transgenitalização com o seguinte argumento: *já que não podemos modificar suas mentes, que modifiquemos seus corpos* revelando que o discurso da ciência opera em nome de uma conformação ortopédica da demanda. É assim que, na contemporaneidade, a transexual está cada vez mais entregue ao destino artificial de mudar de sexo, em busca da promessa, ofertada por esse dispositivo, de ser redesignada mulher.

O Ministério da Saúde no Brasil pautado nesses indicadores internacionais oficiais recomenda que toda candidata se submeta ao acompanhamento multidisciplinar por no mínimo dois anos ou até que este seja suficiente para que não parem dúvidas na equipe quanto ao diagnóstico, devendo haver uma avaliação multidisciplinar que decida se a pessoa está pronta para a irreversibilidade do processo.

Alienadas por esta prescrição médica e, ancoradas em um autodiagnóstico, as pessoas que se identificam com essa descrição vêm esse processo como a salvação para os impasses vividos diante do sentimento de um corpo em não conformidade com sua identificação sexual. Se a aparência da mulher e do homem sempre foi moldada pela cultura funcionando como um indicador social do que é sexual, no que se refere não somente à estética, mas tornando-se também uma

⁶ Está sendo discutida a possibilidade de que no DSM V a transexualidade seja retirada da esfera dos transtornos como aconteceu com a homossexualidade.

questão moral pública e de Direito - torna-se necessário à transexual que se submeteu ao processo cirúrgico, dirigir-se ao saber jurídico para inseri-la na ordem social, aquele que atestará sua feminilidade e assim a nomeará como consequência desse reconhecimento.

Embora a experiência transexual revele que a identidade não é determinada pelo corpo, diante da falta de critérios, é a alteração cirúrgica que vai servir de base para a decisão e análise das consequências desta modificação para o campo do Direito. Mesmo pautado na biologia, fica claro que o jurídico não acredita puramente nisso, já que não abre mão das opiniões oferecidas pela psiquiatria e psicologia. Importante dizer que o fato do jurídico pautar-se no biológico para reconhecer um ser feminino ou masculino de algum modo determina a demanda para a cirurgia.

Do ponto de vista biológico, a diferença sexual é um fato do organismo. A psicanálise, por sua vez, não deixou de salientar que a sexualidade seria um efeito das respostas de cada sujeito ao real dos sexos, e que o corpo não seria senão uma experiência subjetiva que não se confunde com as perspectivas funcionalistas do organismo biológico.

A psicologia nos hospitais tem sido cada vez mais convocada a opinar dentro dos protocolos médicos justamente porque algo da ordem subjetiva sempre escapa nesta tentativa de objetivação. Fui convidada a participar desta comissão e a expectativa em relação ao meu trabalho era garantir que essas pessoas estivessem certas do que reivindicavam ao cirurgião.

Na triagem inicial, em parceria com a psiquiatria eu deveria avaliar se havia alguma “co-morbidade” associada, ou seja, se haviam distúrbios mentais ou dependências químicas em que o grau de desorganização revelasse descontrole emocional ou pacientes que usavam o pênis nas relações sexuais. Ou seja, riscos em que, a ausência de capacidade de decidir por si mesmas ou um investimento erótico no órgão, fizesse com que a cirurgia pudesse ser um equívoco de quem a solicitou e de quem a indicou. Casos em que a pessoa apresentava delírios ou alucinações, a “certeza” estrutural tornava-se mais evidente, fazendo com que não fossem incluídas no processo, nem mesmo para as entrevistas iniciais.

De fato, no fenômeno transexual tal qual se apresenta na contemporaneidade, não encontramos quadros delirantes ou mesmo relatos fora da

ordem da realidade. Todo o tormento do sujeito está circunscrito à certeza de que a identidade sexual contradiz seu sexo anatômico.

Após essa avaliação, eu deveria acompanhar as candidatas sistematicamente e “assegurar que elas não mudariam de idéia” para que imaginariamente (onipotentemente) se escapasse do “engano” ou do “arrependimento”. Embora se falasse de uma “convicção inabalável” aparecia aqui a incoerência diagnóstica, pois, se é convicção, a necessidade de dois anos era para que ?

Esses encontros suscitaram em mim algumas questões: O que eu poderia fazer por essa pessoa? Como “avaliar” alguém e garantir que não mudará de idéia? O que seria um “verdadeiro transexual?” Como um “saber” se outorga o direito de definir objetivamente a “verdade” sexual do sujeito? A “verdade” e a “mentira” dos sujeitos estão referenciadas no corpo (no órgão sexual), ou antes, na identidade? Por que a psicologia deveria se colocar nesse lugar de junto com outras áreas, dar “garantias”? Garantia do que e para quem?

Diante desses impasses era preciso tomar uma posição, pensar na ética para além da estética, pois meu trabalho não se pautava em uma “autorização” para alguém “mudar ou não mudar de sexo”. Se “auto”, “autor” refere-se a si próprio, a única autorização que eu poderia dar era a mim mesma, de me inserir ou não no trabalho de conduzir essas pessoas a se “autorizarem”, a reverem o seu desejo e a se responsabilizarem pela sua escolha, assumindo sua autoria. Afinal esse percurso não se iniciava ali, havia uma construção subjetiva que desembocava na demanda de alteração corporal. (Elias,2007)

Além disso, essas pessoas não chegavam ao hospital com uma demanda endereçada ao psíquico e se apresentavam a mim já atravessadas por uma suposta certeza diagnóstica e pela imposição de que para obterem sua modificação corporal. “necessariamente deveriam passar pela psicologia”. Desse modo, a questão transferencial ficava inicialmente complicada. Diferente do pensamento de que eu estava ali disponível para “decidir” se a pessoa “deveria” ou “não” realizar a cirurgia o que eu poderia oferecer era outra coisa. Mas como levar essa pessoa a falar de seus medos, de seus desejos, de suas histórias mais secretas, se o que a levou até mim foi a imposição de que realizasse um acompanhamento para

desvendar suas “verdades” e suas “mentiras” e, para que eu me pronunciasse se ela “podia” ou “não podia” se livrar do que a incomodava tanto?

Era preciso refletir sobre esse lugar, sobre as demandas a mim dirigidas e como responder a elas, salientando que encaminhar não é o mesmo que demandar, no sentido de desejar saber algo. E nem sempre o que se demanda é o que se deseja ou o que se pede é o que podemos oferecer.

O que *a priori* parecia uma impossibilidade foi o que permitiu sustentar o meu lugar. O fato de tratar-se de uma comissão de estudos possibilitou o sentimento de “conforto” nesse lugar de “não saber”, embora soubesse ser essa a minha posição, já que estamos sempre diante do novo e, portanto, de um não-sabido. Porém, havia uma demanda da equipe de que eu soubesse “mais” sobre a paciente. Isso não parecia um equívoco, afinal estaria mais próxima delas, nas sessões clínicas semanais. Desse modo, eu poderia escutá-las mais sobre o que elas sabiam sobre si mesmas ou então que elas pudessem saber mais a partir desses encontros. No entanto, descobrir sua “verdade” e decidir sobre um ato médico, dizendo se deveriam ou não realizar a cirurgia, tal garantia não poderia ser dada, mas me posicionaria dentro do que pudesse para que a decisão fosse tomada pela equipe.

Tive o respaldo desses profissionais que sempre respeitaram minha posição, possibilitando que nosso trabalho pautado nas singularidades e diferenças de cada área pudesse acontecer. Diferenças necessárias, pois se não fosse assim, qual seria o sentido para a criação de uma equipe interdisciplinar?

Mesmo que não consideremos que a avaliação psicológica seja uma norma institucional insensata, o psicanalista pode fazer notar, em sua prática, que todo universal carrega o risco de ser tomado por um sujeito como um imperativo categórico que deve ser realizado a qualquer preço, ao preço da singularidade, se o sujeito está impedido, por algum motivo, ou momentaneamente, de construir uma resposta particular ao universal. O impasse existe enquanto o sujeito não consegue se localizar aí, enquanto não consegue responder por si mesmo. Somos chamados, normalmente, neste momento de impasse. Se nos propusermos a trabalhar não somente com as candidatas, mas também com os que se encarregam delas, este pode ser um momento privilegiado de transmissão do que se trata a operação clínica da psicanálise.

Senti a necessidade de primeiro saber o que os psicanalistas haviam construído sobre isso, algo ainda muito novo para mim. Não se tratava de uma preparação nos moldes de um saber enciclopédico para uma intervenção com esses sujeitos, mas de um silenciamento do que esse tema suscitava em mim e que com certeza poderia interferir em minha escuta em um campo transferencial.

Busquei interlocutores na literatura e entre alguns profissionais de psicanálise que conhecia. Na maioria das vezes, escutava que eu era “corajosa” e o assunto não ia, além disso, ou então que se tratava de psicose e, portanto, um profissional que “autorizasse” tal ato seria “tão insano quanto”. Tais opiniões deixavam-me cada vez mais solitária e a maioria das formalizações teóricas não me pareciam “suficientes”. Eu carecia de escutar esses sujeitos e pensava que abandonar o lugar para outro profissional ou aplicar testes⁷ - para “com-provar” meu trabalho e me pautar “concretamente” em alguma coisa - também não fazia sentido para o que eu acreditava e para o que sabia fazer, sem prescindir de uma ética e de um rigor metodológico.

Entendi que essa busca pelo conhecimento longe de me “especializar” teve a função de silenciar as minhas questões para que eu pudesse estar à vontade para uma escuta flutuante do inconsciente desses sujeitos. Tratava-se de escutar o sujeito desse processo analítico que não coincidia com a pessoa transexual, universal, objetivável, tal qual seria avaliada pela equipe enquanto uma candidata à cirurgia de transgenitalização.

O que leva um sujeito a tornar-se transexual, na verdade, não sabemos. Não temos uma resposta *a priori*. Só o sujeito pode, a cada vez, dizer o que o leva demandar sua alteração corporal. Há um contexto social, há uma história familiar, mas há, sobretudo, o inconsciente, portanto, só o próprio sujeito pode falar sobre o que engendrou sua busca ao hospital. Assim, a psicanálise pode levá-lo a interrogar-se em relação à sua posição subjetiva diante da queixa.

Em muitos casos não havia inicialmente saber a ser produzido; o saber se mostrava pronto, pautado na descrição científica do que é ser transexual e o que pediam era uma testemunha para o que consideravam ser sua certeza. Não buscavam um sujeito suposto saber. Desse modo o dispositivo analítico se

⁷ Sugestões protocolares da medicina e psicologia.

mostrava inapropriado já que a posição do analista não é a de ser cúmplice de suas significações já construídas e sim de dirigi-lo a um saber a partir de um questionamento sobre o que movia sua demanda e suas identificações imaginárias. Essa certeza nem sempre se ligava a uma certeza psicótica, mas às vezes como um neurótico ao imaginar que nem tudo poderia ser dito para uma figura que representava a ameaça para o que acreditavam ser sua única possibilidade de manter o laço social.

Essa experiência, articulada com contribuições de alguns psicanalistas, permitiram concluir que, longe de exercer a função de autorizar ou não um ato, que por si só não oferece garantias, o dispositivo psicanalítico, a partir do discurso produzido pelo sujeito, só pode oferecer condições para que este possa responsabilizar-se (ele mesmo) por aquilo que diz de seu desejo.

Isso deveria acontecer, nem antecipadamente, nem *a posteriori* (após dois anos exigidos), mas no próprio cerne do processo analítico, à medida que a pessoa encontrasse sua posição frente ao que suscitou sua demanda transformando a sua relação com seu gozo. Que fosse uma solução aos impasses de seu desejo, mas, nem por isso, se alienassem na prescrição que justificou sua busca no hospital. Tratava-se de avaliar como esse significante transexual e a cirurgia de transgenitalização se inscreveram no psiquismo desses sujeitos.

Para uma candidata se inscrever ao processo de avaliação visando a cirurgia era necessário que ela lesse e assinasse um termo de consentimento livre e esclarecido onde constavam os procedimentos que poderia vir a se submeter, os riscos que corria e a irreversibilidade do mesmo. Mais que uma aceitação esse consentimento era da ordem de uma decisão.

Talvez por isso é que o jurídico não aceitasse simplesmente a cirurgia, porque sabia que se tratava de algo que necessitava de uma condição psíquica, da capacidade para lidar com o depois. A garantia tratava-se da capacidade da pessoa antecipar psiquicamente algo, saber sobre as conseqüências físicas e psíquicas dessa decisão. O que ela sabia sobre sua escolha, o que ela buscava com a alteração corporal? E assim responsabilizar-se por esse ato.

Para a psicanálise a responsabilidade não diz respeito somente ao cumprimento dessa norma jurídica, ela está relacionada aos modos de resposta

subjetiva. Era preciso verificar, na clínica, a forma como o sujeito aparecia, os modos como ele respondia à emergência do real.

A garantia dada pela psicanálise referia-se a avaliar se o sujeito podia se responsabilizar pelas conseqüências, a partir de uma escuta que o levasse a pensar sobre o depois. Era preciso pensar na posição de cirurgiada, de alguém que teria um pênis “arrancado” de seu corpo e que conviveria com a ausência dele presentificada em uma fenda denominada cientificamente neo-vagina, justamente porque não se trataria de um órgão igual ao que a ciência definiu como feminino. Ao construir a vagina com o próprio pênis, este permaneceria ali, como o resto, como o órgão fantasma, ainda presente em seu corpo. Pensar sobre isso não tinha a função de impossibilitar o ato, mas de evitar um equívoco percebido no depois.

Por mais que se almejasse a garantia do só depois, ela não era possível, sendo necessário levar cada candidata a se responsabilizar justamente pela falta de garantia. Essa oferta cirúrgica, embora tivesse o efeito de uma promessa de felicidade, de resolução de conflitos também no âmbito social, onde sofrem o preconceito e a homofobia, era preciso pensar que não seria suficiente para cumprir as expectativas ligadas a ela, acompanhando-as nesse processo, no antes e no depois.

Era importante perguntar à candidata: para que a cirurgia? pois uma coisa é tomar um hormônio e submeter-se a uma cirurgia esperando que estas intervenções sejam a solução aos impasses de seu desejo, outra coisa é esperar que esta a constitua enquanto um ser feminino. A expectativa de que é o órgão que a irá posicionar como mulher deve ser repensada, pois paradoxalmente, esse seria o primeiro engano ao ter se submetido à alteração corporal, se não tiver claras as significações aí implicadas e as conseqüências dessa colocação em ato para sua vida.

A invenção de identificação ao sentir-se “ser mulher aprisionada em corpo de homem”, é uma compleição no plano do ser e, ainda que o sujeito possa parecer mulher, isso não é senão uma ilusão. Essa lógica instaura o regime do

semblant,⁸ proposto por Lacan (1971/2009), no qual o ser sexuado se configura conforme um dos modos de gozar sexualmente. O *semblant*, segundo ele, se refere a um arranjo entre ser e parecer, que aproxima o registro da verdade ao do semblante (“parecer”, “assemelhar-se” e “fingir”), o que impede que este seja assimilado integralmente ao ilusório e ao engodo. O *semblant*, que de nenhum modo se confunde com uma miragem, é um efeito do modo de gozo sexual.

Entre parecer e ser há uma hiância aí. A presença do gozo transexual, segundo Lacan, testemunha que o sujeito padece de um “erro comum”, pelo qual se supõe que, eliminando o órgão em si, o gozo do corpo deixaria de ser transexual e se tornaria feminino. Parece, então, que é disto que se trata nesse desejo: de um pedido para eliminar o órgão. Entretanto, cortar o órgão e fazer no lugar uma genitália de mulher, realmente muito parecida com o modelo natural, não seria, decididamente, alterar a economia do gozo transexual. Mas como o espírito contemporâneo acredita demais na eficácia da técnica, a cirurgia de mudança de sexo vem sendo afirmada como o dispositivo que promoveria a redesignação sexual capaz de deixar uma pessoa dita transexual livre de seu tormento. Mas se esse será o destino ou não do sujeito, isso é uma contingência previamente forcluída pelo procedimento e pela lógica que o sustenta. (Teixeira, 2006)

É este o equívoco que a análise pretende retificar, essa completude e essa suposta felicidade são inalcançáveis, e se a escolha pela cirurgia é a saída da qual o sujeito não quer abrir mão, que ele pelo menos saiba que não será um passe de mágica onde a cirurgia será a solução para todos os seus males.

O Direito no qual o Conselho Federal de Medicina e o Ministério da Saúde se pautam na resolução foi instituído considerando a existência de um sujeito responsável por seus atos, mas se um sujeito não pode se responsabilizar pelo que demanda, significa que a cirurgia poderá ser um equívoco já que considera esta intervenção alheia ao que diz respeito a ele mesmo.

⁸ Segundo o dicionário *semblant* quer dizer exterioridade enganosa, o que imita ou representa, de um modo fictício, uma coisa real, de maneira a fornecer mais ou menos a ilusão dela. Termo muito usual até o século XVI, depois caído quase completamente em desuso. A partir do século XVI, o valor negativo ligado à idéia de aparência predomina. Lacan recupera, então, o *semblant* (no sentido do século XVI: ele volta a lhe dar boa aparência), sobretudo subverte seu sentido. O *semblant* não é a imitação ou a representação de uma coisa real. Nem uma aparência (um fenômeno) para além da qual haveria a coisa em si.

Para o Direito, os inimputáveis, não são responsáveis pelos seus próprios atos, pois não têm a capacidade psíquica necessária para compreender o que lhe acontece e tomar decisões. Para a Psicanálise, independentemente de considerar o sujeito transexual responsável ou não aos olhos do sistema judiciário, desresponsabilizar a candidata desta indicação cirúrgica seria desconhecê-la como sujeito de seu ato, seria impossibilitar qualquer intervenção analítica. Se o sujeito não puder se responsabilizar pelo que demanda ao cirurgião, a psicanálise também não o poderá fazer. Assim uma pessoa que se despe de seu desejo em prol de um assujeitamento à determinação de um protocolo médico anula seu desejo à medida que passa a ser o desejo do outro.

O que um sujeito pode ganhar ao se despir assim de sua singularidade e se introduzir no rótulo universal de transexual? Freud em psicologia das massas e análise do eu (Freud, 1921/1976, p.98), disse que o grupo dá ao ser humano um sentimento de poder capaz de suspender o recalçamento das pulsões às quais ele não poderia ceder de outro modo. O anonimato pautado em um diagnóstico, a causa de sua irresponsabilidade, permite ao sujeito desembaraçar-se de sua própria responsabilidade.

"Olha para tua participação na desordem da qual te queixas", responde Freud à sua paciente Dora quando ela lhe diz: "Estes são os fatos; eles resultam da realidade e não de mim mesma. O que você quer mudar nisso?" A resposta de Freud, segundo Lacan, permitiu uma reversão dialética no tratamento de Dora ao levá-la a perceber sua participação subjetiva na corte da qual era o objeto e na ficção que lhe permitira sustentar, até então, o seu desejo. Freud fala da escolha da neurose e até mesmo da recusa da cura. E por isso Lacan nos levou a reconhecer que "por nossa posição de sujeito, somos sempre responsáveis" (Lacan, 1966, p. 858).

Não podemos pensar o ser humano como uma produção passiva de nossa cultura, já que ele buscará defender sua liberdade individual. Além disso, para a psicanálise, pôr culpa na cultura das mazelas sofridas pelo sujeito, decorrentes da exclusão social, é o mesmo que tirar dele a chance de responsabilizar-se por aquilo que lhe acontece.

Para a psicanálise não há certo ou errado e, portanto, o que importa nesse encontro é retificar a posição subjetiva do sujeito em relação inclusive a este não saber sobre como e quando acreditou que era mulher em corpo de homem. Só assim ele poderá ser o agente nesse processo de transexualização em que sua invenção de ser mulher possa ser sustentada.

Esse é o lugar do psicanalista: de não responder nem do lado de quem está a favor e nem de quem está contrário à ciência, mas de quem se permite posicionar em um espaço de exterioridade, que leve o sujeito a se responsabilizar por seu ato à medida que pode saber sobre o que lhe moveu para isso. O convite para que o sujeito fale sobre sua escolha de realizar a cirurgia ganha estatuto de expressão de um sujeito não mais alienado na prescrição médica.

Esse é o preparo psicológico, a parada necessária para pensar sobre as conseqüências desse ato, sobre o depois e sua capacidade para lidar com o inesperado. Não se trata, portanto de uma preparação nos moldes de uma fala educativa e de esclarecimento já que esta função é reservada aos outros profissionais, mas produzir questões que levem o sujeito a encontrar suas próprias respostas, desconstruindo os discursos que se mostram alienados (ou aprisionados) e criando um discurso próprio que permita uma mudança de posição.

Nesse ponto não podemos deixar de pensar que a análise não é para todos e que só continuarão aqueles que quiserem saber algo mais sobre si mesmo. E como disse Freud: “ainda que a anatomia possa indicar as características de masculinidade e feminilidade, a psicanálise não pode”.

Referências

American Psychiatric Association. (1995). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (D.S.M. IV)*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Aurélio. (1999). *Dicionário da língua portuguesa*. Rio de Janeiro, Nova Fronteira.

Benjamin, H. (1953). Transvestism and transsexualism. In: *Internacional Journal of Sexology*, v.7, n.1.

_____. (1966) *The Transsexual Phenomenon*. New York: Julian Press.

- Brasil.(2002). *Resolução CFM nº 1.652 de 06 de novembro de 2002*. Sobre a Cirurgia de transgenitalismo. Brasília, DF, 6 nov. 2002. Disponível em: http://portalmedico.org.br/resolucoes/2002/1652_2002.html. Acessado em 06/12/2002.
- Elias, V.(2007). *Para além do que se vê: das transexualidades às singularidades na busca pela alteração corporal*. Dissertação de mestrado. Universidade Estadual Paulista.
- Freud, S. (1893-1895/1976). Estudos sobre a histeria. In: *Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Vol. II. Rio de Janeiro: Imago.
- _____. (1912/1976). Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* v.XII. Rio de Janeiro: Imago.
- _____. (1921/1976). Psicologia de grupo e análise do ego. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. v. XVIII. Rio de Janeiro: Imago.
- _____. (1929-30/1976). O Mal-Estar na Civilização. In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. vol. XXI, p. 81-171. Rio de Janeiro: Imago.
- Lacan, J. Lacan, J. (1936/1998). Além do princípio da realidade. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar Ed.
- _____. (1966/1998). Do sujeito enfim em questão. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar Ed.
- _____. (1964/1998). Do “Trieb” de Freud e do desejo do psicanalista. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- _____. (1959-60/1986). *O Seminário - Livro 07: A ética da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- _____. (1971/2009). *O Seminário: Livro 18 - De Um Discurso Que Não Fosse Semblante*. Rio de Janeiro: Zahar Ed.
- Leguil, F. (2007). A psicanálise e o pessoal da medicina. *Revista Eletrônica do Núcleo Sephora*, vol.3, n°5, Nov.2007. www.nucleosephora.com/asephalus
- Mattos, P.R. e Rocha, M. S. (2008). O ato médico e a subjetividade. *Rev. Latinoam. Psicopatol. Fundam.* [online], vol.11, n.1, pp. 69-81. ISSN 1415-4714. doi: 10.1590/S1415-47142008000100007.
- Miller, J.-A. (2005, mars). *ALP - Agência lacaniana de notícias jornal on-line da AMP*. Paris.
- Teixeira, M. C.(2006). Mudar de sexo: uma prerrogativa transexualista. *Psicologia em Revista - Belo Horizonte - v. 12 - n. 19 - p. 66-79 - jun. 2006*.