

# Relações de gênero: silêncio e posições de identidade\*

Pedro de Souza

Universidade Federal de Santa Catarina, Departamento de Língua e Literatura Vernácula

## Resumo

O objetivo deste trabalho é propor, no âmbito histórico da clínica da *inversão*, urdida em meados do século XIX, elementos para uma análise discursiva dos relatórios médicos publicados neste mesmo período. A hipótese que queremos desenvolver é de que a interdição das referências de primeira pessoa, na fala do paciente *invertido*, equivale ao silenciamento das posições de identidade impostas por um modelo de relações de gênero.

**Palavras-chave:** discurso, enunciação, identidade.

## Abstract

In this paper, we propose a discourse analysis of the medical reports that may be found in the archives of the medicine documented since the middle of the nineteenth century. Making use of this material, concerning the doctor's practice of the *inversion*, we intend to develop the hypothesis that the interdiction of the terms associated to the first person, in the patient's speech is equivalent to the silence and to the identity politics constrained by a model of relationship between men and women.

**Keywords:** discourse, enunciation, identity.

---

\* Gender: Silence and identity

Revista de Ciências Humanas	Florianópolis	v. 15	n. 21	p.139-146	1997
-----------------------------	---------------	-------	-------	-----------	------

Ao examinar uma série de documentos nos arquivos da história da medicina, Phillipe Lejeune (1987) levanta a suspeita de que é no contexto da clínica de sexualidade praticada no século XIX, que se pode localizar a genealogia das autobiografias homossexuais. Sua hipótese sustenta-se na necessidade que tinham os patologistas de recorrer aos depoimentos pessoais de seus pacientes em busca dos menores sintomas que pudessem subsidiar a descrição etiológica de uma doença.

Na falta de todo aparato moderno de exames clínicos e laboratoriais, os médicos, entre os séculos XVII e XIX, só contavam com o relato de seus pacientes para dar objetividade nosológica ao que definiam como *inversão* no comportamento de pessoas que mantinham relações com parceiros do mesmo sexo. O acesso a tais relatos leva Lejeune a por em dúvida o pressuposto de que André Gide seria o primeiro homossexual a falar publicamente de sua sexualidade em primeira pessoa.

Meu propósito é tomar a hipótese de Lejeune e propor que as condições históricas do nascimento da autobiografia homossexual são as mesmas que, no discurso médico, interditam a fala do sujeito da homossexualidade. No cruzamento da política do silêncio com o silêncio fundador, para usar os conceitos elaborados por Orlandi (1992:105), a enunciação da homossexualidade tem seu ponto de emergência na condição histórica que outorga e retira do homossexual o direito à fala em primeira pessoa

Quando, no século passado, os primeiros médicos colocaram a atenção sobre o fenômeno que denominavam *inversão*, já se registrava nos depoimentos dos pacientes entrevistados uma ação silenciadora. Essa ação, exercida pela inquirição médica, se insinuava entre dois modos de o indivíduo enunciar sua prática sexual. Na mesma amostra de testemunhos colhidos pelo vienense Krafft-Ebing, para compor as nove edições de sua obra *Psychopathia sexualis*, encontram-se as duas modalidades de enunciação a que me refiro aqui, a saber, o pedido de socorro e o testemunho militante. Phillippe Lejeune as

aponta como dois exemplos de motivação a que se apegava o indivíduo para encorajar-se a falar:

- 1 “Para dar logo ao meu infeliz estado o nome que lhe convém, eu lhe farei antes observar que ele traz todos os sintomas do estado que o senhor distinguiu sob o nome de ‘**effeminatio**’ em sua obra **Psychopathia sexualis**” (apud Lejeune, op. cit. p. 83).
- 2 Escreverei, bem ou mal, a história de meus sofrimentos; não sou guiado senão pelo desejo de poder contribuir, através desta autobiografia, a informar um pouco sobre os **malentendidos** e os erros cruéis que reinam ainda em todas as esferas contra a inversão sexual” (apud Lejeune, op. cit. p. 83).

No primeiro caso, o **consulente** solicita tão somente uma ajuda, um conselho que amenize a dor de sua condição. Já no segundo, há o suposto doente, que ocupa o espaço aberto pelo relatório de Krafft-Ebing para reabilitar socialmente os invertidos. A propósito desse ato enunciativo, observa Lejeune (op. cit. p. 83): *“vai se lutar contra os prejuízos, estabelecer a legitimidade dessa escolha material, mostrar também quais sofrimentos a sociedade inflige aos inocentes”*.

Mas o gênero militante de testemunho não interessa à perspectiva médica. A expressão da homossexualidade em primeira pessoa não responde aos propósitos da investigação nosográfica. Assim é que o “modo de relatar que concorre para a visibilidade do sujeito, deve ser ignorado na descrição que o paciente faz de sua *inversão*, eliminando os obstáculos à visão precisa do objeto da observação experimental.”

Com base nesse fato, Lejeune interpreta que, ao proceder à nosografia da homossexualidade, apelando para testemunhos individuais, a medicina não somente deu positividade a uma patologia invisível, mas também retirou do silêncio o sujeito aludido nela.

O que pretende mostrar o autor é que *“a prática autobiográfica não era necessariamente retida e alienada pela instituição que a provocava”* (Lejeune, op. cit.: p. 84). Ele insiste sempre sobre o fato de que a medicina cooperou dando

lugar para a emergência de uma espécie de liberação da homossexualidade.

Pode-se objetar, porém, que, conforme os mesmos relatos recolhidos por Lejeune, a condição de expressão homossexual reside num acordo tácito entre médico e paciente no sentido de mantê-la em segredo. Esse jogo de cumplicidade define a tática médica que simultaneamente outorga e retira do homossexual o direito à fala.

Tudo se passa como se a medicina necessitasse – para conhecer objetivamente o fenômeno da inversão em homens e mulheres – “**estabelecer a biografia do sujeito**” (Lejeune, op. cit.). Contudo, isso só podia ocorrer sob mínimos cuidados. Ao servir-se de testemunhos individuais como método de pesquisa, a instituição médica devia cuidar para que tais testemunhos não ultrapassassem os limites esperados ou escapassem ao controle exigido pela metodologia. Segundo diz Lejeune:

a instituição que escolhe seus testemunhos, lhe impõe uma forma biográfica a preencher. Quando se lê, por exemplo, o relato do doente de Charcot e Magnon, vê-se que ele se adapta perfeitamente à grade de interpretação do médico, o que lhe permite delimitar o interesse: nada que possa fornecer matéria a uma outra interpretação ou que testemunhe um discurso verdadeiramente pessoal (Lejeune, op. cit. p. 84).

Resumos, citação de passagens, cortes no fio do discurso, introdução de apreciação no curso do relato são estratégias para inibir a fala pessoal. Para isso são modelados os questionários de entrevista clínica, ou seja, para captar respostas moldadas a uma certa descrição e interpretação.

Quando um médico decidia publicar um relato autobiográfico, ele tomava antes o cuidado de fazer uma montagem textual, suprimindo partes indesejáveis. Um deles, no relatório em que divulga o testemunho de um de seus pacientes, apresentou a seguinte justificativa:

A título documental, público parte das confidências de Arthur W...; relato sobretudo as que permitem apreciar seu estado de espírito, fixar a origem e a evolução de sua inversão, julgar também sua perversão adquirida (...) (apud Lejeune, op. cit. p. 85).

Porque sempre passível de escapar, de fugir ao controle é que o médico devia impedir que a palavra fosse dada ao *desviante*. Daí o jogo de forças. Embora, sob controle, restava sempre brechas no discurso médico, expondo um contraste nos seus interstícios. Diz Lejeune,

(...) essas janelas que se no texto descobrem , por vezes, paisagens atrozes, mas dão ao leitor a possibilidade de ouvir uma voz, de seguir uma experiência narrada na perspectiva do vivido; elas abrem um espaço possível à identificação (Lejeune, op.cit. p. 85).

Sob esse aspecto, o fenômeno do silêncio aparece como condição *sine qua non* de significação. Opera-se aqui uma indistinção em via de mão dupla. Por um lado, o processo de construção da homossexualidade como objeto clínico é, no campo médico, inseparável do ato de anulação da fala do paciente. Por outro lado, no campo da militância pelos direitos dos homossexuais, a abertura de espaços de expressão subjetiva do homossexual é igualmente inseparável de uma estratégia de silêncio: não importa apenas o sujeito ao qual se outorga o direito à fala, mas também o sujeito a ser calado.

Nesse ponto, é que o trabalho de Lejeune pode ilustrar esse processo em que a anulação da posição de sujeito coincide com o aparecimento da autobiografia homossexual. O médico que entrevistava, ignorava certa dimensão da fala, anotando apenas os aspectos expressivos que preenchiam as condições de descrição de uma doença. Não obstante, mediante essa mesma interdição, a medicina contribuiu no sentido de propiciar aos homossexuais um espaço para falar. À revelia do interesse médico, ao serem solicitados a descrever os sintomas de sua suposta *inversão*, os entrevistados tomam-na como um índice identificador de si mesmo.

No momento em que, para o dito *invertido*, a fala em primeira pessoa não tinha lugar de expressão, a não ser na clandestinidade, era preciso elaborar a revelação subjetiva da homossexualidade como uma ordem reivindicativa de discurso. Por certo essa demanda, segundo observa Lejeune, abre um espaço nos relatórios médicos para que se delineiem os primeiros contornos da militância homossexual.

Tudo leva a crer que historicamente o discurso médico engendra o aparato positivante que dá forma à homossexualidade enquanto objeto de conhecimento. Mas, ao contrário do que advogam diversos historiadores do movimento homossexual (cf. Weeks, 1985:209 e MacRae, 1990:281) é no campo militante da afirmação que se constrói a homossexualidade como problemática subjetiva e identitária. O lugar pré-construído do sujeito homossexual é produzido e sustentado a partir de um discurso de reação (Chauncey, 1985). A esse lugar chamo de posição de enunciação: as condições discursivas que fazem com que o falante torne-se afirmado e identificado enquanto sujeito.

Dado esse ponto de vista, para escrever a história do movimento de afirmação homossexual, é preciso perguntar não só pelos lugares de enunciação do sujeito homossexual, mas pelas formas discursivas da ausência dele. Pode-se descrever assim dois diferentes modelos de enunciação da homossexualidade, que são, por sua vez, motores e efeitos de silenciamento.

O primeiro diz respeito ao regime epistemológico no qual se enquadra a emergência da ciência médica no século XIX, a saber o regime que recorta a doença como objeto de observação científica fora de uma perspectiva personológica. O segundo é relativo à militância em que a questão homossexual gira em torno de uma afirmação subjetiva e não de um diagnóstico clínico.

Isso significa que ao perguntar pelo modo com que a medicina e a militância instituem um espaço de expressão da homossexualidade, é possível iluminar o canto escuro onde se

configuram dadas formas de silêncio. O silêncio a que me refiro aqui é concebido como forma discursiva de interdição, nos termos da elaboração teórica proposta por Orlandi (op. cit.).

Trata-se de pensar as modalidades de enunciação em que a possibilidade de alguém se expressar como sujeito está fora de discurso. Orlandi (op. cit. p. 105) propõe dois conceitos para definir o funcionamento do silêncio: **silêncio fundador e política do silêncio**. “O fundador, diz a autora, é aquele que torna toda significação possível, e a política do silêncio dispõe as cisões entre o dizer e o não-dizer”.

A forma discursiva do **silêncio fundador**, tal como concebida por Orlandi, contribui para descrever, no campo da especulação médica sobre a homossexualidade, o confronto entre a visibilidade do objeto e a fala do sujeito. Ao ser este emudecido, realça a força do que deve ser mostrado nele, através das táticas do exame médico.

Nesses termos, pode-se afirmar que a sexualidade remete ao objeto, mas não ao sujeito que a pratica. Ainda que o indivíduo seja incitado, através de técnicas de confissão, a falar sobre os detalhes de suas particularidades sexuais, não deve fazê-lo senão para expor o seu corpo como sede orgânica da sexualidade, jamais para afirmar-se a si próprio como sujeito dela. Em contrapartida, assumindo o lugar de fala outorgado pela medicina, ironicamente, os pacientes puderam plantar as bases enunciativas do que será mais tarde instituído como autobiografia homossexual.

## Referências Bibliográficas

- CHAUNCEY, George, “De la inversión sexual a la homossexualidad: la medicina y la evolución de la conceptualización de la desviación de la mujer”, In: *Homossexualidad: literatura y política*, Madrid: 1985.
- LEJEUNE, P. Autobiographie et homosexualité en France au XIX. *Romantisme, Revue de la Société des Études Romantiques*, Paris: n. 56, p. 79-100, 1987.

- MacRAE, E. A construção da igualdade: movimento, comunidade e identidade. in: *A Construção da Igualdade, Identidade Sexual e Política no Brasil da Abertura*. Campinas : Ed. da UNICAMP, 1990, p. 279-303.
- ORLANDI, E. *Silêncios e Resistências*: um estudo da censura, In: formas do silêncio no movimento dos sentidos. Campinas : Editora da UNICAMP, p. 97-138, 1992.
- WEEKS, J. Movements of affirmation: identity politics, in: *Sexuality and its discontents, meanings, myths & Modern Sexualities*. London : Routledge & Kegan Paul, 1985, p. 185-209.