



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro de Educação e Humanidades

Instituto de Psicologia

Heloene Ferreira da Silva

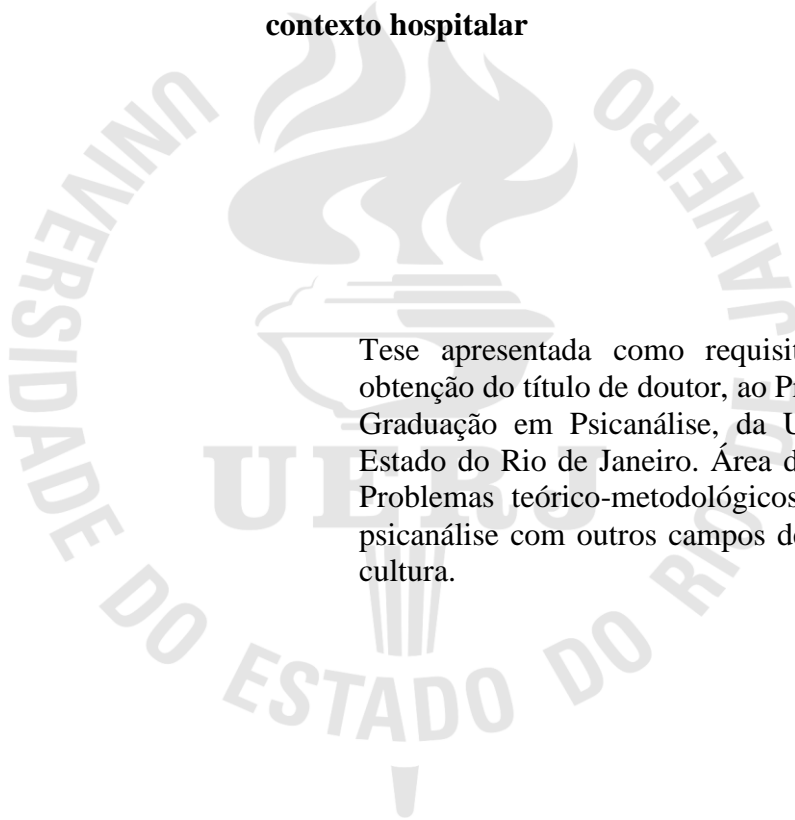
**Dos mistérios do corpo ao falante: a escuta psicanalítica de sujeitos
intersexo no contexto hospitalar**

Rio de Janeiro

2021

Heloene Ferreira da Silva

**Dos mistérios do corpo ao falante: a escuta psicanalítica de sujeitos intersexo no
contexto hospitalar**



Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do título de doutor, ao Programa de Pós-Graduação em Psicanálise, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Problemas teórico-metodológicos na relação da psicanálise com outros campos de saber e com a cultura.

Orientadora: Prof^a. Dr^a Sonia Alberti

Rio de Janeiro

2021

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CEH/A

S586 Silva, Heloene Ferreira da.
Dos mistérios do corpo ao falante: a escuta psicanalítica de sujeitos intersexo
no contexto hospitalar / Heloene Ferreira da Silva. – 2021.
271 f.

Orientadora: Sonia Alberti
Tese (Doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de
Psicologia.

1. Psicanálise – Teses. 2. Sexualidade – Teses. 3. Corpo – Teses. I. 4.
Intersexualidade – Teses. 5. Adolescente – Teses. I. Alberti, Sonia. II.
Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Psicologia. III. Título.

es

CDU 159.964.2

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta
tese, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Heloene Ferreira da Silva

Dos mistérios do corpo ao falante: a escuta psicanalítica de sujeitos intersexo no contexto hospitalar

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do título de doutor, ao Programa de Pós-Graduação em Psicanálise, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Problemas teórico-metodológicos na relação da psicanálise com outros campos de saber e com a cultura.

Aprovada em 13 de dezembro de 2021.

Banca Examinadora:

Prof^ª. Dr^ª Luciana Marques

Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Prof^ª. Dr^ª Rita Manso

Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Prof^ª. Dr^ª Ana Laura Prates

Universidade Estadual de Campinas

Prof^ª. Dr^ª Patrícia Gherovici

Universidade da Pensilvânia

Rio de Janeiro

2021

DEDICATÓRIA

À Mariana e Pedro, amor e laço.

AGRADECIMENTOS

Um galo sozinho não tece uma manhã.

João Cabral de Melo Neto

Sentei para escrever meus agradecimentos e os olhos ficaram marejados ao me recordar do longo, árduo e – por que não o dizer? – feliz caminho. Não que eu seja uma pessoa que chore facilmente, mas sinto-me profundamente emocionada e grata por tanto!

Tenho grande apreço pelo hospital, pelo Hospital Universitário Pedro Ernesto, em particular. Do contrário, não teria como dar nenhuma sustentação ética ao fato de estar nele desde 2012 como treinanda profissional, de ter feito minha especialização em Psicologia clínica institucional modalidade Residência Hospitalar, meu mestrado e meu doutoramento que culmina na escrita da presente tese numa temática tão intrinsecamente ligada à Instituição como também atravessada por questões políticas e sociais. Agradeço por todo aprendizado que adquiri nessa casa!

O agradecimento institucional se estende à Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) que diante do real que se abate sobre sonhos resiste como uma máquina de engendrar oportunidades e como um espaço público de acolhimento das diferenças. Nesse sentido, agradeço ao Programa de Pós-graduação em Pesquisa e Clínica em Psicanálise da UERJ (PGPSA/UERJ), que porta em seu nome a marca que o caracteriza e diferencia: a articulação entre clínica e pesquisa, agradeço pela acolhida à minha pesquisa e pela formação acadêmica! A todos os professores dessa tão honrada casa, meu muito obrigada!

Agradeço à FAPERJ, pela bolsa concedida para a realização da pesquisa.

Os agradecimentos são muitos. Embora minha trajetória acadêmica seja marcada por muito esforço, sei que se não tivesse as “portas abertas”, seria um caminho de frustração, como o foi algumas vezes. *Bändigung*, amarração, construção, “a vida pela frente” e o apoio de muitos com quem convivo e mantenho algum tipo de laço.

O “elo”, presente nos grafemas formadores do meu nome, precedido por um *agá*, sem som, denuncia haver ocorrência de uma marca subjetiva para fazer ligações. Uma disponibilidade para enlaçamentos entre coisas, a princípio, heteróclitas, mas demasiadamente humanas.

Minha família na figura de minha mãe, mulher de coragem. Meu avô que sempre apostou em mim. Minha bisavó que me fazia prometer, ainda aos oito anos de idade, que seria uma mulher em busca de um lugar no mundo. Meus irmãos, que me fizeram ser a “filha do

meio”. Minhas tias e tios inspirações de caráter e dignidade. Por me precederem e me sustentarem simbolicamente, eu agradeço.

Um agradecimento especial à minha avó, Maria da Penha, figura de grande afeto e ternura em meus primeiros anos de vida, que partiu de forma tão precoce, não sem antes encher a casa de livros, entre eles a Barsa, “expressão máxima do acesso ao conhecimento”. Ao adquirir enciclopédias, apostava na educação e investia em nosso apreço pela pesquisa. De sua estante, com seus livros com capa de couro, que ela achava bonitos, bem como de seu afeto, sempre conciliador, e de sua aposta pude herdar os passos que me trouxeram até aqui.

Agradeço, sem saber ao certo se a palavra gratidão é suficiente, à Sonia Alberti, minha orientadora, que sempre me permitiu lançar questões para as quais eu não tinha vias pavimentadas. Parceira do trabalho, mais que orientou essa tese, incitou, criticou, debateu, apreciou. Nomeei nosso grupo de orientação de “barco Albertiano” e por muitas vezes me senti navegando entre pedras. Quando minha angústia permitia ver apenas um monte de ideias soltas e uma dificuldade com a fundamentação teórica, sempre apostou que essa tese seria possível e antecipava sua unidade. Não poderia expressar suficientemente o quanto me sinto privilegiada por tantos anos ininterruptos de trabalho e pelas marcas profundas que sua presença deixa em minha formação. É um imenso orgulho tê-la em meu caminho!

Ao professor Eloisio Alexsandro por sempre me advertir do quanto eu poderia ser “sem noção”, mas ainda assim caminhar ao meu lado por minhas vias tortuosas. Por me informar sobre os mapas anatômicos, o DNA, os fractais, a teoria dos *quanta*... Agradeço pela confiança em me permitir ver as coisas de dentro!

À Ana Laura Prates, minha referência bibliográfica, exemplo de psicanálise na *pólis*, engajamento, rigor e inspiração. Pela leitura atenta, pelas pontuações indispensáveis na qualificação que me fizeram avançar na escrita da tese.

À Patrícia Gherovici, que ainda no começo do doutorado, demonstrou entusiasmo com meu tema e pelo estímulo à pesquisa que encontro em seus textos.

À Luciana Marques, sempre disponível em me ouvir falar sobre minha pesquisa. Pelas contribuições e boas trocas ao longo dos anos.

À Rita Manso, pela disponibilidade em aceitar o convite para ser membro da banca e contribuir com este trabalho.

À Unidade docente assistencial de Urologia, na figura ilustre do professor doutor Ronaldo Damião que me abriu as portas de seu Centro de excelência e referência, obrigada pela confiança! Ser reconhecida como parte de uma equipe prestigiada causou-me uma profusão de

sentimentos e certamente tudo que pude aprender nesses anos de convívio reiteram uma boa escolha.

À Tassia Lobountchenko e Edson Salvador por terem sido dois grandes parceiros no trabalho cotidiano e toparem os desafios de construir um Ambulatório Transdisciplinar de Urologia pediátrica e do adolescente. Por me ajudarem a construir esta tese enquanto um saber fazer, agradeço! E, a todos os médicos, residentes, internos que de alguma forma contribuíram com essa pesquisa ao longo dos anos, obrigada!

À Endocrinologia pediátrica, minha primeira casa institucional na questão intersexo. Daniel Gilban, Clarice Borshiver, todos os endocrinologistas pediátricos e residentes que conheci ao longo dos anos. Pelas convergências, divergências e muito aprendizado, obrigada!

Ao Marcelo Henrique, pela amizade, pela presença e pela lembrança constante de que sempre posso dar um passo a mais!

Ao João Luiz Kohl, pelo acolhimento carinhoso nos momentos de dor e desesperança. Por ouvir minhas lamúrias pacientemente e por nunca deixar de me dizer: “você consegue”!

Ao Marcio Amaral, pelas generosas explicações biológicas e cirúrgicas! Pelos desenhos mais elucidativos, pela extrema paciência e pelas conversas inspiradoras!

À Mariana Telles da Silveira, cujo trabalho tanto me inspira, pelas supervisões, diálogos profícuos e pelas pontuações luminosas em momentos obscuros. Por ouvir minhas angústias e me contar as melhores histórias, agradeço!

Um agradecimento muito especial ao professor Luciano Elia por ser um exemplo de analista implicado e pelo rigor ao formular sua “metodologia analítica” que tanto inspirou e perpassou a escrita dessa tese. Eu o admiro imensamente!

Agradeço aos muitos amigos que esperam ansiosos que eu mude a temática “não posso, tenho que escrever” para “estou aqui”, “vamos”. Reconheço-me uma pessoa de sorte no quesito amizade, muitos sofreram comigo, se entusiasmaram com minha pesquisa e torceram para o meu sucesso, obrigada!

À Luisa Moraes, por quem sinto extrema gratidão por ter me apresentado sua “casa no campo” na qual dedicamos dias de estudo e escrita, onde eu pude ficar no “tamanho da paz”. Pelo estado de presença e afeto constante, obrigada, minha amiga!

À Camila Cardozo, pelas partilhas imensuráveis, por me ajudar a fazer da palavra, frase. Pela presença nesse texto escrito na dimensão da luta!

À Raquel Puga e Aline Martins, minhas amigas desde a Residência, as quais, cada uma a seu modo, se colocaram como um porto seguro e me ajudaram a sustentar a aposta desse trabalho!

À Cinara Santos, por me ler, me ouvir, me acolher e pelas trocas imprescindíveis!

À Ania Sadowska, Elis Marques, Adriana Bastos, Luciana Torres, Monica Bernardo, Irene Beitelle, Ana Luiza Cruz, Marcelle Souza, amigas queridas de uma vida inteira, obrigada pela acolhida e inspiração!

Ao Patrick Deffense, pela amizade, pelas traduções e pela mão amiga estendida, obrigada!

À Vera Sabino, Alba Lúcia, Dayse Bessa e todas as secretárias da Urologia pelos cafés da manhã banhados com muita generosidade e boas conversas!

O Papa Francisco afirmou que os enfermeiros são “peritos em humanidade”. Meu agradecimento especial à equipe de enfermagem da Urologia que muito me ajudou, ensinou e me fez admirar ainda mais a clínica do cuidado!

A todos os membros da equipe multidisciplinar e a todos os funcionários do HUPE, os que foram, os que ficaram e os que vieram, pela convivência feliz ao longo dos anos, pelas divergências, por me ensinarem tanto, muito obrigada!

Aos funcionários da UERJ, especialmente, ao Fábio Santos, da secretaria do PGPSA/UERJ por me auxiliar tantas vezes com simpatia e tranquilidade. Pela ajuda fundamental com as burocracias e papéis, obrigada!

À Luciene Costa, pela formatação cuidadosa e paciente da tese!

Agradeço a Formações Clínicas do Campo Lacaniano, corpo institucional no qual dei meus primeiros passos na psicanálise. Minhas professoras ainda na graduação, Vera Pollo e Maria Anita Carneiro Ribeiro e toda uma Escola que sempre me acolheu, obrigada!

À minha analista, pelo bom encontro num mau momento ainda no primeiro ano de doutorado!

À Mariana Haime e Pedro Cella, pelo amor que faz o laço que nos une em qualquer tempo. Por compreenderem a importância do meu trabalho e que sem vocês nada disso teria sentido. Amo vocês!

À Antonella cuja “letra A do seu nome abre essa porta e entra”, saúdo sua chegada inesperada que acrescenta vida a esse momento.

Tomar a escrita desta tese como um trabalho sério, atravessando uma pandemia dentro de um hospital, foi a maneira que eu encontrei de agradecer aos pacientes intersexo e seus familiares que tanto me ensinaram. Por se disporem a transmitir algo que *a priori* é intransmissível. Muito obrigada!

Eu tive uma namorada que via errado. O que ela via não era uma garça na beira do rio. O que ela via era um rio na beira de uma garça. Ela despraticava as normas. Dizia que seu avesso era mais visível do que um poste. Com ela as coisas tinham que mudar de comportamento. Aliás, a moça me contou uma vez que tinha encontros diários com suas contradições. Acho que essa frequência nos desencontros ajudava o seu ver oblíquo. Falou por acréscimo que ela não contemplava as paisagens. Que eram as paisagens que a contemplavam. Chegou de ir no oculista. Não era um defeito físico falou o diagnóstico. Induziu que poderia ser uma disfunção da alma. Mas ela falou que a ciência não tem lógica. Porque viver não tem lógica – como diria nossa Lispector. Veja isto: Rimbaud botou a beleza nos olhos e viu que a beleza é amarga. Tem Lógica? Também ela quis trocar por duas andorinhas os urubus que avoavam no Ocaso de seu avô. O Ocaso do seu avô tinha virado uma praga de urubu. Ela queria trocar porque as andorinhas eram amoráveis e os urubus eram carniceiros. Ela não tinha certeza se essa troca podia ser feita. O pai falou que verbalmente podia. Que era só despraticar as normas. Achei certo.

Manoel de Barros, 2006

RESUMO

SILVA, H. F. da. *Dos mistérios do corpo ao falante: a escuta psicanalítica de sujeitos intersexo no contexto hospitalar*. 2021. 271 f. Tese (Doutorado em Psicanálise) – Instituto de Psicologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2021.

Com base no trabalho clínico institucional com sujeitos intersexo, seus pais, médicos, equipe de saúde e familiares, investigamos a hipótese sobre uma intervenção discursiva no real dos laços sociais ter uma consequência no real do sujeito. Discutimos a epistemologia da diferença sexual como binária e heteronormativa, bem como a epistemologia do processo de normalização de genitais considerados anormais. Revisamos em Freud e Lacan a assunção subjetiva ao sexo e também precisamos a dimensão do genital, entendido como tipicamente masculino ou feminino, a fim de articular tais dimensões à clínica da variação biológica do sexo. Em Freud, percorremos sua peremptória formulação, a anatomia é o destino, bem como um conceito com o qual consideramos poder dialetizar a questão da norma imposta: a pulsão. Não há pulsão fora do campo da fala e da linguagem, que comporta, necessariamente, uma dimensão real. Para desenvolvê-lo, foi preciso também revisitar os três registros da realidade psíquica conforme Lacan. A desnaturação operada pela linguagem faz com que a diferença dos sexos só tenha consequências subjetivas ao ser significantizada. Em Lacan, identificamos o falo como uma referência histórica e estrutural ao mesmo tempo, sendo estruturador do desejo humano e parâmetro da diferença. Com isso, chegamos à lógica da sexuação a qual implica consequências clínicas importantes, uma vez que não se detém no que constitui o homem ou a mulher, mas na impossibilidade da relação entre eles. O fato de haver mais de um sexo, não é o suficiente para contar dois. Pela articulação com a clínica com crianças e a clínica com adolescentes intersexo mostramos que a anatomia sexual – muito valorizada em alguns discursos – não é o real do corpo – abordado pela psicanálise. As questões subjetivas com as quais nos deparamos no cotidiano de nossa clínica desenvolvida no Setor de Urologia do Hospital Universitário Pedro Ernesto, permitiram e nos levaram ao estudo de vários discursos, o médico, o social, o dos movimentos LGBTTQi+, para, com eles, questionar alguns a priori e dialetizar o próprio discurso psicanalítico com a clínica do intersexo.

Palavras-chave: Teoria psicanalítica. Sexualidade. Corpo. Intersexualidade. Adolescente. Casos clínicos.

ABSTRACT

SILVA, H. F. da. *From the mysteries of the body to the speaking being: psychoanalysis and the listening of intersex subjects in a hospital ambience*. 2021. 271 f. Tese (Doutorado em Psicanálise) – Instituto de Psicologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2021.

Based on institutional clinical work with intersex subjects, their parents, physicians, healthcare team, and family members, we investigated the hypothesis that a discursive intervention in the Real of social ties has a consequence in the Real of the subject. The thesis puts the epistemology of sexual difference as binary and heteronormative, and the epistemology of the normalization process of genitals considered abnormal under discussion. We review in Freud and Lacan the subjective assumption of sex, on the one hand, and we also precise the genital dimension, understood as typically male or female, to articulate these dimensions to the clinic of the biological variation of sex. In Freud, we go through his peremptory formulation - anatomy is destiny -, and his concept with which we believe we can put the issue of the imposed norm into dialogue: the drive. There is no drive outside the field of speech and language, which necessarily implies the dimension of the Real. To develop it, it was also necessary to revisit the three registers of the psychic reality, according to Lacan. The denaturation operated by language means that the difference between the sexes only has subjective consequences when signified. In Lacan, we identify the phallus as a historical and structural reference simultaneously, it being a structure reference of human desire and a parameter of difference. Then we arrive at the logic of sexuation, which implies significant clinical consequences since it does not stop at what constitutes a man or woman but at the impossibility of the relationship between them. The fact that there is more than one sex is not enough to count two. Through the articulation with the clinic with children and intersex adolescents, we show that the sexual anatomy – highly valued in some discourses – is not the Real of the body – approached by psychoanalysis. The subjective issues that we face in the daily life of our clinic developed in the Urology Sector of the Hospital Universitário Pedro Ernesto, allowed and led us to study various discourses, the medical and the social ones, the LGBTTTQI+ movements, to, with them, question some a priori and introduce a new dialogue with the psychoanalytic discourse itself, concerning the clinic of intersex.

Keywords: Psychoanalytic theory. Sexuality. Body. Intersexuality. Adolescent. Clinical cases.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 –	“Carta aos médicos”	14
Figura 2 –	René Magritte - <i>Le rêve de l'androgynie</i> , 1924	21
Figura 3 –	Bandeira intersexo, criada em 2013, por Morgan Carpenter, da <i>Intersex Human Rights Australia</i>	43
Figura 4 –	Genitais atípicos	89
Figura 5 –	“Sereio”	94
Figura 6 –	“Vampiro”	95
Figura 7 –	Hermafrodita. Império romano 27 ac-476 dc. Museu do Louvre	102
Figura 8 –	Andrógenos	104
Figura 9 –	“Galeria da Vulva”	159
Figura 10 –	Quadro “A origem da guerra”, de Orlan, 1989	166
Figura 11 –	Quadro “Origem do mundo”, de Gustave Courbet, pintado	166
Figura 12 –	Ilustração para O Diabo da Ilha da Figo-Papa, onde o diabo tem medo da vulva de uma mulher	170
Figura 13 –	Porta dos banheiros.	179
Figura 14 –	Príapo, Deus grego	191
Figura 15 –	O falso-furo	195
Figura 16 –	Transformação do falso-furo em real	195
Figura 17 -	Tábuas da sexuação	208

SUMÁRIO

	PRÓLOGO	14
	INTRODUÇÃO	21
1	METODOLOGIA E ÉTICA. GRANDE COMPLEXIDADE: VEREDAS CONCEITUAIS	43
1.1	Discussão metodológica	53
1.2	“Das nuvens e dos relógios”	59
1.3	O método de pesquisa orientado pela psicanálise	63
1.3.1	<u>Circunscrição do campo de pesquisa</u>	68
1.3.1.1	Da biopolítica.....	73
1.3.2	<u>Desenvolvimento da pesquisa</u>	75
1.3.2.1	Instante de ver	76
1.3.2.2	Tempo de compreender	79
1.3.2.3	Momento de concluir.....	81
1.3.3	<u>Equipe interdisciplinar na atenção à saúde do intersexo: giros discursivos</u>	81
2	“DIVERSIDADE NÃO É DOENÇA”: HERETERIDADE NA CLÍNICA COM CRIANÇAS INTERSEXO	89
2.1	Como é? como era? como foi? como teria sido? como será?	93
2.2	Do sexo único ao dimorfismo sexual	96
2.3	De hermafroditas a anormais	101
2.4	Normas sociais e normas vitais	107
2.5	Da teoria moneysta de gênero ao consenso de Chicago	113
2.6	Sexopolítica e humanidade binária	128
2.7	A pulsão vem do Outro	135
2.8	Angústia - “quando a norma vem a faltar”	140
2.9	A clínica da cirurgia genital no bebê: o que se opera?	144
2.9.1	<u>Antony Antônio, “a insustentável leveza do ser”</u>	150
2.9.2	<u>“Meninos mijam em pé, meninas mijam sentadas”</u>	153
2.9.3	<u>Somente a cirurgia não trata angústia dos pais. Caso Aimée: entre palavras, hormônios e bisturis</u>	155
3	A ANATOMIA GENITAL, UM DESTINO? UMA ESCOLHA, UMA APOSTA: CLÍNICA COM ADOLESCENTES INTERSEXO	159
3.1	Puberdade: “masculino, feminino e plural”	163

3.2	O quinhão de trabalho freudiano	168
3.3	Consequências anatômicas da variação biológica do sexo	172
3.4	Mapas anatômicos e genéticos atípicos	175
3.5	“Leis da segregação urinária”	178
3.6	Adolescência e castração	182
3.7	Puberdade e corpo	185
3.8	Da <i>bedeutung</i> ao dildo	190
3.9	A contrassexualidade, o dildo e o que faz o homem	196
3.10	Fórmulas da sexuação: não binárias e não anatômicas	202
3.10.1	<u>Valores sexuais</u>	204
3.10.2	<u>Uma nova Lógica</u>	205
3.10.3	<u>A castração é real!</u>	209
3.11	Algumas considerações sobre a clínica do não-todo no hospital	211
3.11.1	<u>Danila, a mulher XY</u>	215
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	223
	REFERÊNCIAS	231
	APÊNDICE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	247
	ANEXO A - Detalhamento com os dados do Projeto de Pesquisa (fl. 1)	248
	ANEXO B - Artigo publicado na Revista Psicologia: Teoria e Pesquisa. Brasília, 2019, v. 35, e35434 (fl. 1)	250
	ANEXO C - Artigo publicado na Revista Subjetividades. Fortaleza, 20(Especial 2): e8822, 2020 (fl. 1)	261

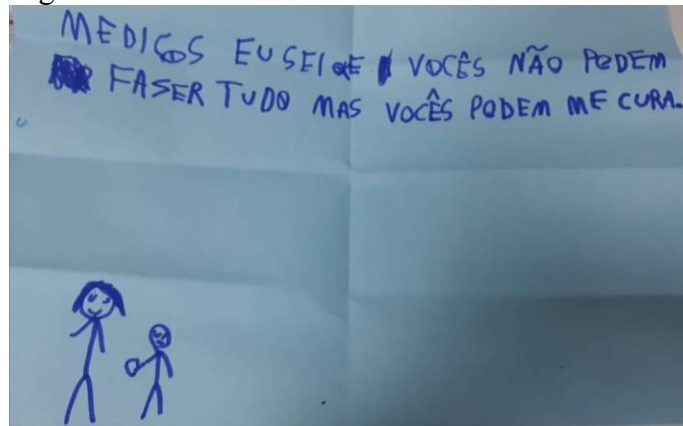
PRÓLOGO

As histórias importam. Muitas histórias importam. As histórias foram usadas para espoliar e caluniar, mas também podem ser usadas para empoderar e humanizar. Elas podem despedaçar a dignidade de um povo, mas também podem reparar essa dignidade despedaçada.

Chimamanda Adichie, 2019

Biel nasceu com genitália ambígua, extrofia de bexiga, e epispádia (púbis e uretra abertas), passando por algumas cirurgias mal sucedidas nos seus primeiros anos de vida. Como consequência, Biel tem infecções urinárias recorrentes, incontinência urinária, o que faz com que use fralda diariamente e sinta uma dor crônica no pênis que lhe construíram. Aos sete anos, Biel chega ao Ambulatório de Urologia pediátrica sentindo muita dor e sem urinar há três dias. Ele foi identificado com retenção urinária aguda e hidronefrose bilateral. A conduta da urologia foi a de realizar uma cistostomia de emergência. Essa cirurgia fez com que Biel passasse a urinar por uma sonda temporariamente. Biel foi internado e sua cirurgia realizada em poucas horas. Durante o processo de internação, levamos papel e canetinhas para Biel que se mantém triste, com o olhar distante, e ao ser perguntado sobre algo, não responde ou dá de ombros. Quando sua mãe lhe oferece suco, ele lhe responde: “não quero nada”. Apesar disso, ele entrega à analista uma carta, na qual ele desenha a si próprio entregando uma carta à analista, como uma cena dentro da cena. Em cima há o dizer: “médicos eu sei que vocês não podem *faser* tudo mas vocês podem me *cura*”. Podemos notar aí um primeiro endereçamento à analista, como um sinal de transferência. Há uma demanda de cura feita aos médicos, mas através da analista, que possui a carta na mão. Que carta seria essa? É interessante observar que somente após essa entrega, no pós-operatório, que Biel passa a falar com a analista sobre si, seus irmãos, seus pais, e sua casa.

Figura 1 – “Carta aos médicos”



Fonte: Desenho feito por uma criança.

“Isto é o sertão” (GUIMARÃES ROSA, 1956/2019, p. 13), nos diz Riobaldo nas linhas preambulares de *Grande sertão: veredas*, epopeia brasileira, como que tentando descrever o lugar no qual se desenrola a história. Tal qual Riobaldo, sentimos necessidade de descrever o cotidiano de um Ambulatório clínico-cirúrgico em um hospital, neste exórdio, uma vez que é preciso saber de que lugar falamos. É também, uma tentativa de construir uma pequena borda que permita a nomeação de um ponto do real que nos é dado testemunhar em nossa experiência.

As veredas que encontramos aproximaram-se da ideia de infinito qual no conto “Jardim de veredas que se bifurcam”, de Borges (1941), no qual o infinito de uma série de possibilidades em aberto gera multiplicações e a percepção de múltiplas temporalidades. Assim, os temas de pesquisa tornavam-se infinitos porque se bifurcavam, e, se não nos foi possível percorrer nenhum caminho de maneira reta e clara, não obstante, buscamos “sempre visar a ética da clínica psicanalítica, levantar questões e não partir de preconceções, estudar os textos e escutar seus autores em cada leitura, duvidar, levantar hipóteses, verificar” (ALBERTI, 2018), visando sempre um diálogo crítico com outros campos do conhecimento. Afinal, como já dizia Lacan, às vezes, para progredir, é preciso que se dê “três passos para frente e dois para trás” (LACAN, 1957/1998, p. 348).

Prigogine (2009), prêmio Nobel de Química em 1977, em *Ciência, Razão e Paixão*, propõe a história como uma sucessão de bifurcações. Se na ciência do início do século XX prevalecia uma visão determinista das leis da natureza, na ciência do final desse século, os físicos privilegiavam as flutuações, bifurcações, ultrapassando o dualismo imposto pela ciência clássica. “Os dados não foram lançados e o caminho a ser percorrido depois das bifurcações ainda não foi escolhido” (PRIGOGINE, 2009, p. 16), logo, adentramos na incerteza, dissipações e irreversibilidade. As ciências da complexidade abrangem em seu escopo escolhas, possibilidades e incertezas, “em qualquer campo, seja em Física, cosmologia ou economia, saímos de um passado de certezas conflitantes para uma época de polêmicas e novas aberturas” (PRIGOGINE, 2009, p. 33). Frente ao impasse com o qual nos deparamos em nosso campo de pesquisa, lançamos mão dessa analogia em nossa construção metodológica.

Estamos tão acostumados ao sexo binário: masculino ou feminino, que para nós ele se tornou um truísmo, e, no entanto, tal binarismo encerra implicações muito profundas. A oposição dualista radical incita certezas como se não houvesse nenhum espaço para o campo do incerto. A controvérsia epistemológica e as irreduzíveis dimensões políticas envolvidas no uso desse pretenso truísmo, levantam várias questões ao tomá-lo no campo da intersexualidade. Ao nascimento de uma criança intersexo, a primeira Instituição que a recebe é o hospital. A norma vigente médica, começa pela anomalia e define a anormalidade para instituir uma norma,

a qual imputa cirurgias, muitas vezes, desnecessárias. A masculinidade e feminilidade “normais” apresentariam diferenças biológicas, fisiológicas e psíquicas irreduzíveis. Nesse contexto, a apropriação médica do discurso científico segue duas funções: trata de um “desenvolvimento sexual biológico normal” e assim procede da *episteme*. Por outro lado, envolve também uma opinião julgando a sexuação do corpo, e se impondo como opinião verdadeira, pertencendo ao registro da *doxa*. Assim, é a *doxa* que delimita o campo das intervenções consideradas normalizadoras, e logo abordadas pela *episteme*: a opinião é o que designa o que é abordado como “anormal”, e o conhecimento, portanto fica tributário desta opinião. Além disso, a “anormalidade do sexo” não é apenas um fenômeno relegado pela ciência, mas inexplicável por ela mesma. Trata-se, deste modo, de elementos que produzem furo no saber. Ser relegado, nesse sentido, é expressão de um “não querer saber nada disso”.

Numa predição de futuro no qual a “identidade de gênero” de uma criança estaria embasada no genital que ela tem, cirurgias genitais complexas com alto índices de complicações e necessidade de reabordagens são realizadas em benefício de quem? Pergunta que aponta para a necessidade inelutável de revermos nossa política e nossa ética. O próprio propósito das indicações cirúrgicas não parece coerente. Um argumento presente na fala dos pais: “as pessoas são muito preconceituosas”, se impunha como o principal argumento intervencionista nas genitálias infantis, um empuxo a alinhar corpos a categorias sociais legítimas. Nesse contexto, problematizar a assepsia da cirurgia de designação sexual dos intersexos, pensar sobre as mutilações corporais, entre outras práticas, nos impõem posicionamentos que extrapolam a confortável esfera da compreensão da diferença.

Não há subjetividade que se constitua fora do laço social e sua efetivação se dá por meio dos discursos. A articulação do laço social parte da constatação dos efeitos do Outro na subjetividade. Dito de outra forma, a questão está evidentemente no sujeito, mas não sem relação com o discurso corrente. Elia (2020) sinaliza que há o real do simbólico, a partir do momento que o discurso é esse, o sujeito tem que se a ver com esse discurso. De tal maneira que, uma clínica com sujeitos intersexo é absolutamente necessária, porque sem ela não se alcança o que está em jogo para o sujeito, para sua família, para os médicos e para a sociedade em geral. Clínica que nos faz muito mais recolhedores de alguma coisa do que enunciadores de um discurso *a priori*, de um saber. Nas palavras de Ayouch (2014), “a única abordagem psicanalítica de uma clínica, seja o que for, consiste sempre em apostar na novidade: ela serve apenas como questionamento permanente do familiar, abertura para o não conhecido, não analisado, não pensado, e não teorizado de antemão”. Imputando-nos assim a tarefa de não cometer uma violência teórica ou nosográfica ao pretender utilizar a clínica como comprovante

de um saber estabelecido. Eidelsztein (2021), ao retomar a célebre frase lacaniana, “*de notre position de sujet, nous sommes toujours responsables*”, assevera que não se trata de cada um de nós fazer-se responsável de suas questões enquanto sujeito, senão que “os analistas devem ser responsáveis [...] devem poder responder como concebem, postulam o sujeito em sua teoria, em sua prática e em seu diálogo com as ciências e disciplinas afins”.

Ao introduzir o sujeito na cena, o analista está advertido que o próprio sujeito é o real da ordem social para o qual nenhuma teoria ou saber do campo das ciências sociais será capaz de definir, explicar seus atos, prevê-los ou modificá-los (ELIA, 2005) marcando também o estatuto do lugar da psicanálise em relação ao saber médico: o de participar de um ato clínico que, no avesso da categorização normativa, recupera o olhar como dedicado à particularidade de cada caso (cf. ALBERTI & FERREIRA DA SILVA, 2020).

Levando em conta que, quanto ao sexo, há um fulcro real, nem tudo é determinado pelo social, há um vazio de simbolização. Sexo não pode ser gênero, pois na relação do sujeito com a sua posição sexuada ele precisa atravessar esse fulcro no qual não há nenhuma identidade nem representação social. Passa por um ponto indecível no qual se ampara o gozo, o desejo e a escolha (ELIA, 2021). Prates (2019) ressalta que é fundamental extrair a lógica, a ética e a política da sexuação que a práxis nos ensina e, Lacan formaliza, para sustentar a originalidade do discurso do analista na cidade dos discursos.

Poderíamos apontar como o *leitmotiv* da tese o questionamento do binarismo como “normalidade”, dito melhor, ao caráter binário e sexuada da humanidade. Nessa conjuntura, a “confusão” entre os sexos aparece como intolerável. Retomando o trabalho de diversos autores, partimos da premissa de que não apenas o gênero, mas também o sexo biológico é uma construção social apreendida à luz de uma cultura específica, da ciência e da biomedicina contemporâneas (LÖWY, 2003). É a regulamentação médica que determina o sexo biológico e que valida quem é homem e quem é mulher.

Clavreul (1978), em seu livro *Ordem Médica*, já sinalizava que “os muros do hospital, se são menos altos, são mais sólidos que os do asilo” (CLAVREUL, 1978, p. 43). A suposta objetividade científica, predominante no hospital, outorga legitimidade ao protocolo médico-legal utilizado no manejo e tratamento de pessoas intersexo que impõe cirurgias e hormonização compulsórios. Contudo, logo nos chamou atenção que “as armadilhas do diagnóstico apontam para a fragilidade do conhecimento médico e a instabilidade das ‘certezas’ que ancoram as decisões sobre as pessoas” (TEIXEIRA, 2009, p. 228).

Um corpo intersexo, por si só, não corresponde a uma condição de agravo à saúde, se impõe como desafio às nossas certezas. As intervenções precoces em corpos intersexo, tomadas

como cirurgias de adequação de gênero, são aceitas e amplamente defendidas no modelo biomédico brasileiro (MS, Resolução 1.664/2003) e repudiadas pelo ativismo que as consideram verdadeiras mutilações, meio de invisibilização da questão intersexo, uma forma de repúdio à diversidade. Esse ativismo político contra as cirurgias precoces, por sua vez, problematiza as questões jurídicas implicadas quando se trata de legislar sobre o sexo de alguém. Discussões cada vez mais sofisticadas acerca das noções de “direitos humanos”, “autonomia para decidir”, “integridade corporal e pessoal”, entre tantas outras, colocam os protocolos médicos em xeque. Vale destacar que, em 2006, foram publicados os *Princípios de Yogyakarta* (2006) que tratam da aplicação da legislação internacional de direitos humanos em relação à orientação sexual e identidade de gênero.

Embora a Declaração de Genebra da Associação Médica Mundial¹ (2017) reitere a medicina como uma prática humanitária e no Juramento do médico insira: “não usarei meu conhecimento médico para violar os direitos humanos”, a questão dos intersexos, pelo menos no Brasil, não se coloca nesse nível. O discurso médico ainda gira em torno do “normal e patológico” e é absolutamente surpreendente o abismo que há entre a prática médica e as teorias sociais.

Cabe ressaltar que esta tese parte de uma prática cotidiana na qual o setor de Urologia Reconstructora Genital (HUPE/UERJ), setor ao qual a Urologia pediátrica está referida, tem como premissa: “a regra é não operar, mas em alguns casos se opera”. Diretriz não-intervencionista precoce *a priori*, mas que leva em conta a história do sujeito. Nesse enquadramento, toda nossa escrita foi atravessada por uma translação entre teoria e prática. Entre impotência e impossibilidade e pela contingência do que era de um jeito, mas poderia ser de outro na construção cotidiana de um ambulatório cirúrgico clínico no qual urologistas, no processo de tomada de decisão, eram constantemente convocados a repensar o incerto, contexto que exigia um esforço a mais, ao tentar elaborar modelos correspondentes às diferentes soluções que podiam visualizar levando em conta a singularidade de cada caso.

A primeira vez que entramos num Centro cirúrgico, lembramo-nos logo de uma das frases iniciais de *Cem anos de solidão*: “o mundo era tão recente que muitas coisas careciam de nome, e para mencioná-las era preciso apontar com o dedo” (GARCIA MÁRQUEZ, 1967/2020,

¹ Importante salientar que a Declaração de Genebra em relação ao Juramento do médico foi adotada pela 2ª Assembleia Geral da Associação Médica Mundial na Suíça em setembro de 1948. Reunião realizada após os descalabros cometidos pelas práticas e pesquisas médicas na Segunda Guerra Mundial com o intuito de reiterar a Medicina como uma prática a serviço da humanidade. Disponível em: <https://amb.org.br/wp-content/uploads/2019/10/Declarac%CC%A7a%CC%83o-de-Genebra-2017-Tradu%C3%A7%C3%A3o-Dr-Miguel.pdf>

p. 7). Do que se passava ali pouco, entendíamos. Vivíamos uma angústia transformada em silêncio. Frente ao pensamento médico reducionista de questões sociais e políticas, um cirurgião, surpreendentemente, nos disse: “a resposta está nos pacientes”! Assim, tomamos como ética acompanhar somente cirurgias nas quais conhecíamos a história do sujeito e o centro cirúrgico passou a fazer parte de um cotidiano de intervenções.

Estamos advertidos de que uma pesquisa que contemple toda dor e sofrimento cotidiano de uma população, em sua maioria, numa situação de vulnerabilidade social, na qual racismo, patriarcado e pobreza compõem uma combinação destrutiva, aliada às opressões de raça, classe e gênero não nos foram indiferentes. Não é anódino dizer que a população atendida num ambulatório público é composta em sua maioria por pobres, negros, periféricos... dessa experiência tão específica pudemos construir e desconstruir teorias. A escrita dessa tese testemunha sobre isso. Se a anatomia sexual não é o destino, no caso dos corpos intersexo, é indubitavelmente algo que incide na trajetória de vida singular desses sujeitos, em suas errâncias, as quais mostram como o corpo é fonte de sofrimento e padece também como efeito do discurso estabelecido.

Freud (1931) já alertava que num campo de pesquisa de acesso tão difícil, todo relato de experiências de primeira mão ou de pontos de vistas pessoais pode ser de valor. É interessante ressaltar que o primeiro caso de intersexo que acompanhamos foi num contexto clínico. Assim, pudemos nos deparar com as quatro formas do “muro do impossível”: inconsistência, incompletude, indemonstrável e indecidível, “que se emite o ‘não é isso’, que vagido do apelo ao real” (LACAN, 1972/2003, p. 452). Questionávamo-nos se estávamos num filme de ficção científica, tamanho o espanto frente ao conhecimento ao qual jamais tivéramos acesso. Um bebê com genitália atípica, ausência de útero, ovários e testículos e cariótipo 47, XXY².

Não é à toa que Freud insiste na dimensão essencial dada pelo campo da ficção à nossa experiência do unheimlich. Na vida real, este é fugidio demais. A ficção o demonstra bem melhor, chega até a produzi-lo como efeito de maneira mais estável, por ser mais bem articulada. Trata-se de uma espécie de ponto ideal, mas sumamente precioso para nós, já que esse efeito nos permite ver a função da fantasia (LACAN, 1962/1998, p. 59).

Contudo, segundo Lacan, “o espanto, afinal, é um princípio sempre de boa serventia para interrogar o real” (LACAN, 1971/2009, p. 62). Bousseyroux (2014) aponta que “para Lacan só havia um despertar ao real da experiência analítica a partir do *Borromean Wake*” (p.

² A Síndrome de Klinefelter caracteriza-se por atipia dos cromossomos sexuais. Citogeneticamente ocorre a presença de um cromossomo X extra (47, XXY) que representa 90% dos casos, porém há variantes como o (46, XY, 47, XXY) e outras aneuploidias descritas (48, XXXY; 49XXXXY).

20-21). Prates (2016) em “Desfazendo nó cego, dissolvendo nó na garganta e dando nó em pingo d'água!”, relembra que no *Seminário RSI*, que em francês ressoa como heresia, Lacan anuncia que há esperança de darmos um passo juntos, convocando 'os analistas da época a acompanhá-lo na aventura borromeana, passo esse que é, fundamentalmente, clínico. “O nó não tem a pretensão de representar qualquer universo, já que ele ‘parte da experiência analítica e é nisso que está o seu valor’. O nó: é preciso sustentá-lo com o desejo de analista”! (PRATES, 2016). Seguimos por essa trilha e inscrevemos nossa tese numa dimensão política como um ato que rompe com um ciclo repetitivo, “sem medo, nem esperança”³, mas com coragem!

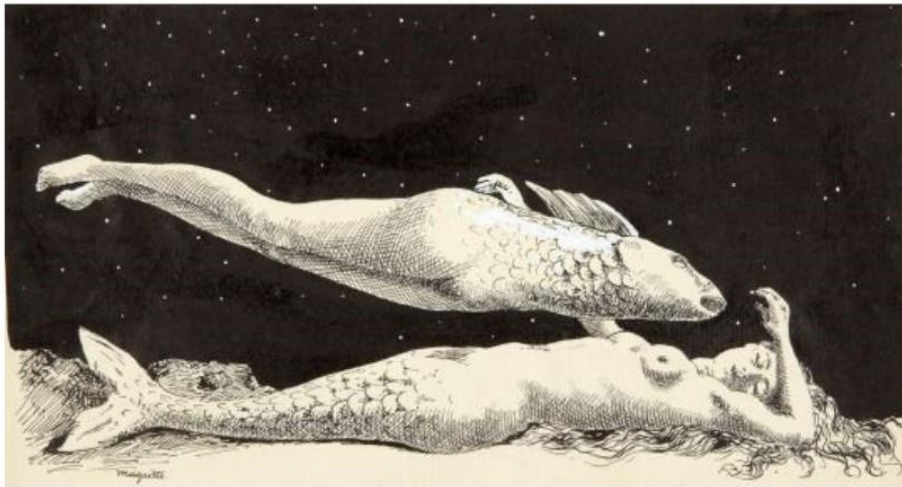
Importante ressaltar que nosso campo de pesquisa, uma investigação realizada no contexto da prática em um hospital universitário, se viu atravessado pelos efeitos da pandemia de Covid-19. É preciso deixar claro que, nem por isso, deixamos de estar junto à equipe durante todo tempo, buscando contribuir, em particular com apoio psicológico.

³ CÍCERO & NOGUEIRA mosaicismo, 2015. “Sem medo, nem esperança”. In: *Estratosférica*.

INTRODUÇÃO

[...] Sempre fui a mais feminina de todas as primas, embora soubesse que era diferente das outras meninas. [...] Quando eu era pequena, tinha um corpo que não me dizia se eu era menina ou menino... Era só estranho. Quando o médico me falou que eu era XY fiquei tão mal que nem gosto de lembrar. [...] Eu queria uma neovagina perfeita⁴.

Figura 2 – René Magritte - *Le rêve de l'androgynie*, 1924



Fonte: <https://leezacinar-xx.tumblr.com/post/103184063453>.

Essas frases que compõem a epígrafe são fragmentos do caso clínico de Danila⁵, uma das primeiras adolescentes intersexo que atendi. Escolhi iniciar o trabalho com essa breve passagem de seu relato, pois acredito ser bastante elucidativa quanto à problemática que visei aprofundar nesta pesquisa, no que tange a experiência de sujeitos intersexo⁶.

Danila nasceu com genitália atípica e não foi submetida a nenhuma intervenção cirúrgica precoce. Ela foi criada como menina no mais completo silêncio familiar sobre as questões referentes à sua variação anatômica genital. Na adolescência, quando se encontrou

⁴ Frases do caso clínico que será trabalhado no capítulo 3.

⁵ É importante salientar que na escrita da presente tese todos os nomes utilizados para identificar os pacientes e seus familiares são fictícios.

⁶ O uso do termo intersexo e intersexualidade, que inicialmente era um termo médico para classificar as variedades de ambiguidades sexuais (GOLDSMITH, 1917; MARAÑÓN, 1930), foi aos poucos sendo abandonada pela literatura médica e científica, ao mesmo tempo em que se consolida como uma categoria de reivindicação social e política (CHASE, 1990). Neste sentido, intersexo designa variedades de condições congênitas em que a anatomia, em suas múltiplas camadas – genitais, gonadais, hormonais, cromossômicas e moleculares – não se conformam em uma definição padrão de masculinidade e feminilidade entendidos como típicos para homens e mulheres. É um aspecto biológico, não é uma questão de identidade de gênero ou orientação sexual. Intersexo se consolida, principalmente, em contraposição à nova terminologia proposta pelo “Consenso de Chicago” (2006), “distúrbios da diferenciação do sexo” (DDS) e se fortalece como uma categoria social que reflete variações biológicas e anatômicas das determinações sexuais hegemônicas (PIRES, 2015).

com as questões sexuais que costumam marcar esse momento, constatou que, pela vagina que tinha, “não passava nem um cotonete”. A partir disso, passou a ver na morte a única solução para seu “problema”, que sempre enfrentou “absolutamente sozinha”.

Recebi Danila no Ambulatório de Endocrinologia pediátrica no Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE/UERJ), no qual eu era residente em psicologia, pelo Instituto de Psicologia da UERJ, quando a paciente já tinha seus dezoito anos. Nessa época, ela havia sido operada duas vezes, em um outro hospital também no Rio de Janeiro, para construção de uma neovagina que, em suas palavras de adolescente, ficara “com uma aparência horrível”. Por ocasião dessas duas cirurgias, foi realizado o exame citogenético para definição do sexo cromossômico, levando o médico a concluir que seu cariótipo era 46, XY⁷, o que ele teria traduzido com as seguintes palavras: “isso significa que tem um menino em você”!

Danila chegou ao atendimento médico com três demandas muito claras: queria uma vagina perfeita, não ter mais que usar o molde que usava 24 horas por dia como forma de evitar o fechamento do canal vaginal aberto cirurgicamente e, seu maior desejo, queria se livrar de um “clitóris gigante” para poder “usar um biquíni sem aquele volume aparecendo”. Resumo: desejava uma “neovagina perfeita”. Depois de um ano de acompanhamento em equipe multidisciplinar no HUPE foi reoperada e, em suas palavras, obtivera o que considerou uma “neovagina melhor do que a que eu sonhei”. No entanto, “esse futuro perfeito não foi assegurado pelo bisturi” (MAFFIA & CABRAL, 2003, p. 88), o que desenvolverei adiante no capítulo três.

Quando terminei a Residência, ingressei no mestrado do Programa de Pós-graduação em Psicanálise (PGPSA/UERJ) e continuei atendendo a paciente no Serviço de Psicologia Aplicada (SPA/UERJ). Durante esse período do tratamento, questões importantes apareceram que me fizeram compreender a necessidade de reinserir Danila numa equipe de cuidados multidisciplinar, como por exemplo: a necessidade do acompanhamento por complicações pós-cirúrgicas, a hormônio terapia que ela fazia de maneira irregular, uma tristeza frente ao diagnóstico biológico que jamais compreendera e que, inclusive, confundia com a questão da transexualidade, além de cuidados com a saúde física que Danila havia negligenciado com a justificativa de que não queria saber nunca mais de voltar ao hospital. Voltamos juntas. Disse-lhe que estaria ao seu lado e que poderíamos descobrir algumas coisas.

⁷ XX e XY são os pares de cromossomos sexuais, sendo o par XX conotado ao sexo feminino e o par XY ao sexo masculino. 46 corresponde ao número total de cromossomos numa célula. No entanto, o número de cromossomos sexuais por célula pode ser menor ou maior que dois. Se uma pessoa tiver apenas um cromossomo X em cada célula, então ela terá cariótipo genético 45, X0; se tiver três cromossomos em cada célula, terá cariótipo genético 47, XXY ou 47, XYY. Existe uma série de possibilidades cromossômicas que podem ser consideradas do tipo intersexo.

No período em que a paciente esteve afastada do hospital, ela havia começado a mancar, deixado de se alimentar e queixava-se de uma tristeza enorme. De fato, a “vagina perfeita” não poderia nunca resolver todos os impasses de um sujeito. No entanto, tornou-se evidente, ao longo dos atendimentos, o fato de que a paciente sabia muito pouco do que se passava em sua condição de variação biológica do sexo⁸ (VBS).

A partir de seu retorno ao Ambulatório do HUPE, Danila pode conversar novamente com diversas especialidades, o que foi de enorme importância para a paciente. O acesso às explicações médicas sobre seu próprio corpo, se demonstrou ter sido uma condição fundamental para o tratamento da paciente, inclusive do ponto de vista psíquico. Contudo, essas conversas não eram tão simples, pois havia um hiato entre o que a paciente desejava saber e o que os médicos tinham condição de lhe dizer.

Atuei nesse momento de forma a poder ajudar a paciente a formular suas questões e, ao receber as respostas médicas, interpretar junto a ela o que era um limite do saber médico e, também, reconhecer o que eles diziam como algo que a ajudava a se situar em sua própria história. Para que essa comunicação, por parte da equipe, pudesse se dar, também era necessário um trabalho com os médicos. Não é evidente incluir a falta e a ausência de respostas em um discurso científico tradicionalmente avesso ao impossível de saber.

Trago esse caso de forma breve, pois foi recorrente, em muitos outros casos em minha clínica com sujeitos intersexo, reconhecer a importância e até mesmo a necessidade desse amparo institucional e multiprofissional realizado num contexto de assistência integral à saúde. Retornar ao hospital para trabalhar em equipe multidisciplinar e me “alfabetizar” naquela linguagem médica, implicou uma abertura para uma possibilidade de uma clínica interdisciplinar na qual, enquanto analista, não estava apenas no meu lugar costumeiro, mas também falando “línguas distintas”. Por outro lado, esse lugar *êxtimo*⁹, dentro de um contexto da *Ordem Médica* (CLAVREUL, 1978), era o que me permitia dar espaço à fala do sujeito e sustentar o desconforto frente ao horror do não sabido. Uma operação discursiva que comportou a dimensão de transmissão de sustentação da psicanálise, um outro discurso ali onde as decisões são tomadas. Como psicanalista, fui levada a dialogar no nível político e clínico, a me posicionar no debate democrático (LAURENT, 2007), a enunciar de onde falo e a sustentar uma intervenção discursiva no real dos laços sociais.

⁸ A Associação Mundial Profissional para a Saúde Transgênero (WPATH) utiliza o termo “variações biológicas do sexo” (VBS) para descrever as variações das manifestações biológicas usadas para a definição do sexo de uma pessoa que desafiam o modelo binário convencional (SOC, 2012).

⁹ *Êxtimo*, na obra lacaniana, aparece como um neologismo para indicar algo do sujeito que lhe é mais íntimo, mais singular, mas que está fora, no exterior.

O lugar de poder que o médico ocupa, traz satisfação, mas não é sem sofrimento por parte também daquele que cuida e acredita que deve ter todas as respostas e certezas. Quando a relação entre saber e verdade aparece de maneira total, ou seja, o saber equivale à verdade, o saber torna-se totalitário e refratário aos furos discursivos. Por exemplo: Larissa, seis anos, portadora de disgenesia gonadal, cariótipo 45,X/46,XY, nasceu com genitália atípica. No pré-natal foi dada como menina, tinha enxoval de menina e parentes e amigos aguardavam uma menina. A mãe conta sobre a angústia que viveu ao sair da maternidade sem registro. “As pessoas vinham visitá-la, mas a gente não sabia se era Larissa mesmo. Falei para o meu marido que se ela não fosse Larissa, nós nos mudaríamos de cidade porque eu não suportaria andar na rua e ter um filho apontado como aberração: ‘está vendo aquele menino ali? Ele era uma menina’. Seria impossível para mim conviver com isso. Até hoje eu sofro muito com toda essa história”. Além disso, durante a internação chegaram a dizer que sua filha era “hermafrodita”, o que lhe trouxe a ideia de ter gerado algo monstruoso. Os médicos lhe prometeram que poderiam “consertar” o genital, o que foi feito logo após o registro civil. Hoje com seis anos, Larissa diz que a mãe está grávida e espera um “bebê menino-menina”. Traz um sonho no qual uma cobra com duas cabeças morde Larissa e uma amiga e diz: “eu morri, mas vivi”. Conta que o pai matou a cobra e que isso a fez viver. Cabe dizer que os pais têm horror à possibilidade de que se converse sobre o diagnóstico com a filha “isso é algo que queremos esquecer”. No momento aguardam uma biópsia de gônadas para saber se precisarão ser retiradas devido a possibilidade de malignização. Novamente à mercê da espera de um dizer médico, essa angústia diante do que o discurso médico pode – ou não –, pois, como todo discurso, também ele provoca gozo. Em razão da transferência, esse médico é identificado pelo sujeito como Outro, pois atribui ao médico um saber do qual o sujeito se vê separado. Em consequência, o sujeito crê que seu médico goza desse saber.

A presença de um analista dentro da equipe traz efeitos na lida desta com o paciente. E para o analista, como é? Lacan (1975), em sua *Conferência em Genebra sobre o sintoma*, afirma que a psicanálise é algo muito diferente de escritos, ainda assim “talvez não seja tão mal o analista dar um certo testemunho de que sabe o que faz. Se ele faz algo, que diga, e provavelmente, não seria excessivo esperar que daquilo que faz, de algum modo, ele testemunhe” (LACAN, 1975, p. 7). Na escrita dessa tese, falo do lugar de psicanalista, de minha experiência clínica institucional e estou advertida que isso deixa de fora muitas outras coisas. Ao mesmo tempo, é preciso dizer que durante os últimos oito anos em que trabalho nesta clínica, sempre tentei seguir essa orientação de Lacan, e transmitir, à equipe, o que faço e como isso pode ser de contribuição para com o que seus outros membros praticam.

Clínica do olhar e da diversidade: intervenção discursiva no real dos laços sociais

O senhor ache e não ache. Tudo é e não é ...¹⁰

A questão das genitálias atípicas coloca ao psicanalista um primeiro desafio: ver do que os pacientes, familiares, sociedade e equipe médica tanto se queixa, se angustia, se revolta, e, algumas vezes, até mesmo abomina. Lembro que no primeiro momento, ainda como psicóloga residente¹¹, em que cheguei ao Ambulatório, as fotos circulavam pelos membros da equipe médica e não eram mostradas a mim porque psicólogos são “sensíveis demais para ver”. Considero que no dia que eu enunciei: “me deixa ver!”, pude promover um giro de discurso para falar, a princípio, de um mesmo objeto ainda que não fosse o mesmo.

A residente que estive no Ambulatório antes de mim, me alertara que ela jamais poderia ver tal fotos, pois, em suas palavras, “uma genitália ambígua é real demais” e ela não suportaria olhar. Posteriormente, pude-me haver com essa consideração. Não olhar uma genitália atípica por considerá-la “real demais”, colocava-me numa mesma posição discursiva daqueles que apregoam o hino da cirurgia estética genital precoce como única forma de ultrapassar o horror e evitar “traumas psicológicos futuros”.

Anatomias sexuais e reprodutivas que não correspondam à expectativa social sobre os corpos considerados “tipicamente” feminino ou masculino, são relegadas a dimensões de segredo, estigma e invisibilidade. Além disso, supostas “questões psicoafetivas” do sujeito são fagocitadas pelo genital tomado como “anormal”. É interessante notar que, muitas vezes, nos modelos de saúde e de funcionamento do ambulatório os aspectos psicológicos no que tange ao genital atípico são desconsiderados.

Mostrar o genital, desvelar a nudez, no cristianismo, está ligado ao “conhecimento”. No livro de Gênesis, quando o homem come da árvore da ciência do bem e do mal, ele se dá conta que está nu: “mas o Senhor Deus chamou o homem, perguntando: ‘Onde está você?’ E ele respondeu: ‘Ouvi teus passos no jardim e fiquei com medo, *porque estava nu*; por isso me escondi’. E Deus perguntou: ‘Quem disse que você estava nu? Você comeu do fruto da árvore da qual o proibi de comer?’ (GÊNESIS, 3:9-11). Deparar-me com a nudez do outro, num contexto de assistência à saúde, naquilo que um genital é mostrado, visto, medido, analisado e, muitas vezes, submetido a “correção”, mostrava-me mais uma das especificidades da clínica na qual adentrei.

¹⁰ ROSA, Guimarães. (1956) In: *Grande Sertão: Veredas*.

¹¹ Neste momento ainda era recente a inserção da Residência em Psicologia no Ambulatório de Endocrinologia Pediátrica na modalidade de interconsultas. A “rodada” do residente durava seis meses e era feito pelo residente do primeiro ano (R1).

Uma clínica com sujeitos intersexo é absolutamente necessária, porque sem ela não se alcança o que está em jogo para o sujeito, para sua família, para os médicos e para a sociedade em geral. Fazê-la “sem ver” e longe do cotidiano da prática médica, me colocaria numa posição mais confortável, porém distante dos impasses que se colocam diariamente frente a decisões que precisam ser tomadas num contexto complexo.

A partir de um lugar de escuta dos furos, pude construir um lugar de reconhecimento dentro da equipe. Ao retornar ao hospital para acompanhar um caso clínico e me disponibilizar para “mediar”, bancar o lugar de “não sei” e sustentar o desconforto que muitas vezes aparecia de forma recalcada, foi possível um giro no discurso de exclusão, por parte dos médicos, para uma inversão: eu tinha um Projeto e pude convidá-los para fazer parte da minha equipe de pesquisa.

Durante meu exame de qualificação de mestrado, fui aprovada para o doutorado com a exigência de que minha pesquisa fosse registrada na Plataforma Brasil¹². O termo de anuência da pesquisa foi assinado tanto pela Unidade Docente Assistencial (UDA) de Endocrinologia pediátrica, quanto pela de Urologia. A prática clínica, durante a escrita da tese, esteve especialmente relacionada ao Setor de Urologia Reconstutora Genital, que integra a UDA de Urologia, e que, há quase vinte anos, constitui-se como referência para o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS), tendo sido participante ativo na construção de suas bases de assistência e legislação. A prática clínica com adultos multioperados serviu como esteio para a fundamentação de um Ambulatório de Urologia pediátrica e do adolescente o qual podemos construir.

Adentrar a Urologia, especialidade eminentemente cirúrgica, marcada pelo “ato cirúrgico”, decisões imediatas, pragmatismo, urgência, consequências... exigiu-me fazer uma travessia, tal qual num rito de passagem em que a dimensão do ato analítico, que recorta o que diz aquele que fala, esteve em causa. As intervenções discursivas foram feitas em ato o que gerou uma espécie de autorização para permanecer naquele Setor tão avesso à subjetividade.

Por outro lado, a presença do órgão genital masculino, colocado ali num contexto de horror pela possibilidade de perdê-lo¹³, trazia uma dimensão chistosa nas falas dos médicos e, muitas vezes, dos próprios pacientes, que a mim eram endereçadas e eu me perguntava: para além do chiste, o que estavam querendo me contar?

¹² Os aspectos éticos e metodológicos da proposta de pesquisa foram avaliados e aprovados por um Comitê de Ética e Pesquisa, incluindo a Declaração de Consentimento Informado, que está de acordo com as diretrizes e normas nacionais e internacionais e, especificamente, as Resoluções do Conselho Nacional de Saúde 196 / 96 e declarações complementares.

¹³ Aqui nos referimos as patologias relacionadas ao pênis, tais como, câncer de pênis cujo tratamento é a amputação, estenose de uretra, Perronie, priapismo, fraturas penianas, micropênis... A dimensão das transmulheres que passam pela cirurgia de transgenitalização mereceria todo um capítulo à parte.

Um outro fator que considero importante, foi quando adentrei o centro cirúrgico. Assistir cirurgias, estar às voltas com a dessubjetivação necessária para que um corpo seja passível de se tornar um pedaço de carne a ser seccionado, aberto, suturado, só foi possível porque o fiz acompanhada de alguns professores cirurgiões que se disponibilizaram a me explicar o que estava acontecendo. Emprestavam-me palavras e eu emprestava-lhes presença. Momento no qual, definitivamente, passei a fazer parte da equipe sem, contudo, abrir mão da minha posição *êxtima* e da nossa subversão em ato sustentada pela ética psicanalítica.

É comum a queixa de que médicos, principalmente cirurgiões, não escutam a equipe multidisciplinar, ou de que os outros profissionais de saúde estariam no hospital a serviço da vontade do médico, vide todos os percalços da Lei do Ato Médico (LEI 12842/13)¹⁴. Contudo, a pergunta: “alguém quer realmente falar com um médico?”, se impõe e ainda não encontrou resposta. Se o discurso médico é refratário a outros discursos e segue suas próprias leis (CLAVREUL, 1978) e, para se separar da metodologia propriamente médica, é necessário conhecer seus fundamentos de forma diferente da que pensam os próprios médicos (CLAVREUL, 1978), ressalta-se a importância do analista estar na instituição. A possibilidade do discurso analítico furar o discurso médico, para o que é necessário estar presente, abre espaço para uma clínica que tem consequências no laço social.

O fato da clínica num ambiente cirúrgico, no campo da decisão tomada, ser um universo em construção, faz o psicanalista se perguntar o que ele pode quando é convidado – e aceita o convite – a assistir a cirurgias que modificam a anatomia genital, cujo campo é o do “discurso da ciência” (PRATES, 2017). Cabe a ele ser contra ou a favor de cirurgias? Que efeitos as desconstruções sociais operadas pelas teorias de gênero têm nos diferentes sujeitos de uma equipe de saúde multidisciplinar? Como se posicionar diante dos inúmeros interesses e dificuldades de cada um dos membros dessa equipe e dos pacientes que a vêm procurar? Sobre que base teórica é possível se sustentar para fazer valer o discurso da psicanálise nesse contexto?

Lacan (1973) é enfático ao afirmar que o discurso científico tem consequências irrespiráveis para o que se chama Humanidade. Neste contexto, a psicanálise é o pulmão-artificial graças ao qual se tenta assumir o que é preciso encontrar de gozo no falar para que a

¹⁴ Lei nº 12.842, de 10 de julho de 2013. A lei, que passou doze anos tramitando no Congresso, estabelece que caberá apenas aos profissionais formados em medicina a indicação e intervenção cirúrgicas, além da prescrição dos cuidados médicos pré e pós-operatórios; a indicação e execução de procedimentos invasivos, sejam diagnósticos, terapêuticos ou estéticos, incluindo acessos vasculares profundos, as biópsias e as endoscopias. Também são de exclusividade médica a sedação profunda, os bloqueios anestésicos e a anestesia geral.

História continue¹⁵. Os avanços biomoleculares trazem para a clínica intersexo marcadores pseudodeterminantes do sexo e de gênero que culminam na cirurgia precoce estética genital de bebês e crianças. Contudo, o que há nessa clínica é muita angústia diante do desconhecido, das incertezas e das decisões que incidem na existência dos sujeitos intersexo e sua família. Uma criança que chega ao mundo e é recebida como hermafrodita, que a cultura à sua volta atrela ao “aberrante”, encontra uma série de impasses no processo que nos humaniza, a linguagem. Além disso, toda tentativa de estigmatizar, invisibilizar ou até mesmo patologizar, como é o caso da nosografia atual, “distúrbios do desenvolvimento do sexo” (DDS), incidem sobre a existência desses sujeitos. A dimensão do (des)humano é tensionada a todo momento por esses corpos.

O impossível de suportar para o sujeito, próprio à psicanálise, e o impossível de suportar para o corpo social (MILLER, 1981/1997), mesclam-se nessa clínica. Impunha-se a necessidade de uma abertura para a diversidade, para a alteridade e um compromisso com os direitos humanos.

No contexto da assistência à saúde, enquanto profissional de saúde mental, foi preciso articular limites e possibilidades na construção do trabalho cotidiano, assim como o protagonista Riobaldo, do *Grande Sertão: Veredas* (ROSA, 1956) que refletia filosófica e poeticamente sobre questões ligadas ao acaso da existência, ao destino, à permanência e às escolhas. Riobaldo, jagunço, enuncia: “quem elegeu a busca não pode recusar a travessia”! Ele conhecia bem o efeito de *Unheimlich*, estranho familiar, quando algo nos atravessa o caminho e nos faz querer recuar ou desistir da jornada. E foi nesse contexto que ele declarou “o correr da vida embrulha tudo. A vida é assim: esquenta e esfria, aperta e daí afrouxa, sossega e depois desinquieta. O que ela quer da gente é coragem” (ROSA, 1956, p. 448).

Inserir questões, a partir da clínica, dentro de uma engrenagem que se retroalimenta, dito de outra forma, questionar aquilo que no modelo biomédico se inscreve apenas como diagnóstico e terapêutica de reparação de uma “anomalia”, compondo uma equipe especializada, foi como um *Grande sertão: veredas*¹⁶ sulcradas por questões importantes sobre o *ser sexuado*. Não obstante, essa me pareceu a única forma de encetar, no campo da melhor tradição médica, uma renovação da questão da intersexualidade. Para começar, é preciso identificar maneiras de abordar o tema, e devo dizer que: introduzir elementos contra a simplificação das tecnologias de normalização (DÍAZ, 2017) me impôs uma tarefa de Sísifo.

Chemama (2002), em seu livro *Elementos lacanianos para uma psicanálise no cotidiano*, abaliza a contribuição singular da psicanálise nos diferentes contextos. Esse

¹⁵ LACAN, J. “Déclaration à France-Culture à propôs du 28e. Congrès de Psychanalyse”, in: *Le coq héron*. Paris (France), 1973.

¹⁶ “o sinal -:- entre os dois elementos do título teria valor adversativo, estabelecendo a oposição entre a imensa realidade inabrangível e suas mínimas parcelas acessíveis” (RONAI, 1978).

“cotidiano” denota o exercício de uma enunciação que é própria do lugar de intervenção do psicanalista, qual seja, o de fazer parte das formações do inconsciente do discurso no qual intervém. É nessa medida que sua posição não é representada como de um saber exterior, que poderia expressar um domínio sobre esse saber (COSTA, 2002).

Frente à angústia que incidia de todos os lados, desejo decidido de criar meios para intervir discursivamente. Lacan (1974) em “A Terceira”, afirma que o analista se confronta muito mais com o real do que o cientista e sendo o real “aquilo que não funciona”, os analistas são forçados todo o tempo a expor-se, “para isso é preciso que sejam *super blindados* contra a angústia. Já é alguma coisa que ao menos eles possam, da angústia, falar dela” (LACAN, 1974, p. 21. Grifo nosso).

A angústia, tal como definida a partir da psicanálise, é o afeto por excelência, ou seja, é o sinal de que diante de algo que acomete um sujeito, sua única reação é afetiva por falta de palavras, por falta de conceitos e por falta de parâmetros estabelecidos pela linguagem para dar conta daquilo que está acontecendo. Com Lacan, a angústia é o afeto frente ao real que ele define como impossível de ser dito por falta de significantes para dizê-lo. O fato é que o ser humano afetado pelo real pode apresentar reações diversas, e no mundo da ciência, da civilização e da cultura, essa diversidade é bastante interessante. Mas ela também presentifica reações segregacionistas, *a priorísticas*, às vezes até grupais, que têm por fundamental finalidade jogar os problemas para debaixo do tapete. Quanto mais uma reação se fixa numa única vertente, mais é testemunho de que não se quer nem saber das questões que estão em jogo, não se quer nem saber que, muitas vezes, não há respostas prontas e definitivas. Lidar com questões que dizem respeito diretamente a sujeitos, pessoas, com suas histórias e suas próprias angústias, é antes de mais nada sempre garantir um lugar para o que não se sabe, para o furo no saber, como se expressa a psicanálise.

Psicanálise e laço social: “uma *práxis* é um ato político”¹⁷

Um analista verdadeiro não pretenderia outra coisa senão fazer esse dizer ocupar o lugar do real, até se provar outro melhor¹⁸

Esta pesquisa de doutorado se inscreve no campo da psicanálise em intensão e em extensão, dobradiça proposta por Lacan, em 1967, para referir-se à formação do analista, tratadas equivocadamente como oposição, impedindo-nos de avançar para além de uma

¹⁷ LAUFER, L. 2012

¹⁸ LACAN, J. 1972/2003, p. 477.

compreensão dicotômica. Se o primeiro se refere à análise didática como não fazendo mais do que preparar operadores para a psicanálise, o segundo diz respeito à função presentificadora da psicanálise no mundo (LACAN, 1967/2003, p. 251). Contudo, a lógica da experiência analítica é a mesma lógica que tem que estar na experiência da psicanálise no mundo.

Minha experiência clínica com sujeitos intersexo, seus familiares e com a equipe de saúde demonstrou de maneira axiomática os atravessamentos políticos, sociais e econômicos que compõem essa clínica, o que me conduziu a diversos questionamentos, levando-me a pesquisar e indagar outras teorias num extenso levantamento bibliográfico que incluiu não apenas textos de psicanálise como também toda uma leitura de autores da filosofia, teóricos das questões de gênero, ciências sociais, militância LGBTQIA+, antropologia, Legislações nacionais e internacionais, sem desconsiderar os estudos realizados no PubMed¹⁹ para estar em *pari passu* com as investigações biomédicas relativas aos distúrbios da diferenciação do sexo.

Adentrar essas diferentes posições que pude encontrar na literatura sobre o tema das questões políticas envolvidas no campo que pesquisava, me levou a um bom encontro que considero um segundo tempo da pesquisa: o encontro com o feminismo enquanto uma política com seu papel de transformação da cultura e com sua ética. A teoria feminista, com sua abordagem crítica, tem muito a ensinar, pois coloca questões essenciais à modernidade: a do gozo reivindicado, a da estratégia subversiva, a da medida da emancipação das mulheres, a do feminismo como uma ruptura da tradição ocidental (FRAISSE, 2010). Além disso, “diferenças de raça, de sexo, de classe e de idade, em qualquer debate feminista sobre questões pessoais ou políticas, fica desvirtuado se não leva em conta essas questões” (LORDE, 1979)²⁰. Uma psicanálise atravessada pelo feminismo poderia problematizar as condições de gênero da sociedade hoje? (PORCHAT, 2018). Os estudos de gênero e do movimento *queer*, que têm como base de crítica a naturalização do dispositivo binário da diferença sexual encarnando essa diferença de modo a fazer furo, certamente propiciaram a asserção de que o binarismo não dá conta de descrever todas as diferenças.

Esse caráter bifásico da pesquisa, segundo tempo da elaboração, à maneira do início bifásico que Freud identificou na sexualidade infantil, me parece exigível por força do real em jogo. Real inominável e indizível que se presentifica no caso-a-caso impondo um indecidível

¹⁹ PubMed é um motor de busca de livre acesso à base de dados MEDLINE de citações e resumos de artigos de investigação em biomedicina oferecido pela Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos. Disponível em: <https://pt.wikipedia.org/wiki/PubMed>

²⁰ “*Las herramientas del amo nunca desmontarán la casa del amo*” (LORDE, A., 1979). Disponível em: <https://sentipensaresfem.wordpress.com/2016/12/03/haal/>

lógico (GÖDEL, 1930), fazendo surgir algo inesperado. Um indizível que coloca a questão sobre aquilo “mais que humano em nós”²¹.

Nosso objetivo principal, quando da proposição do projeto de pesquisa para esta tese, o de problematizar a precedência e a exclusividade explicativa conferida ao discurso médico-jurídico na outorga de legitimidade (TEIXEIRA, 2009) para que um corpo intersexo se torne um corpo sexuado, ainda que não se verifique, na literatura, consenso médico e institucional quanto à própria definição do que se denomina intersexo, nem tampouco quanto às recomendações terapêuticas propostas para esses casos (GUIMARÃES, 2014), se inscreve na psicanálise em extensão: como a partir da psicanálise poderíamos problematizar essa exclusividade desse discurso? Por outro lado, longe de ser um fenômeno, a questão intersexo interroga as bases da teoria psicanalítica. A clínica do intersexo coloca uma questão à psicanálise e se insere na dimensão da psicanálise em intensão que responde com sua ética aos imperativos da atualidade, distinguindo-a de outros métodos (SOARES, 2009).

No debate que propomos, o rigor da clínica psicanalítica se mantém. A clínica tem esse lugar que nos faz muito mais recolhedores de alguma coisa do que enunciadores de um discurso *a priori*, de um saber. Ela não é impressionista ou expressionista, há uma posição do analista na clínica o que nos insere numa metodologia diferente: fazer o saber operar de outro jeito, vindo do sujeito! Teoria e clínica não parecem e não são coisas heteróclitas. De tal maneira que, a costura do texto desta tese foi feita com os fios da clínica, tal qual uma trama, um tecido.

A aposta que sustentou essa pesquisa, de que é possível trabalhar numa equipe com a visada da mais firme posição científica, ou seja, aquela que não se deixa inibir por *a priori* que impeçam o exercício do pleno espírito que Bachelard (1934/1968) identificou como científico. O sujeito da psicanálise é um correlato antinômico do sujeito da ciência (LACAN, 1966/1998), no sentido de apontar que o nascimento da ciência moderna é a condição para o nascimento do sujeito da psicanálise. Lacan (1972-73/2010) se interroga sobre o fundamento, o princípio do que nos trouxe o discurso analítico: “por que vias pode passar essa ciência nova que é a nossa”? (LACAN, 1972-73/2010. p. 223). Para responder a tal questão, isso implica que se formule de onde nós, analistas, partimos: do inconsciente. Este, um dos quatro conceitos fundamentais da psicanálise, se presentifica nas falas dos sujeitos. Contudo, algo permanece indizível o que requer uma formalização pela via do real, considerando que o saber do inconsciente não é apreensível por uma mera aplicação do saber acumulado pelo analista cientista, mas inclui necessariamente o real inapreensível pelo universal (ELIA, 2000). Servi-me dessa

²¹ VELOSO, C. 1986. *Tá combinado*.

impossibilidade não tanto a resolver quanto a colocar a questão. E, ainda que seja constituída por uma série de interrogações, por diferentes tentativas de nomear o real – verifiquei que não se questiona o próprio discurso da necessidade social e biomédica de se tratar sujeitos intersexo –, algumas considerações se fazem presentes no escopo dessa tese, já que “ao se confrontar com seu impossível, o ensino se renova, se constata” (LACAN, 1979)²².

Minha pesquisa parte de uma perspectiva, eminentemente, clínica. São anos de experiência e precisei encontrar uma forma de compartilhá-la no enquadre acadêmico, sem, contudo, perder o caráter íntimo da fala de tantos pais e sujeitos que vivenciam a experiência intersexo. Todos os casos aqui relatados mesmo que não tenham passado por uma intervenção precoce, que tenham escapado à normalização cirúrgica e hormonal, em algum momento entraram num “processo de medicalização” (DÍAZ, 2017), o que não encerra a experiência intersexo. Não encontrei nenhum caso que recusasse o binômio masculino/feminino, nem que se colocasse entre eles de maneira indefinida (independentemente da genitália que possuíam), embora muitos evidenciem a insuficiência do regime binário que rege a construção social das identidades sexuais.

Em alguns casos, mesmo podendo escolher pela cirurgia estética genital, os sujeitos a recusaram. O que permitiu ratificar que há outros tipos de tecnologia, que não se esgotam ao modelo biomédico, e garantem a permanência de seus corpos dentro “*del orden que sienta el dimorfismo sexual*” (DÍAZ, 2017). Conforme o discurso médico por parte da equipe cirúrgica que orienta a instituição onde desenvolvi minha pesquisa, há que se ter uma posição investigativa, principalmente devido à possibilidade de não adaptação ao sexo escolhido *a priori*. Tendo cada caso um acompanhamento diferenciado, uma vez que as intervenções são pensadas não apenas para aquele momento de vida da criança, mas para a vida inteira, o que implica um acompanhamento de longuíssimo prazo. As questões hodiernas daí decorrentes não são poucas, em particular: como evitar um erro de designação sexual e um potencial dano ao sujeito? A ativista intersexual inglesa Sarah Graham, em um artigo para o jornal *Independent*, denuncia:

operar os corpos de crianças intersexuais para ‘normalizá-los’ é, frequentemente, prejudicial a suas futuras respostas sexuais e, algumas vezes, à fertilidade. Não se trata de fazer o que é melhor para a criança ou para o adulto – é uma escolha política, para fazer a sociedade se sentir mais segura e reforçar as caixas bem divididas dos gêneros: masculino/feminino, rosa/azul²³.

²² <http://espace.freud.pagesperso-orange.fr/topos/psych/psysem/vincenne.htm>

²³ <http://www.otempo.com.br/interessa/dor-e-sofrimento-de-pessoas-intersexuais-v%C3%AAm-do-preconceito-1.1245211>

Hannah Arendt (1958/2020), no prólogo de seu livro *A condição humana*, afirma que o propósito deste é reconsiderar a condição humana “do ponto de vista privilegiado de nossas mais novas experiências e nossos temores mais recentes”. Em suas palavras, sua proposta é simples “trata-se de pensar o que estamos fazendo” (ARENDR, 1958/2020, p. 6). O que estamos fazendo? Pergunta que nos impele a enfrentar a realidade de nossas práticas assistenciais e exige novos modos de leitura dos assuntos humanos para além das dicotomias convencionais: intervenção médica *versus* autonomia da pessoa intersexo. A inacessibilidade dos “distúrbios do desenvolvimento do sexo” à discussão pública requer a realização de novas distinções que incluam uma crítica à sociedade moderna a qual estigmatiza os corpos intersexo considerando-os “não humanos”. Neste contexto, os protocolos clínicos para intervenções hormonais e cirurgias genitais precoces em crianças que nascem com genitália atípica seguem a pleno vapor, à despeito de uma atenção à saúde humanizada. Faz-mister lançar uma luz sob práticas consideradas estabelecidas.

Pode-se dizer que a intersexualidade se inscreve na sociedade ocidental por um lado como uma questão biomédica, na medida em que é concebida como consequência de uma desordem²⁴ orgânica (hormonal, anatômica, cromossômica, gonadal, molecular...) ou como anomalia²⁵. Nesse agenciamento discursivo, o saber é colocado no lugar de agente do discurso e se dirige ao objeto que produz como perda o sujeito, marca que caracteriza o discurso universitário proposto por Lacan. Não menos política, mas em seu avesso, há todo um discurso social que inclui o intersexo como uma questão de diversidade, “todos têm o direito de serem diferentes” e não como deformidade. Nesse cenário, salientamos a importância da Associação Brasileira de Intersexos (ABRAI)²⁶, criada em 2018. Aqui o sujeito intersexo é colocado no lugar de agente do discurso, dirigindo-se a todos os significantes do saber estabelecido, questionando-os a ponto de colocar mestres a trabalhar para produzirem um novo saber, sem os estigmas e pré-conceitos, um agenciamento histórico do discurso, modo de funcionamento por excelência do sujeito do inconsciente. Contudo, em minha experiência na assistência à saúde, pude verificar que esta é uma clínica marcada pelo silêncio.

²⁴ “Não existem formações orgânicas que não estejam submetidas a leis; e a palavra desordem, tomada em seu verdadeiro sentido, não poderia ser aplicada a nenhuma das produções da natureza” (CANGUILHEM, 1966/1982, p. 102).

²⁵ Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) nº 1.664, de 12 de maio de 2003 que “define as normas técnicas necessárias para o tratamento de pacientes portadores de anomalias de diferenciação sexual”. Diário Oficial da União Nº 90, 13/05/2003, SEÇÃO 1, P. 101/102.

²⁶ “A missão da ABRAI é proteger e promover os direitos humanos das pessoas intersexo no Brasil, através da conscientização sobre variações sexuais e questões intersexo em todos os níveis da sociedade, especialmente entre instituições médicas, políticas, jurídicas e educacionais, da defesa de políticas públicas para pessoas intersexo, e da promoção de campanhas de solidariedade para apoiar pessoas intersexo vulneráveis no Brasil”. Disponível em: <https://abrai.org.br/sobre-a-abrai/>.

A contribuição da psicanálise nesse campo jamais poderia se dar numa violência de interpretações, as quais pretendem fazer da psicanálise uma teoria fundadora da sociedade, guardiã da lei dita simbólica, isso a afastaria em muito das concepções teóricas e clínicas que pretendem compreender e acolher o sofrimento psíquico e a produção de subjetividades (ARÁN, 2009). Mauro Cabral (2009), ativista intersexo argentino, coloca: “não precisamos apenas que aqueles que estão ao nosso redor entendam os verdadeiros termos nos quais nossa existência está assentada, mas também que entendam, de uma vez por todas, que somos tão verdadeiros e fictícios quanto todos os outros” (CABRAL, 2009, p. 108).

Arán (2009), ao tratar sobre o dispositivo da diferença sexual, questiona: “em que medida a psicanálise pode permanecer como uma teoria crítica e uma prática clínica que permitam o reconhecimento e o acolhimento de sexualidades disruptivas, as quais revelam novas formas singulares de subjetivação e de construções de gênero”? De tal maneira que “repensar o sexual na psicanálise não é apenas uma necessidade ética e política, mas também uma tarefa teórica da maior importância” (ARÁN, 2009).

Díaz (2017) assinala que o ativismo e a literatura acadêmica em torno da intersexualidade, como um lugar de problematização política da identidade, parecem sugerir a necessidade de uma dupla tarefa: por um lado, mudar a compreensão do corpo intersexual para um campo no qual não é um conhecimento biomédico (com base na norma heterossexual) que define o procedimento. Por outro lado, denunciar a forma como as tecnologias abusivas são instaladas no corpo intersexual para normalizá-lo através de mutilações cirúrgicas e procedimentos hormonais, com um tom compulsivo de adaptação aos binários sexuais.

Embora não possamos negar a importância e o impacto social de trabalhos que apontam para o processo de desmedicalização²⁷ de uma condição que nasce nos contornos da biomedicina, parece haver um abismo entre os estudos teóricos e as práticas cotidianas dos “gerenciamentos sociomédicos” (PIRES, 2015). As pesquisas no campo social trazem grande contribuição ao procurarem compreender a questão da intersexualidade a partir de nossa cultura e organização sexo-política (MACHADO, 2008; PIRES, 2015; CORTEZ, 2020), entretanto permanecem no campo da pesquisa como estratégia e não como ensino de práticas de saúde.

Os embates cotidianos colocados quando a exigência é decidir, ainda que a decisão seja não intervir, ficam restritos à equipe de saúde cuja preocupação é predominantemente assistencial. Em outras palavras, frente ao quiprocó biopsicossocial que se coloca nos atendimentos em serviços de assistência integral à saúde não há protocolos válidos estabelecidos e nenhuma decisão é simples. “Na prática a teoria é outra” e a clínica das variantes

²⁷ GAUDENZI, P.; ORTEGA, F. (2012). “O estatuto da medicalização e as interpretações de Ivan Illich e Michel Foucault como ferramentas conceituais para o estudo da desmedicalização”.

naturais da anatomia genital seguem como condições passíveis de tratamento-correções-normatizações. Os debates avançadíssimos de questões de gênero, diversidade, autonomia corporal, direitos humanos... não chegam para quem está na ponta da assistência. Nesse contexto, tomamos o cuidado de adotar uma abordagem não acusatória, para reestabelecer o diálogo tão necessário. Desenvolver essa pesquisa num Hospital Universitário, que tem um funcionamento institucional próprio, dentro do Sistema Único de Saúde (SUS), nos impunha a questão: onde estou dentro dessa clínica?

O impacto subjetivo do nascimento de uma criança com genitália atípica não se restringe aos pais das crianças intersexo nem tampouco aos próprios sujeitos portadores de genitália atípica, mas também atinge os profissionais de saúde que lidam com estes sujeitos, na medida em que são confrontados com a necessidade de um dizer sobre uma (suposta) verdade do sexo – do outro – o que cria um mal-estar incontornável (GAUDENZI, 2018). E como somos todos humanos, não é raro nos depararmos com preconceitos que também se verificam nas equipes de assistência, o que pode dificultar as coisas ainda mais para os pais²⁸ de um recém-nascido.

A integração de campos disciplinares distintos, a multidisciplinaridade, embora necessária para abarcar um tema tão rico e tão complexo, é uma tarefa difícil, uma vez que cada saber atuante nesse campo tem também suas leis e seu corpo conceitual e técnico próprios, o que equivale dizer que cada ciência constrói seu próprio objeto em seu discurso. Trata-se de saberes diferentes e cada um tem seu corpo teórico-conceitual e seu recorte da realidade, deixando de fora uma porção de coisas (ALBERTI & ELIA, 2009)²⁹.

O analista é aquele que pode mover discursos (ALBERTI, 2018). A presença do psicanalista sustentada pela formalização dos efeitos de sua intervenção, sabemos que tem aberto espaço até mesmo para o surgimento de outras questões que, por sua vez, subvertem o já conhecido e têm como efeito avanços teóricos e clínicos, sempre sustentados pela ética da psicanálise. Ética do bem dizer, ética do desejo. Gherovici (2018) aponta que o psicanalista está numa posição privilegiada para oferecer uma ética de escolha e responsabilidade subjetiva.

“Por que a gente quer tanto saber o sexo do outro”?

De acordo com especialistas, entre 0,05% e 1,7% da população nasce com características intersexuais. Ser intersexo está relacionado às características biológicas do sexo,

²⁸ Os pais muitas vezes consentem com a intervenção médica para seus filhos em circunstâncias onde falta informação completa e sem discussão de alternativas, violando direitos humanos básicos como o da informação e dignidade da pessoa humana (GORISH, 2018).

²⁹ Alberti e Elia (2009), em um texto rigoroso, “Psicanálise e Ciência: o encontro dos discursos”, apontam que o sujeito está em uma relação com o objeto no campo mesmo em que se constitui como sujeito.

e é diferente da orientação sexual e da identidade de gênero³⁰. Contudo, estamos advertidas de que a ideia de “ambiguidade sexual”, dá margens a questões de transição de gênero e de comportamento sexual o que coloca inúmeras dificuldades que se inserem no campo da “moral sexual civilizada” (FREUD, 1908), fato da cultura, e é com ela que nos defrontamos em nosso trabalho assistencial diário.

Freud chega a afirmar que, frente ao contato com um outro ser humano, “a primeira distinção que fazem é ‘macho ou fêmea’ e estão habituados a fazer essa distinção com tranquila certeza” (FREUD, 1933/2010, p. 265) e que “a existência de dois sexos é algo que a criança apreende sem maior oposição ou reflexão” (FREUD, 1905/2018, p. 103-04). Cabe ressaltar aqui que desde os “Três ensaios sobre a teoria da sexualidade”, Freud (1905) se preocupou em deixar claro que os conceitos de “masculino” e “feminino” figuram entre os mais confusos conceitos da ciência por acabarem decompostos em, pelo menos, três sentidos distintos: 1) o sentido “atividade” e “passividade”; 2) o sentido biológico (espermatozoide ou óvulos) e 3) ainda o sentido sociológico (homens e mulheres na realidade). Essa “tranquila certeza” a qual se refere Freud estaria no sentido biológico. Hodiernamente, essa “tranquila certeza” se esvai. Lacan (1973-74), no *Seminário 21*, assinala que a primeira questão que o sujeito se coloca a respeito do outro é saber qual é o seu sexo. A inquietação provocada pelos corpos intersexo, que jogam com a ambiguidade sexual, pode advir daí?

Ao nascimento, um corpo que não possa ser caracterizado simplesmente como masculino ou feminino, pela sua anatomia genital, coloca uma série de questões e definitivamente põe em xeque a lógica do binarismo sexual. A incidência do corpo enquanto campo do simbólico e do imaginário, no que tange a diferença sexual, se verifica em toda sua magnitude nos casos de corpos intersexo.

Nesses casos, as cirurgias de designação sexual de bebês recém nascidos cujo genital é atípico/ambíguo/fenotipicamente diferenciado/não binário visam reproduzir a diferença sexual nem que se seja às custas de mutilação genital, dores e sofrimento. Senão vejamos: uma mãe relembra aos prantos, sete anos depois, os primeiros momentos de vida da filha. Muito religiosa, diz ter ficado horrorizada ao saber que sua filha tão amada e desejada havia nascido com “um genital monstruoso”. Recusou-se a ver a filha nos primeiros dias e apenas se aproximou da incubadora após a primeira cirurgia que “cortou aquela coisa horrível”. Relembra que os médicos chegaram a dizer que sua filha era “hermafrodita” e que essa foi a pior palavra que já ouviu na vida. “Hermafrodita não é gente”, nos conta, aos prantos, anos depois. Entretanto,

³⁰ Disponível em: <https://agenciaaids.com.br/noticia/onu-e-ativistas-brasileiras-lembram-importancia-da-visibilidade-intersexo/>

assim que saiu o resultado do cariótipo, 46, XX, em suas palavras, os médicos puderam confirmar o sexo feminino e fazer a cirurgia: “eles tinham que tirar aquilo dela”. Além disso, a possibilidade “daquele pequeno pau” transformar sua filha em um menino a deixou petrificada, pois como explicaria tal mudança? “Ambíguo é aquilo que pode mudar e eu não queria e não quero nenhuma mudança de sexo”, nos diz taxativa.

O relato dessa mãe, por um lado, aponta como o modelo biomédico trata a questão: normalizando e tergiversando! Por outro, coteja a dificuldade de pensar uma existência fora dos limites dicotômicos do sexo, “o corpo só tem sentido como sexuado, [já que] um corpo sem sexo é monstruoso” (PRECIADO, 2014, p. 131). Contudo, a cirurgia não pode estar vinculada como única forma de ultrapassamento do horror sem nenhuma possibilidade de elaboração, matando o real da questão. Quando ouvimos essa mãe pela primeira vez, sete anos após o nascimento da filha, ficou evidente que não houve possibilidade de elaboração e que ela permanecia petrificada naquela cena. Tanto que o sintoma que a filha desenvolveu aos sete anos, tinha estreita relação com a Outra cena da qual ela supostamente nada sabia.

O que o intersexo escancara é que mesmo no domínio biológico não há o corte em duas partes. Um mundo binário, dualista e dicotômico não dá conta do real que nos constitui, como assinalam Denez e Volaco na apresentação que fazem do *Seminário 21, os não tolos erram* de Lacan (DENEZ & VOLACO, 2016).

A dimensão sexual, quase sempre fagocitada pelo genital, a partir de uma ótica psicanalítica, ganha novos contornos ou permanece “estagnada em seu atoleiro atual” (LACAN, 1971-72/ p. 224)? Ao nos inserimos num Ambulatório de cuidados à saúde da pessoa intersexo, podemos dar conta desse desafio lançando mão de nossa base teórica construída ou temos que rever as coisas?

“Diversidade não é doença”³¹: *heteridade* na clínica com crianças intersexo

Como orientação epistemológica, no segundo capítulo da tese, “‘Diversidade não é doença’: *heteridade* na clínica com crianças intersexo”, buscamos o descortinamento e a desconstrução das engrenagens da binaridade do sexo anatômico com as únicas formas de existência: masculino e feminino – fato de discurso que organiza corpos, subjetividades e poderes e planos inconscientes. Dentro da pluralidade humana, em suas manifestações culturais, étnicas, sexuais, religiosas... caberiam as variantes do sexo biológico macho e fêmea?

³¹ “[...] diversidade não é doença. O anormal não é o patológico”. (CANGUILHEM, 1966/1982, p. 106).

A partir da experiência clínica com crianças e seus familiares, evidenciamos que os corpos intersexo introduzem questões politicamente urgentes ao romperem com o binarismo, sendo imediatamente patologizados pelo discurso médico que, na atualidade, é dominante e, portanto, determina outros, em particular, o familiar e o pedagógico, quando não o jurídico. Uma “anomalia” toma o lugar de uma definição, assim é preciso “normatizar” esse corpo para devolvê-lo à norma binária cisheteronormativa.

O endocrinologista Magnus da Silva (2018) ressalta que o desenvolvimento do sexo típico e atípico é caracterizado por eventos biológicos muito complexos que dependem de fatores genéticos, epigenéticos e ambientais. Assim “indivíduos com desenvolvimento do sexo anatômico variante – atípico/infrequente/ambíguo – são igualmente parte do espectro da pluralidade da natureza humana” (DA SILVA, 2018, p. 383).

O reconhecimento emergente de que há pessoas com variações sexuais não binárias testa os valores médicos e as normas sociais (FAUSTO-STERLING, 2000). A ortopedia discursiva que se impõe em nome da anatomia imaginária-simbólica, pela “medição na régua”, utiliza a “faca da norma” (BUTLER, 2014) que corta, reconstrói e mutila corpos não binários invisibilizando essas existências e qualquer tentativa de existir fora desse padrão binário, tomado como natural, e assim é desumanizado.

Ao nos debruçarmos sobre a história da evolução da taxionomia, desde o mitológico hermafrodito aos distúrbios do desenvolvimento do sexo (DDS), observamos que para se chegar à nomenclatura referida a essa classificação, houve toda uma construção histórica e teórica que surge associada ao domínio do patológico. Impõe-se a questão: “é possível adotar uma definição da condição de sexo anatômico variante sem com isso adoecer a pessoa intersexo”? (DA SILVA, 2018, p. 384). Cabe ressaltar que o movimento social não se identifica à taxionomia DDS, lançando mão do sintagma “pessoa intersexo” para lutar pela integridade física e psíquica dessa população. Ativistas intersexo e pesquisadores têm buscado atuar sobre os legisladores de todo mundo a fim de proibir a cirurgia genital irreversível, compulsória e com motivação estética sem o consentimento informado do indivíduo.

Thomas Laqueur (1992/2001) em, *Inventando o sexo: corpo e gênero dos gregos a Freud [Making Sex: Body and Gender From the Greeks to Freud]*³², apresenta uma densa pesquisa sobre o relacionamento entre o corpo e a diferença sexual e a natureza da diferença sexual em geral nas sociedades ocidentais, de maneira a evidenciar o quanto é impraticável assentar o discurso da diferença sexual sobre uma certeza ontológica. A invenção do que poderia

³² A primeira parte do título, na versão francesa, foi traduzido por *La fabrique du sexe*.

ser chamado de estética da diferença sexual (e racial) é necessária para estabelecer uma hierarquia político-anatômica entre os sexos (masculino e feminino) e as raças (brancos e não brancos) em caso de agitações resultantes dos movimentos de revolução e liberação que clamam pela ampliação da esfera pública para mulheres e estrangeiros. De tal maneira que a verdade anatômica passa a funcionar como a legitimação de uma nova organização política do campo social (LAQUEUR, 1992/2001). Tal percurso histórico nos permite verificar o que é de estrutura e o que é conjuntural no campo da questão da diferença sexual.

No que tange a questão de gênero, é importante lembrar que ela foi forjada e imposta num contexto médico, antes de se tornar um grande conceito dos *gender studies* americano. John Money e Robert Stoller são dois nomes intimamente ligados à sua gênese. O primeiro, psicólogo e sexólogo da Johns Hopkins, especializado em intersexualidade. O segundo, psiquiatra, se debruçou mais particularmente sobre a questão dos transexuais. Ambos se questionavam sobre o substrato biológico da identidade sexual. Tanto um quanto outro, concluíram que masculino e feminino são construções sociais, que o biológico não contribui, ou contribui muito pouco no processo de identificação sexual. Foi nesse contexto que Money forjou o conceito de gênero preconizando a educação sobre a natureza. Nascer em um sexo, ou mais exatamente em um corpo sexuado, é indiferente. Os sujeitos se tornam homens ou mulheres exclusivamente de acordo com a educação que receberam.

Nesse cenário, Money é, portanto, o pioneiro no tratamento de pessoas intersexo. Para Money, não mais que para a sociedade de uma forma geral, não era concebível que se pudesse viver uma vida viável nessa indeterminação sexual, tratava-se de corrigir essa “anomalia”, esse “erro da natureza”, como dizia. O método recomendado e praticado pelo psicólogo consistia em “tirar” essas crianças da “ambiguidade sexual” em que nasceram decidindo, com os pais, a identidade em que a criança cresceria e, conforme a escolha, prescrevendo tratamentos hormonais e operações cirúrgicas necessárias para essa transformação, bem como o mais estrito acompanhamento psicológico. Money exigia um envolvimento inabalável dos pais. Estes deviam educar o filho no mais perfeito respeito pelas normas sociais vigentes para garantir o êxito do processo de identificação do filho ao sexo que lhe fora atribuído.

O protocolo Money que desfrutou de “um consenso de aprovação que raras vezes se encontra na ciência” (KESSLER, 1990, p. 26) foi contestado pelos próprios intersexo que denunciaram a violência exercida contra eles. Denunciaram o tratamento recebido por anos na Johns Hopkins como um atentado à sua dignidade assinalando a brutalidade das intervenções. Muitos demandaram uma “redesignação sexual”. O método de Money, mesmo que de forma velada, ainda serve de base epistemológica das atuais práticas médicas no Brasil.

Os termos pelos quais somos reconhecidos como “humanos” são socialmente articulados e mutáveis, contudo, as atuais hibridações entre natureza e cultura não asseguram um mundo nem mais nem menos humano (SANT’ANNA, 2000). O humano é entendido diferentemente caso se considere a raça, a classe, o gênero, o sexo ou a morfologia, uma “proliferação de diferenças” (PRECIADO, 2011), que, segundo Preciado (2011), não são “representáveis” porque são “monstruosas” e colocam em questão, por esse motivo, os regimes de representação política, mas também os sistemas de produção de saberes científicos dos “normais”, encetando assim “os corpos e as identidades dos anormais como potências políticas, e não simplesmente como efeitos dos discursos sobre o sexo” (PRECIADO, 2011).

A linha argumentativa condutora desta tese toma como pressuposto que tal afirmativa parece dialogar com Lacan em *O aturrito* quando afirma que “levando a sério o normal, dizem que ele é mais uma norma masculina” [*norme male*] (LACAN, 1972/2003, p. 480). Lado todo fático, no qual as *heteridades*, aquilo que *ex-siste*, os (a)normais, não encontram lugar e sua abordagem é reflexo de uma relação perturbada e perplexa com a alteridade! Prates (2019) aponta que é fundamental “retomarmos a orientação pela *Heteridade*, a partir do impasse inverificável do sexo” (PRATES, 2019, p. 69). Essa *heteridade* é introduzida pela psicanálise com o não-todo fático do feminino. “Quando há do psicanalista, opera-se um forçamento em direção à heteridade” (PRATES, 2019, p. 74). Neste ponto, reiteramos a importância da contribuição da psicanálise nesse debate, “na medida em que o Discurso do Analista é orientado pela *heteridade*, ou seja, a sustentação do radicalmente outro e indeterminado, mais além do sexo anatômico, embora não sem relação com o semblante anatômico e seu valor social” (PRATES, 2018, p. 60). O intersexo aponta de forma radical para o fato de que em toda assumpção subjetiva do sexo há um real em jogo. E, segundo Lacan (1973-74), há coisas no nível daquilo que emerge do real sob a forma de um funcionamento diferente.

A anatomia genital, um destino? Uma escolha, uma aposta: clínica com adolescentes intersexo

No terceiro capítulo, “A anatomia genital, um destino? Uma escolha, uma aposta: clínica com adolescentes intersexo”, consideramos que o genital atípico impõe como reflexão: qual é a participação da anatomia no destino sexual do sujeito?

A anatomia genital, a sexuação e as incertezas quanto a escolha de objeto, condensam o enigma da diferença sexual no momento da adolescência. Por isso, optamos por uma articulação com a clínica com adolescentes e o encontro com o real do sexo. Alberti (2009) esclarece que

a partir do momento em que o sujeito, saído da infância, depara-se com o real do sexo, a puberdade é o próprio encontro, malsucedido traumático, com esse real. “O real do sexo é, por definição, algo que jamais poderá ser totalmente simbolizado, deixando o sujeito – na linguagem do senso comum – ‘sem palavras’” (ALBERTI, 2009, p. 31). Esse encontro que preconiza uma escolha de objeto, no momento da adolescência, ao incluir a diferença sexual, se realiza em um plano no qual o corpo sexuado inclui as marcas que a cultura dispõe como legíveis para interpretar a dita diferença (ROSTAGNOTTO, 2020).

Prates (2017) pergunta: o que a realidade do corpo tem a ver com o posicionamento simbólico? E além disso, como ela se relaciona com o real? Com ela, seguimos questionando: o que os casos de variações biológicas do sexo colocam em evidência no momento da puberdade, ou seja, da “segunda diferenciação sexual”? Na mesma via de indagação, Elia (2016) questiona: como é que o meu corpo, posta de carne no real, responde às incidências da linguagem na lógica? Um adolescente intersexo que não desenvolvera um genital tipicamente masculino nos coloca uma questão: “se eu namorar uma menina, uma hora ela vai colocar a mão ‘lá’ e vai descobrir que eu não sou homem”!

A teoria da sexuação proposta por Lacan é consoante com a sua formulação do nó borromeano, que considera o enlaçamento de três registros, uma vez que ambas rompem com a lógica clássica e subvertem a ideia do dois. Quando se trata de binaridade de gênero, os aforismas lacanianos que afirmam que “A mulher não existe” e que “não há relação sexual” chocam por escancararem o real desse fracasso de se chegar ao dois a partir do um, mas também de se retornar ao Um a partir do dois.

Prates (2019) aponta que “as fórmulas constituem um matema de transição entre os discursos – que já estabeleciam uma divisão irremediável entre semblante e gozo, cifrada pelo litoral da letra – e a mostraçã borromeana do espaço do ser falante no discurso do analista” (PRATES, 2019, p. 68). Sexuar-se do lado homem ou do lado mulher diz respeito à relação do sujeito com a linguagem, ou melhor, com as demandas lógicas do discurso, com a castração e com a função fálica.

As considerações que desenvolvemos nos levaram a asseverar que a intersexualidade impõe aos psicanalistas a discussão, das questões mesmas, que subjazem à teoria e nos forçam a afinar o rigor da original noção de real do sexo e de gozo com a qual a psicanálise opera (PRATES, 2018), e, frente ao recrudescimento da intolerância à diversidade, essa tese inscreve-se como política ao visar uma transformação social. É preciso que sejamos rigorosos e estejamos atentos, afinal uma psicanálise a serviço do hegemônico não serve para nada (PRATES, 2020). Além disso, como aponta Dunker (2011), “boa clínica é crítica social feita

por outros meios” (DUNKER, 2011, p. 46). Contudo, esta tese não é necessariamente uma conclusão. Ela se inscreve no tempo de compreender. Tempo como um registro intensivo, heterogêneo, real. Um tempo que inclui o sujeito e sua posição. Instante de ver, tempo de compreender e momento de concluir “um instante a mais e a bomba explodia” (LACAN, 1967/68), nos remete ao que vivemos hoje quanto à incerteza antecipada (COSTA-MOURA, 2021), sempre em causa na repetição de cada ato.

1 METODOLOGIA E ÉTICA. GRANDE COMPLEXIDADE: VEREDAS CONCEITUAIS

Se ontem a psicanálise era reprovada por enfatizar a importância escandalosa do componente sexual no psiquismo humano, hoje, alguns a denunciariam de bom grado como nova instância moral. Não há como a psicanálise não ser incômoda, e os psicanalistas têm que tomar partido em seu favor³³.

Figura 3 – Bandeira intersexo, criada em 2013, por Morgan Carpenter, da *Intersex Human Rights Australia*



Fonte: <https://abrai.org.br/sobre-a-abrai/>.

Na lição de 23 de abril de 1969, no *Seminário 16: de um Outro ao outro*, Lacan (1968-69/2008), ao formular os avanços de seu ensino, salienta que “tenta se precaver da negligência que, em nome da suposta referência à clínica, sempre se remete, para dar conta dessa experiência, a uma função reduzida a sabe-se lá que *faro*” (LACAN, 1968-69/2008, p. 258. Grifo nosso). Lacan é enfático ao afirmar que esse *faro* não poderia ser exercido caso não tivesse os marcos de uma orientação que é fruto de uma construção doutra: a de Freud. No final dessa lição bastante densa, Lacan encerra fazendo uma última observação na qual afirma que, se em seu ensino limitou-se a comentar sua experiência e a interrogá-la em suas relações com a doutrina de Freud, “foi precisamente no intuito de não ser um pensador, mas de interrogar um

³³ NOMINÉ, B. (2006).

pensamento já constituído, o de Freud, levando em conta aquilo que o determina” (LACAN, 1968-69/2008, p. 270).

A questão introduzida por Lacan, e que consideramos nossa, se impôs quando escolhemos um tema de pesquisa complexo, pouco explorado e controverso: basta a pessoa se instalar nos marcos da orientação freudiana e deixar-se guiar por uma apreensão “mais ou menos vivenciada da clínica, mas que é apenas, pura e simplesmente, um lugar para se reintroduzirem sub-repticiamente *os mais tenebrosos preconceitos*” (LACAN, 1968-69/2008, p. 258. Grifo nosso)? Allouch (2003) atrela a “mudança de campo” da psicanálise – de “contestadora de preconceitos veiculados” à “contestada pelos preconceitos que veicula” – ao fato de ela ter em grande parte se convertido em mais uma disciplina normalizadora (ALLOUCH, 2003, p. 75). A “suposição de uma moral na natureza” (LACAN, 1966/1998) atrelada à ideia de instinto, embora banida da psicanálise por Freud com o conceito de pulsão, ainda incide nas construções teóricas que se prestam a todo tipo de preconceito ao abordarem o inominável do sexo.

O campo do sexual sempre foi a questão central da Psicanálise e, atualmente, um dos aspectos fulcrais na discussão das questões de gênero, na perspectiva da psicanálise, tem sido a convocação do psicanalista a posicionar-se. Há toda uma crítica feita à psicanálise a qual não podemos arrogantemente desprezar. Mas, como nos instrumentalizarmos para sustentar, no campo da assistência à saúde, que a psicanálise não é cisheteronormativa?

Apesar de não ser uma questão crucial para a maioria dos psicanalistas, considerações sobre o real do sexo a partir do dimorfismo anatômico dos corpos como diferença sexual instauram um problema para aqueles que sofrem seus efeitos discursivos, no caso, em nosso recorte clínico, os sujeitos intersexo para os quais uma genitália atípica coloca em suspenso não apenas o registro civil³⁴, mas também a cadeia simbólica que diz sobre sua existência. Referimo-nos aqui, à peremptória formulação que coloca a questão intersexo como um “real impossível de suportar” (ANSERMET, 2003), atrelado à “ambiguidade genital”, teorização que se aproxima do modelo biomédico dominante, uma vez que, ao considerar uma genitália atípica como da ordem do real impossível de suportar, imputa-se cirurgias de “adequação de gênero”. Cabe contextualizar que o trabalho de Ansermet, escrito no início dos anos 2000, é anterior ao novo paradigma no manejo clínico com pacientes intersexo estabelecido pelo Consenso de

³⁴ O conselho Nacional de Justiça (CNJ) aprovou, em 13 de agosto de 2021, uma norma para permitir que crianças intersexo sejam registradas na condição de sexo ignorado. Disponível em: <https://www.migalhas.com.br/quentes/350723/cnj-aprova-regra-para-registro-de-criancas-com-sexo-ignorado>.

Chicago (2006) o qual preconiza a interdisciplinaridade e a importância de se levar em conta as questões relativas aos Direitos Humanos.

Na atual conjuntura, discordamos dessa formulação pois ela relega os corpos intersexo para um lugar fora-sexo [*horsexe*], fora da linguagem, fora do significado, um lugar de abjeção no qual é impossível advir enquanto sujeito sexuado com um genital atípico. Embora ainda estejamos longe de viver em um mundo pós-binário, a questão intersexo, do ponto de vista ético, apresenta como problema central a desumanização. Cabe ressaltar aqui que a medicina já mapeou mais de quarenta condições intersexo que podem apresentar uma ou mais das seguintes características: genitália atípica, incongruência entre genitália interna e externa, virilização da genitália durante a puberdade, variantes numéricas ou estruturais do cromossomo sexual, desenvolvimento incompleto da genitália e variações da determinação gonadal.

Como psicanalistas, determo-nos nas palavras é uma tarefa constante. Os termos equivocados usados no âmbito da intersexualidade, são muitos: “hermafrodita”, por exemplo, significante forjado na mitologia e apropriado pelo discurso médico no século XIX, no contexto atual estigmatiza e aparece associado a um discurso nitidamente preconceituoso, que o utiliza sob o ponto de vista precário da “presença de dois sexos no mesmo corpo”, como metáfora do “fora do humano”. Uma criança que chega ao mundo e é recebida como hermafrodita, que a cultura à sua volta atrela ao “aberrante”, encontra uma série de impasses no processo que nos humaniza, a linguagem. Além disso, toda tentativa de estigmatizar, invisibilizar ou até mesmo patologizar, como é o caso da nosografia atual, “distúrbios do desenvolvimento do sexo” (DDS) incidem sobre a existência desses sujeitos. A dimensão do (des)humano é tensionada a todo momento por esses corpos. Por outro lado, o reconhecimento da existência legítima de corpos intersexo pode auxiliar essas pessoas, suas famílias e a sociedade nos processos de aceitação, respeito e inclusão. Tanto que a Associação Brasileira de Intersexos (ABRAI), fundada em 2018, elegeu como lema: “mudar a sociedade, não os corpos intersexo”!

Longe de ser um fenômeno, a questão intersexo interroga as bases da teoria psicanalítica. A clínica do intersexo coloca uma questão à psicanálise: o que é o real do sexo? Fato é que não há consenso na comunidade psicanalítica sobre qual é o papel da anatomia genital. Em um breve levantamento bibliográfico encontramos a predominante equivalência entre anatomia genital/real do corpo/real do sexo. Essa pesquisa, mais aprofundada, será realizada futuramente.

É urgente um diálogo profícuo entre psicanálise, a clínica do intersexo, os movimentos sociais e o gerenciamento sociomédico (PIRES, 2015) desses corpos. Com efeito, em nossa clínica, evidencia-se a relação da diferença sexual com a linguagem, o meio pelo qual nos

humanizamos. Partir do dimorfismo sexual, pênis e vagina, para pensar a diferença entre os sexos exclui outros corpos, como diz Butler (2004), coloca-os como corpos abjetos, os desumaniza, como dissemos. Tal formulação impediria uma transformação social, uma vez que não se aceita os corpos abjetos como humanos. Em nossa clínica podemos verificar cotidianamente o poder do discurso no laço social como forma de invisibilizar e estigmatizar corpos que não correspondam à norma binária hegemônica. Observamos também que as subjetividades são, elas mesmas, modeladas pelos laços sociais nos quais elas aparecem (SOLER, 2020).

No primeiro momento de nossa pesquisa, observávamos que no cotidiano da clínica com sujeitos intersexo, a regra era a pseudociência que embasa condutas, o não-saber travestido de opiniões pessoais. Um contexto marcado por incertezas e dificuldades institucionais. Além disso, faz-se presente as dificuldades de lidar com um discurso médico biologicista, enfim, as dificuldades de toda ordem. Diante delas, nos perguntávamos, originalmente, como a escuta analítica poderia ser útil nos ensaios de giros discursivos que intentávamos forjar. Dessa maneira, colocamos como objetivo principal, quando da proposição do projeto de pesquisa para esta tese, o de problematizar a precedência e a exclusividade explicativa conferida ao discurso médico-jurídico na outorga de legitimidade (TEIXEIRA, 2009) para que um corpo intersexo se torne um corpo sexuado, ainda que não se verifique, na literatura, consenso médico e institucional quanto à própria definição do que se denomina intersexo, nem tampouco quanto às recomendações terapêuticas propostas para esses casos (GUIMARÃES, 2014).

Uma racionalidade que aspira ao universal desenvolvendo-se inteiramente na contingência e que valida a si mesma através de sua própria soberania. Neste contexto nos questionávamos: como, a partir da psicanálise, poderíamos problematizar a exclusividade desse discurso? Como agenciar uma mudança discursiva? Partindo da aposta que sustentou esse projeto, de que é possível trabalhar numa equipe com a visada da mais firme posição científica, ou seja, aquela que não se deixa inibir por *a priori* que impeçam o exercício do pleno espírito que Bachelard (1934/1968) identificou como científico. O sujeito da psicanálise é um correlato antinômico do sujeito da ciência (LACAN, 1966/1998), no sentido de apontar que o nascimento da ciência moderna é a condição para o nascimento do sujeito da psicanálise. Lacan (1972-73/2010) se interroga sobre o fundamento, o princípio do que nos trouxe o discurso analítico: “por que vias pode passar essa ciência nova que é a nossa”? (LACAN, 1972-73/2010. p. 223). Para responder a tal questão, isso implica que se formule de onde nós, analistas, partimos: do inconsciente. Isto posto, Lacan questiona: como uma ciência ainda [*encore*] é possível?

Ao formularmos um Ambulatório transdisciplinar de cuidados à saúde da pessoa intersexo, podemos dar conta desse desafio lançando mão de nossa base teórica construída ou temos que rever as coisas? Prates (2018, p. 59) coloca uma questão que é também a nossa: “qual seria, portanto, a necessidade de uma conformação anatômica para que um sujeito se sentisse identificado a uma determinada identidade sexual”? Para tratar estas perguntas, gostaríamos de considerar algumas definições atuais de real do sexo na teoria psicanalítica, para questioná-las na edificação teórica que introduzem. A reflexão desenvolvida aqui almeja principalmente uma desconstrução e uma interrogação de alguns pressupostos teóricos envolvidos pelo uso da categoria de real do sexo.

A clínica com sujeitos intersexo exige do psicanalista uma tomada de posição política não apenas em sua própria prática clínica, mas também, diante “do horizonte da subjetividade de sua época” (LACAN, 1953/1998, p.322) e, no contexto em que este psicanalista trabalha numa equipe médica cuja prática também se volta para a clínica – e cirurgia – do intersexo, é fundamental, se quisermos nela fazer valer o sujeito, sustentar tal tomada de posição a partir das orientações que nos legaram tanto Freud quanto Lacan.

O trabalho de escuta clínica, que mantém viva a experiência psicanalítica desde o final do século XIX, tem muito a contribuir nesse domínio, pois concerne àquilo que é da ordem do extremamente singular. O que autoriza o psicanalista a falar sobre intersexo é aquilo que os pacientes nos fazem testemunhar. A dimensão da psicanálise é fazer ver o que não se vê e isso não é coisa simples quando se ocupa um lugar *êxtimo* numa equipe multidisciplinar engendrando a dimensão do ato de sustentação do discurso analítico ali, uma intervenção de um discurso no outro.

O paradoxo posto pela clínica é que, se por um lado nos apoiamos sobre o conhecido, por outro devemos sempre abrir uma via para o irreduzível da singularidade.

Isso também diz respeito ao campo da psicanálise, que se transforma pela busca da inclusão de atos singulares, situados pela inscrição do sujeito. Por outro lado, é isso que movimenta uma estrutura discursiva, que não é pensável sem que cada sujeito alargue seus pressupostos. O exercício da clínica psicanalítica faz movimentar esses pressupostos. Nesse sentido, a criação de algo novo está sempre em causa (COSTA, 2009).

Na clínica que desenvolvemos no hospital, deparamo-nos com um corpo que tem reações e ao qual acontecem coisas que, fora das tentativas em fazê-lo do discurso médico, não podem ser mapeadas pelo simbólico estabelecido pelo senso comum, tampouco imaginarizadas com as imagens de nossa percepção. Tal corpo é absorvido por campos distintos do conhecimento. Como estabelecer relações entre esses campos mantendo-se a singularidade do

próprio campo da psicanálise? Pela clínica! Que desde Freud, implica necessariamente o inconsciente. Contudo, existe um *corpus* teórico chamado psicanálise (LACAN, 1962-63/2005, p. 26). É a teoria que necessita que eu faça alguma coisa que deva ir além do ajuntamento. A clínica psicanalítica tem esse lugar que nos faz muito mais recolhedores de alguma coisa do que enunciadores de um discurso *a priori*, de um saber (ELIA, 2020), mesmo se, sabemos, ela só pode efetivamente se dar quando sustentada no discurso do psicanalista. Mas este é o do insabido, justamente.

A clínica que a Instituição hospitalar nos oferece é ímpar. Entretanto, se de fato há uma diferença muito grande entre o analista “resguardado” de tudo e de todos em seu consultório e o analista “exposto aos quatro ventos” no hospital (MORETTO, 2002), que contribuições essa clínica traz à teoria? Alberti (2000), em seu paradigmático texto “Psicanálise: a última flor da medicina. A clínica dos discursos no hospital”, retoma os “textos institucionais” de Lacan procurando os parâmetros para o psicanalista “dirigir sua prática em laços institucionais tão diferentes como é o caso das equipes multidisciplinares no hospital”. Parte da definição do hospital como “um campo de entrecruzamentos discursivos em que pretendemos verificar o lugar daquele que, em princípio, seria seu maior interessado: o paciente” (ALBERTI, 2000, p. 39). O analista no hospital encontra-se com questões práticas que podem transformar-se, se não forem bem fundamentadas teoricamente, em verdadeiros obstáculos para sua atuação, e desta forma inviabilizar o seu trabalho, fazendo desaparecer o seu lugar.

Alberti (2000) assinala que “é evidente que não será possível provocar qualquer mudança no laço social enquanto não se assumir – pelo menos, em alguns momentos – o lugar de agente” (ALBERTI, 2000, p. 39) e que o psicanalista, tendo uma relação contingente com o hospital – ao contrário do médico para quem essa relação é necessária –, deverá estudar a melhor forma de sua intervenção. O analista é aquele que pode mover discursos (ALBERTI, 2018). A presença do psicanalista sustentada pela formalização dos efeitos de sua intervenção, sabemos que tem aberto espaço até mesmo para o surgimento de outras questões que, por sua vez, subvertem o já conhecido e têm como efeito avanços teóricos e clínicos, sempre sustentados pela ética da psicanálise. Ética do bem dizer, ética do desejo. Gherovici (2018) aponta que o psicanalista está numa posição privilegiada para oferecer uma ética de escolha e responsabilidade subjetiva.

A psicanálise não é uma terapêutica de adaptação e não prescreve valores de conduta, mas subverte as normas morais ao apontar para a emergência do desejo, irredutível, que se apresenta na especificidade mais íntima da sexualidade desarmônica de cada sujeito (MARQUES, 2013, p. 63).

Nesse contexto, nossa pesquisa tem um valor político dentro da Instituição, uma vez que a psicanálise tem o desígnio de não renunciar a dar a palavra ao sujeito e a ética da resposta do analista é “um dizer, um dizer que poderia ter consequências clínicas” (LACAN, 1974-75).

Estamos também no hospital, diante dos acontecimentos que quebram paradigmas (MOURA, 2014). A teoria dos discursos é uma possibilidade de articulação da clínica psicanalítica com o campo social. Isso evidencia o saber fazer da psicanálise enquanto dispositivo analítico assim como suas possibilidades de operação em configurações institucionais (ALBERTI, 2010). Em “Psicanálise e hospital: uma prática rigorosa”, Alberti (2019) sustenta que a clínica psicanalítica é a clínica do real e não há melhor exemplo disso do que a prática cotidiana do trabalho no hospital, sendo a função maior do analista, nesse contexto, poder fazer girar os discursos para manter despertos os membros da equipe cujo trabalho é tão fundamental para cada um dos pacientes.

O endocrinologista Magnus da Silva (2018), referência no cuidado singularizado de excelência à pessoa intersexo, ressalta que o desenvolvimento do sexo típico e atípico é caracterizado por eventos biológicos muito complexos que dependem de fatores genéticos, epigenéticos³⁵ e ambientais. Assim, “indivíduos com desenvolvimento do sexo anatômico variante – atípico/infrequente/ambíguo – são igualmente parte do espectro da pluralidade da natureza humana” (DA SILVA, 2018, p. 383).

A inacessibilidade dos “distúrbios da diferenciação do sexo” à discussão pública requer a realização de novas distinções que incluam uma crítica à sociedade moderna a qual estigmatiza os corpos intersexo considerando-os “não humanos”. Neste contexto, os protocolos clínicos para intervenções hormonais e cirurgias genitais precoces em crianças que nascem com genitália atípica seguem a pleno vapor a despeito de uma atenção à saúde humanizada. No decorrer de nossa pesquisa pudemos verificar que mesmo com a mudança da prática médica, a sociedade frente às variantes naturais da anatomia genital considera-as como condições passíveis de tratamento-correções-normatizações. Não raro recebíamos de escolas pedidos de pareceres sobre “qual o sexo da criança?”, pois um menino que “mija sentado”, será mesmo um homem? Apesar de o aluno possuir um registro civil, a profissional, com sua demanda, busca saber qual banheiro a criança deve frequentar, pois urinando sentado e com uma anatomia genital tão pouco virilizada... será mesmo um menino?

³⁵ A epigenética diz respeito a alterações do DNA que não modificam sua sequência, mas afetam a atividade de um ou mais genes. Adicionar compostos químicos a genes, por exemplo, pode alterar sua atividade, sem necessariamente promover mudanças no DNA. Disponível em: <https://www.ecycle.com.br/epigenetica/>

Quando cirurgias genitais irreversíveis, compulsórias, muitas vezes apenas com motivações estéticas e desvinculadas de sua funcionalidade de órgão são realizadas em bebês e crianças de forma rotineira, sem nem ao menos se refletir sobre o porquê e para quem serve uma intervenção precoce em um corpo intersexo, faz-se mister um espaço para criação de novas perguntas. Afinal, esse mundo presumido dos significados sexuais é somente a partir da exceção “que podemos ver como a aparência de naturalidade é ela própria constituída” (BUTLER, 2018, p. 191).

A aposta que sustentou esta tese é de que é possível trabalhar numa equipe com a visada da mais firme posição científica, ou seja, aquela que não se deixa inibir por *a priori* que impeçam o exercício do pleno espírito que Bachelard (1934) identificou como científico. Freud, face às mudanças sociais, repensava a base epistemológica da psicanálise e Lacan não se furtava de fazer o mesmo frente às novas influências conceituais, o que inscreve a psicanálise no campo científico, posto que aberta à refutação (ELIA, 2017). Por isso, não cremos que os psicanalistas devem se furtar ao debate, ao qual somos chamados a participar, quanto mais se a dificuldade reside em se orientar pelo real, posto de saída, o que faz com que esta tese seja composta mais por indagações do que propriamente por afirmações.

Se “o real não é para ser sabido”, se ele é “o dique para dissuadir a mais íntima tentativa de idealismo. Ao passo que, ao desconhecê-lo, ele se alinha sob as mais contrárias bandeiras” (LACAN, 1970/2003, p. 443), até que ponto a clínica com sujeitos intersexo, nos permite uma articulação com a asseveração de Lacan: “não sabemos nada de real sobre esses homens e mulheres” (LACAN, 1971-72, p. 57)? Em tempos retrógrados, binários e de empuxo à igualdade de gozo, nos quais toda diferença visa ser abolida, urge que a psicanálise, que leva em conta o real, se posicione na cidade dos discursos.

Num ambulatório público, condições extremas de vulnerabilidade social, aliam-se a preconceitos e estigmas de todas as formas. Certa feita, recebemos uma tia que havia salvado o sobrinho da morte. A mãe da criança era lésbica, tendo inclusive uma parceira com quem morava. Dependente química, oferecia seu corpo aos traficantes da comunidade como forma de pagamento. Engravidou de Manu nessas condições. Ao nascimento, verificou-se uma “genitália ambígua” e a equipe de saúde encaminhou a criança para a investigação do sexo, não sem antes dizer que a criança era “um hermafrodita” e que por isso não poderiam registrá-la.

Os vizinhos ouvindo tal história concluíram que o bebê era “filho do Diabo”, afinal, sua mãe, vivendo com uma mulher, só poderia mesmo ter dado à luz a um “ser monstruoso”. A mãe, em desespero, prepara uma “mamadeira de chumbinho” para o filho. Nesse momento a tia chega e leva a criança dali. A tia, por sua vez, diz ter visto na internet que basta uma cirurgia

para retirar o “outro sexo” para as coisas se acertarem. “Ele tem dois sexos. É só o doutor tirar um”, ela resumia sua demanda. Aos prantos, ela implora por uma cirurgia que possa devolver Manu à sociedade e que prove que ele não é filho do Diabo. O atravessamento do discurso religioso, o qual procura dar sentido para aquilo que não encontra sentido, incide relegando os corpos intersexo ao campo do que “não foi criado por Deus”, afinal Deus criou “o homem e a mulher, os criou” (GÊNESIS, 1). Neste contexto, o discurso médico com sua tecnologia médico-científica na figura de cirurgias intervencionistas, viria dar respaldo àquilo que a sociedade tolera e considera como humano.

Nós, analistas, não temos que estar numa posição de tentar impedir cirurgias, mas de nos posicionarmos de maneira a sustentar uma intervenção discursiva no real dos laços sociais. A questão está evidentemente no sujeito, mas não sem relação com o discurso corrente. Frequentemente a cirurgia mata, liquida qualquer possibilidade de elaboração. Quando a assunção subjetiva ao sexo é tomada como um órgão, cria-se a ilusão de que “conserte” o órgão genital porque vai resolver. O argumento de que a cirurgia evita sofrimentos, ganha uma grande projeção. No entanto, sem um processo de elaboração, o que ocorre é uma mutilação não só do órgão, mas da questão mesma. Como sustentar uma posição analítica nesse contexto?

Lacan (1968-69/2008) ressalta que a posição do analista tem que ser rigorosamente conforme seu ato porque “no campo do fazer que ele inaugura com a ajuda desse ato, não há lugar para seja o que for que o desagrade, nem tampouco que o agrade. Se ele der margem a isso, estará saindo desse lugar” (LACAN, 1968-69/2008, p. 342). Isto posto, tomamos o rigor de formalização lacaniana como metodologia e em nosso esforço de demonstrar algo de nossa experiência clínica institucional no hospital, estamos advertidos que nossa temática se entrecruza com questões sociais e políticas complexas frente às quais não recuamos. Tal qual uma Banda de Moebius, a dimensão política e a dimensão subjetiva são o lado e o avesso de uma mesma posição que refere o sujeito ao Outro. O sujeito é o real da ordem social, que nenhuma teoria ou saber do campo das ciências sociais será capaz de definir, explicar seus atos, prevê-los ou modificá-los (ELIA, 2005).

A clínica médica que encontramos hoje no hospital, atravessada muitas vezes por uma perspectiva pseudocientífica, que propõe métodos neutros e resultados universais, acreditando que assim está fazendo ciência, desconsiderando as singularidades presentes em cada caso, pretende-se baseada em evidências. Ela opera com uma nosologia descritiva que passa pela via estatística, a qual, leva em conta questionários padronizados, as repetições dos fenômenos e as segmentações, não havendo nenhum espaço para o um a um. Propormos, no avesso dela, uma clínica psicanalítica na instituição hospitalar, na qual predomina o discurso médico, nos exigiu

não apenas um debate rigoroso com a questão intersexo, como também um rigor quanto ao nosso método. Haja vista que admitimos a desarmonia entre psicanálise e métodos quantitativos.

Muito precocemente descobrimos que a única maneira de dialogar com essa metodologia e inserir o singular, seria a construção de cada caso clínico naquilo que ele tem de único. Não raro, fomos convocadas para discutir os casos conjuntamente, nas conhecidas sessões clínicas. Evidentemente, isso se deu num longo processo no qual também nos foi exigido um vocabulário, uma certa formação nos conhecimentos biomédicos do campo no qual estávamos inseridas. Observávamos que quando a cirurgia genital ocupa a centralidade do tratamento clínico não acolhe as demandas de atenção à saúde das pessoas intersexo.

Não havia nenhuma preocupação com os efeitos da cirurgia genital precoce, ao contrário, as preocupações giravam em relação aos efeitos da cirurgia genital e gonadal tardia no que denominavam “causar um trauma” passível de lembrança, uma vez que se considerava que quanto antes fosse realizada, a criança esqueceria ou não teria nenhum tipo de memória. Além disso, questões de identidade de gênero, no que se refere ao “desenvolvimento psicosssexual” de uma criança com genital atípico, apareciam de maneira velada. A pergunta: como se tornar um homem ou uma mulher a partir de um genital não hegemônico?, não era endereçada aos sujeitos, entretanto, buscava-se respostas nos protocolos, nos manuais e em estudos randomizados com acurácia demonstrada. Pouco se levava em conta a fala dos pacientes e seus familiares com exceção dos casos em que estes demandavam insistentemente a cirurgia. Por exemplo, quando nos foi pontuado por um médico: “*não é meu trabalho convencer os pais a não quererem o que eles querem*”!, o que nos faz perguntar: mas, por que eles querem tanto?

Dar lugar ao sujeito, suas falas, seus questionamentos, fazê-los falar para com eles construir alternativas que muitas vezes fugiam ao estabelecido, e introduzir essa dimensão no campo da assistência à saúde, não foi tarefa fácil, pois a todo momento fomos questionadas sobre qual seria o nosso método já que tudo parecia “subjetivo demais” e com “pouca acurácia” àqueles que se situavam no discurso médico científico.

Contestação que contradiz o que Lacan (1969-70) aponta, que não há nada mais objetivável do que uma posição subjetiva, “a configuração subjetiva tem, pela ligação significante, uma objetividade perfeitamente localizável, que funda a própria possibilidade da ajuda que trazemos sob a forma da interpretação” (LACAN, 1969-70, p. 82). Dito de outra forma, a posição subjetiva é uma categoria importante, uma vez que ela é o que há de objetivável em um sujeito. Ao eliminar a subjetividade implicada em seu objeto de estudo, o dispositivo

científico rompe com a dialética entre o sujeito e o Outro em que o saber se ancora. Nesse contexto, valoriza-se apenas o que faz sentido ou pode ser demonstrado sem furos ou enganos. Por outro lado, “aquilo a que concerne o discurso analítico é o sujeito, o qual, como efeito de significação, é resposta do real” (LACAN, 1972/2003, p. 458). O real é causa da divisão subjetiva, logo o subjetivo é algo que encontramos no real. Esse sujeito que se serve do significante, não para significar alguma coisa, mas precisamente para nos enganar sobre o que há a significar (LACAN, 1972).

À psicanálise, o que interessa é que o saber conectado ao significante aponta para o gozo do sujeito (LACAN, 1969-70). Onde o significante se inscreve no texto que o sujeito produz ao falar, encontra-se uma possibilidade de cessar o real pelo simbólico. Assim, propomos uma clínica a partir da abertura e não da objetificação. A presença da psicanálise subverte a clínica no que ela tem de universal. Trata-se de observar a singularidade nas políticas coletivas, transformando a emergência do sujeito num ponto de reorientação de tais políticas. Fazer valer o sujeito no interior de uma equipe multidisciplinar no hospital se impõe ao psicanalista como uma ética.

1.1 Discussão metodológica

Não é na ordem da idealidade que se situa o que se ordena por nosso avanço científico³⁶.

Freud (1905/2016), ao publicar seus “*Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*”³⁷ [*Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie*], que marcam a construção do pensamento freudiano, nomeia o seu primeiro ensaio de “Aberrações sexuais”. Ao utilizar a taxionomia existente na sua época, ele não pretende continuá-la ou modificá-la, a metodologia freudiana se instaura no sentido de subverter o saber existente sobre a sexualidade. O significante aberração, do latim *ab(s)*, a partir, separação e *errā(re)*, desviar, extraviar, aponta para o desvio de um tipo normal. Já aberrante, do latim *aberrare*, extraviar-se, e *errare*, vagar. Do latim, *aberratio*, surge o “andar sem destino”. A ideia de aberração supõe um padrão fixo do qual é “desviado”. Com o significado de “aquilo que desvia do normal”, usa-se o termo desde meados do século XIX.

³⁶ LACAN, J. 1968-69/2008, p. 261.

³⁷ Em seu Prefácio à segunda edição, Freud (1909) escreve sobre seu “firme desejo que este livro envelheça rapidamente, pela aceitação geral daquilo que trouxe de novo e pela substituição de suas imperfeições por teses mais corretas” (FREUD, 1905/2016, p. 14).

Em seu primeiro ensaio, “As aberrações sexuais”, Freud introduz “duas expressões técnicas”: objeto sexual e meta sexual, para apontar os desvios e a relação entre eles e “a norma suposta” (FREUD, 1905/2016, p. 21). Fazendo uso da nomenclatura de sua época, Freud toma o aberrante sob exame e o abaliza como aquilo que diz a verdade sobre o “normal”, o avesso do quadro. O patológico, para Freud, é a “via de acesso à verdade possível, confissão da verdade que, fora da aberração, permaneceria inconfessa, oculta sob as formas ordeiras da normalidade, que, pela mesma lógica, é lugar de engano, de farsa” (ELIA, 1995, p. 43).

Nos desvios referentes ao objeto sexual, Freud irá se ocupar dos “invertidos”³⁸ e dos que tomam pessoas sexualmente imaturas e animais como objetos sexuais. Cabe lembrar que o psiquiatra Krafft-Ebing não hesitava em afirmar: toda expressão do instinto sexual que não corresponda a seu objetivo natural – isto é, propagação – deve ser encarada como perversa (KRAFFT-EBING, 1886/1898). Freud se propõe a dialogar com as questões de sua época e introduz uma desbiologização inédita da sexualidade (AYOUCHE, 2014).

Em sua tese, Freud afirma que não há aberrações sexuais, a sexualidade é ela mesma aberrante e perversa, sendo a pulsão sexual “errante por natureza”. A sexualidade, pensada a partir da pulsão, se sustenta na experiência perverso-polimorfa da infância em que o sujeito se experimenta nas mais diferentes posições de gozo, se refere a uma demanda que não se restringe ao corpo biológico.

Lacan (1966/2001) é enfático ao afirmar que “é perder a corda também não ver que reperspectivação, que mudança total de ponto de vista introduz a teoria de Freud, pois perde-se assim tanto sua prática quanto sua fecundidade” (LACAN, 1966/2001)³⁹. O recurso metodológico utilizado por Freud na desmontagem da sexualidade passa por uma desconstrução do campo para abrir caminho para instalar uma outra sexualidade ali onde o conceito vigente era impossível (ELIA, 2020). Isto posto, inscrevemo-nos na esteira freudiana e retomamos seu método, considerando que Freud sempre abriu a psicanálise para o exterior, mantendo diálogo não apenas com as questões de sua época, mas com os autores de outras áreas.

Para tal *tour de force*, lançamos mão de um extenso levantamento bibliográfico que incluiu não apenas textos de psicanálise, como também toda uma leitura de autores da filosofia, teóricos das questões de gênero, ciências sociais, militância LGBTQIA+, antropologia, legislações nacionais e internacionais, sem desconsiderar os estudos publicados no PubMed

³⁸ Para mais esclarecimentos sobre essa temática, indicamos o livro *As homossexualidades na Psicanálise: na história de sua despatologização*. Quinet, A. & Coutinho Jorge, MAC. (Orgs.) São Paulo: Segmento Farma, 2013.

³⁹ In: O lugar da psicanálise na medicina. Texto em PDF. Disponível em: <https://pt.scribd.com/document/359168710/Lacan-o-Lugar-Da-Psicanalise-Na-Medicina>

para estar *pari passu* com as investigações biomédicas relativas aos distúrbios da diferenciação do sexo. Sabemos que o risco que nos ronda ao tentar estabelecer um diálogo com outras disciplinas, é o de permanecermos no nível imaginário em que essas discussões se dão, ou seja, no nível dos fatos e da pretensa realidade objetiva. Na tentativa de saná-lo o melhor possível, fizemos esse esforço.

Freud (1916-17), ao se questionar sobre a etiologia das neuroses, faz uma importante advertência metodológica:

aproveito aqui a oportunidade para dissuadi-los de tomar partido numa disputa supérflua. No cultivo da ciência, há um expediente ao qual muitos recorrem: *escolhe-se uma parte da verdade*, situando-a no lugar do todo e, em seu nome, *interdita-se todo o resto que não é menos verdadeiro* (FREUD, 1916-17, p. 315. Grifo nosso).

Visando esse “todo” normal, o discurso biomédico promove uma anastomose entre posição sexual subjetiva e posição genital anatômica e uma narrativa declaradamente cultural se forja sob um disfarce anatômico (ARÁN, 2009). Por outro lado, os teóricos do gênero questionam o binarismo hegemônico como a norma construída socialmente que exclui e estigmatiza os corpos dissidentes.

Na clínica contemporânea, a sexualidade continua a colocar, para a psicanálise, problemas que poderiam ser da ordem do impasse. Isto não é a lamentar, porquanto impasse, no campo da psicanálise, não remete à paralisação, mas à forma própria pela qual se dão os movimentos da teoria a partir de seu encontro, sempre faltoso, com o real da clínica (ELIA, 1995).

A multiplicidade do sexual que se apresenta de forma cada vez mais explícita, aponta a relevância da reflexão sobre os discursos e práticas acionadas para abordar o sexual na atualidade. Há cem anos, Freud (1920/2018) já enfatizara que é necessário distinguir “o caráter sexual” do sujeito – o que poderíamos chamar de identidade de gênero – e a “escolha de objeto” – o que hoje chamaríamos de orientação sexual. Além disso, Freud (1935) afirma que a análise nunca pode prometer a cura da homossexualidade, diante do pedido de pais que traziam seus filhos para tratamento, já pelo fato de que a psicanálise não promete cura, mas, conforme sua ética, visa encorajar o sujeito a bancar seu próprio desejo. Mesmo se as questões sobre identidade de gênero não eram postas na época, podemos afirmar que, para a psicanálise, “ao se considerar o inconsciente, a relação entre sexo e gênero mostra-se necessariamente refratária a qualquer tipo de normatividade” (AMBRA, 2016).

Laufer (2017) se questiona sobre como crianças andróginas e bissexuais são transformadas em meninos ou meninas. Também ela pergunta aos psicanalistas: que espaço há

em nossas clínicas para sustentarmos o irrepresentável do sexo quer ele apareça em que idade for? O que é isso que estamos escutando? Se hoje o saber se escreve em termos de ou/ou, nem/nem, se/então... quanto nós, psicanalistas, reforçamos essa dicotomia (LAUFER, 2017)? Quanto nos aferramos ao binário? Se muitos ainda confundem escolha de objeto e identidade de gênero, como podemos avançar? Se “a contratransferência nada mais é do que a função do ego do analista, o que chamei a *soma dos preconceitos do analista*” (LACAN, 1953-1954/1996, p. 33. Grifo nosso), essa contratransferência poderia ocorrer também em relação à teoria? Perguntas que se impõem e que muitas vezes vemos deslizar em formulações teóricas distanciadas da clínica engendrando preconceitos e forjando estigmas.

Consideramos que a psicanálise, pela oferta da escuta do um a um em sua singularidade, tem muito a contribuir no enfrentamento e no encaminhamento dessas questões. Não obstante, muitas vezes a psicanálise não é bem recebida por aqueles que se dedicam a pensar tais temas – provavelmente por razões históricas. Várias são as críticas, se a princípio enfocavam um falocentrismo e uma heteronormatividade, hoje acusam-na principalmente de ser binária e cisgênera, compreendendo apenas homem e mulher como forma de posições sexuadas.

No início dos anos 1970, Lacan assevera que cabe ao psicanalista não restringir a possibilidade de compreensão das “posições subjetivas da existência” que, segundo ele, é “aquilo de que só o dizer é testemunha” (LACAN, 1973/2003). Dizer impossível e *ex-sistente*, que não é da “diz-mensão [*dit-mension*] da verdade” (LACAN, 1972/2003). O dizer é o ato e *ex-siste* ao dito, logo o real não é indizível porque dizer é da ordem do real, mesmo se o dizer fica esquecido atrás do dito (LACAN, 1972/2003). Contudo, não é em todo discurso que um dizer vem a *ex-sistir*. Assim, verifica-se a diferença posta entre o discurso corrente sobre a sexualidade e o que psicanálise chama de sexualidade, que só é possível de ser escutada a partir do discurso do analista, a qual não foraclui o real. Quanto às infinitas formas de sexualidades hodiernas, que escancaram destinos que não correspondem ao anatômico, semblantes que a época inscreve no corpo (ALBERTI & FERREIRA DA SILVA, 2019), o psicanalista, precisa escutá-las.

Em “Radiofonia”, Lacan (1970/2003) afirma que “a bipolaridade se trai como essencial em tudo o que se propõe dos termos de um verdadeiro saber” (LACAN, 1970/2003, p. 423) e que o inconsciente acrescenta a isso uma dinâmica da disputa que faz do “corpo uma mesa de jogo” (LACAN, 1970/2003, p. 434), onde o “isso fala” do inconsciente pode dar uma resposta que não seja inefável (SOLER, 2010). Lacan (1975) abaliza que o Um do significante é diferente do Um do sentido como corpo. O Um do inconsciente *ex-siste* ao corpo como discórdia, não há nada no inconsciente que faça acordo com o corpo. Nas questões de gênero,

não se trata de um saber prévio, mas daquilo que o *fallasser* pode advir com seu corpo e seu modo de gozo sempre singular. A psicanálise, levando em conta a tessitura, a trança de três dimensões, real, simbólico e imaginário, sustenta que o advento do ser-para-o-sexo é sempre uma aposta.

Em nossa experiência num Setor de Urologia, os modelos hegemônicos de masculinidade e feminilidade se impõem a todo o momento, seja pelo modelo biomédico que tradicionalmente se constitui por uma definição binária, rígida e fixa da diferença entre os sexos (ARÁN, 2012), seja nas práticas de saúde ou no discurso dos próprios pacientes. Esse corpo “mesa de jogo” e “Um do sentido” aparece no entrelaçamento discursivo do gênero, “retorna do exílio” e se impõe como questão: Josivan, sessenta e cinco anos, sofre com uma estenose de uretra – não consegue urinar devido ao fechamento do canal. Quando o cirurgião propõe uma uretostomia perineal – cirurgia que abre um buraco no períneo permitindo ao paciente voltar a urinar e ejacular normalmente –, no lugar de uma complexa cirurgia de reconstrução da uretra – com a mucosa bucal para o que é necessário “desmontar todo o pênis” –, ele se enfurece: “doutora, você ouviu isso? Ele está querendo me transformar em mulher! Quem mijar sentado é mulher”! O binarismo está no discurso, no discurso comum, a questão se coloca ao psicanalista... Razão pela qual

a escolha dos termos ‘gênero’ ou ‘diferença sexual’ é ponto crucial. A decisão por um ou outro, no interior do universo feminista ou dos estudos de gênero, implica posições teóricas e políticas completamente antagônicas. *Sexual difference* faz alusão direta à biologia – recusar essa expressão em prol de *gender* tem por intenção desconstruir o entendimento de que a identidade sexual é determinada biologicamente. [...] Por outro lado, o termo ‘diferença sexual’, tal como compreendido por Copjec, Zizek e Zupancic, apontaria para o que justamente excederia o gênero, revelando o que ele não pode comportar (COSSI, 2018, pp. 28-29).

Consideramos tal escolha, apontada por Cossi (2018), prioritária no contexto de nossa tese, uma vez que o intersexo, se coloca de saída como uma questão biológica na diferenciação/determinação do sexo seja por cromossomos, hormônios, anatomia... A *sex ratio*, tão naturalmente postulada por uns e que para alguns lacanianos se coloca como uma dimensão real, tem seus desígnios questionados quando frente à incerteza diagnóstica do sexo - termo, aliás, que no discurso médico é, por definição, biológico. É evidente que, questões que se referem à identidade de gênero ganham, neste cenário, outras colocações. Diríamos mais, ganham outros marcadores e o peso imaginário-simbólico da anatomia genital é definitivamente questionado. Coutinho Jorge (2013) aponta que “a diferença sexual se recusa ao saber, não há saber sobre o sexo, trata-se de um real em jogo na sexualidade” (COUTINHO JORGE, 2013,

p. 18). Neste contexto, no campo da sexualidade, não há um saber original sobre o sexo, o que há é a falta de sentido. Não é conjuntural, é um fato de estrutura.

Por outro lado, a racionalidade clínica hegemônica de nosso tempo procura, por meio de sua especialização, nos ramos da endocrinologia, da biologia molecular, determinar de modo inequívoco a realidade do sexo do sujeito. Latour (2008), ressalta que a ciência oferece algo de mais fundamental: coloca os humanos em contato com “seres” que, se não fosse ela [a ciência], não fariam parte do nosso mundo (moléculas, sensores). Não se pode pensar em economia sem os economistas, em pedagogia sem os pedagogos, em física sem os físicos (LATOURE, 2008, p. 27). Assim como não é possível pensar sobre sujeitos intersexo desconsiderando a dimensão biomédica. Como observado anteriormente, a medicina já mapeou mais de quarenta condições intersexo⁴⁰, e “qualquer mutação/variação gênica ou de aneuploidia e rearranjos dos cromossomos sexuais que alteram a formação das gônadas, dos dutos reprodutivos (genitália interna) e da genitália externa” (SILVA, 2018, p. 385), têm sido compreendidas pela medicina como intersexo.

Em sua busca de certezas e antecipações, o que esse modelo de pensamento esquece, é que “é em sua relação com a alteridade, em que para o sujeito consistem a linguagem, a família, a sociedade, enfim, todos os elementos do que Lacan denominou o Outro, que o sujeito vai sexuar-se, definir-se homem ou mulher, e definir também os seus demais atributos” (ELIA, 2000, p. 26). Logo, essa racionalidade ávida por determinar o sexo independentemente do sujeito se esquece, indiscutivelmente, da clínica! Diagnosticar o sexo é, também, uma tarefa incerta, e as certezas acumuladas a seu respeito são também provisórias. A questão intersexo não é exclusivamente biomédica. O que temos são questões políticas, cujas soluções passam por intrincadas formulações normativas e discursivas.

Sendo a normalização primado fundamental do modelo biomédico, não nos parece surpreendente que todos os avanços científicos no campo da biologia molecular, ao serem transladados para a prática médica, sejam acompanhados de uma leitura que ratifica a causa de questões sociais e psíquicas como sendo da ordem médico científica.

Em 1967, numa conferência proferida na faculdade de Medicina de Estrasburgo, Lacan retoma o tema da ciência para afirmar que ela “se distingue por uma eficácia suficientemente penetrante para intervir até no mais cotidiano da vida de cada um” (LACAN, 1967, p. 106) e é nesse contexto que nasce a psicanálise. “Há uma certa relação de contemporaneidade entre o fato daquilo que se isola e condensa no campo psicanalítico e o fato de que em qualquer outra parte não haja senão a ciência a ter alguma coisa a dizer” (LACAN, 1967, p. 87). Mais tarde,

⁴⁰ Disponível em: <https://tab.uol.com.br/noticias/redacao/2019/07/18/nem-rosa-nem-azul-como-e-ser-pessoa-intersexo-no-brasil.htm>

Lacan (1972/2003) afirma que a análise prescindir, em seu discurso, de “qualquer *savoir-faire* dos corpos” (LACAN, 1972/2003, p. 479) segundo a linha da ciência, uma vez que evoca uma “sexualidade de metáfora, metonímica à vontade por seus acessos mais comuns, aqueles ditos pré-genitais, a serem lidos como extragenitais”. E então questiona: “seria porventura descabido dar o passo do real que explica isso traduzindo-o por uma ausência perfeitamente situável – a da ‘relação’ sexual em qualquer matematização?” (LACAN, 1972/2003, p. 480).

Esse “passo do real” proposto por Lacan ao localizar a “não-relação sexual” como isso que “não cessa de não se inscrever” em oposição à abordagem científica do corpo, nos parece encontrar uma demonstração na clínica da intersexualidade, tal qual a teia da aranha de Spinoza citada por Lacan (1972-73/2010) no *Seminário XX*, quando afirma que do trabalho de texto que sai do ventre da aranha podemos vislumbrar uma escrita que tangencia o real “único ponto onde achávamos apreensíveis esses limites, esses pontos de impasse, de sem saída, que fazem entender o Real como se acedendo, do Simbólico, ao seu ponto mais extremo” (LACAN, 1972-73/2010, p. 187).

1.2 “Das nuvens e dos relógios”⁴¹

É apenas pela visão que o irrepresentável pode ser simbolizado.

Karl Popper, filósofo da ciência austríaco, em seu ensaio “Das nuvens e dos relógios” (1965) utiliza da linguagem metafórica “nuvens e relógios” para tratar sobre o determinismo e o indeterminismo. A nuvem simboliza a ordem aleatória, o caos, a imprevisibilidade, ou seja, o campo do indeterminismo. Já o relógio, simboliza a ordem mecanicista, o previsível, ou seja, o determinismo. Por meio dessa imagem, o acaso das nuvens e a mecânica dos relógios, Popper critica a visão dicotômica aplicada à história da ciência a qual considera insuficiente e inadequada. Se nem todos os relógios são precisos e perfeitos, as nuvens, por sua vez, não são totalmente sem ordem. Assim, não há determinismo absoluto, como também não há indeterminismo completo. Caberia adotar um ponto de vista científico no qual não se elimina o determinismo, nem o indeterminismo, mas os relaciona em suas possíveis conexões e alternâncias.

As questões específicas dessa linha de pensamento pertencem, contudo, a um outro projeto de pesquisa. Sua inserção no presente projeto prende-se a sua articulação com nossa questão metodológica. Quando não estamos falando de pessoas específicas, mas de discursos e

⁴¹ POPPER, K. 1975.

instituições, aqui, no caso, discurso médico e instituição hospitalar, no qual primam uma crença no determinismo e nas certezas, como “enuviar”, trazer nuvens para esse mundo de “relógios” que se pretende tão preciso?

Se retomarmos a teoria da gravitação de Newton a qual trouxe para a ciência uma visão determinista do universo com uma ordem pré-estabelecida e imutável, podemos afirmar que a incerteza e a probabilidade não cabiam nessa visão em que prevalecia a certeza absoluta. Tal concepção é evidenciada na frase de Einstein, frente às descobertas da mecânica quântica, em cartas nas quais critica a aleatoriedade forçada imposta pela teoria dos *quanta*: “Deus não joga dados com o universo” (EINSTEIN, 1945). Planck afirmou que “não é possível convencer opositores de uma nova teoria: uma nova teoria só triunfa quando esses opositores finalmente morrem e cresce uma nova geração acostumada com a nova teoria”. Eis onde também se insere a epistemologia de Thomas Khun, ou seja, a da necessária mudança de paradigmas. Ou, como ainda observa Hawkins,

atualmente os cientistas descrevem o universo através de duas teorias parciais básicas: a teoria geral da relatividade e a mecânica quântica, que são as duas grandes contribuições intelectuais da primeira metade deste século. A teoria geral da relatividade descreve a força da gravidade e a macroestrutura do universo, ou seja, a estrutura em escalas de apenas poucos quilômetros para um tamanho tão grande quanto um sentilhão de quilômetros, que é o tamanho do universo observável. A mecânica quântica, por outro lado, lida com fenômenos em escalas extremamente pequenas, tais como um trilionésimo de centímetro. Infelizmente, entretanto, sabe-se que estas duas teorias são incompatíveis entre si; não podem ser ambas corretas. (HAWKING, 1991, p. 31-2).

Entre os poucos dissidentes do determinismo clássico, estava Charles Sanders Peirce, matemático, físico e filósofo americano. Ele afirmou, já em 1892, que a teoria de Newton, apesar de verdadeira, não nos dava qualquer razão válida para acreditar que as nuvens fossem relógios perfeitos e concluiu que tínhamos liberdade para conjecturar que havia certa frouxidão ou imperfeição em todos os relógios e que isto permitia a entrada de um elemento de acaso. Assim, conjecturou que o mundo não era regido somente pelas estritas leis newtonianas, mas que era também regido ao mesmo tempo por leis do acaso, ou do fortuito, ou da desordem, por leis de probabilidade estatística.

Com o desenvolvimento da mecânica quântica, no início do século XX, os fenômenos atômicos, essencialmente estatísticos, trouxeram uma nova concepção da realidade. O princípio da incerteza de Heisenberg (1927) introduz a questão da indeterminação. Este afirma que não podemos determinar com precisão e simultaneamente a localização e a velocidade de uma partícula, em nível subatômico. Quando se tenta precisar qual é o seu lugar, sua velocidade se modifica e, caso queira medir sua velocidade constante, eles mudam de lugar. Diferentemente da mecânica clássica, na mecânica quântica a indeterminação faz parte dos fenômenos

quânticos. Os elementos não respondem quando são interrogados. Assim, não é possível ir além da descrição estatística, podendo determinar apenas as probabilidades relativas de aparecimento dos fenômenos individuais em condições experimentais dadas. Incerteza, aleatoriedade e correlação dos eventos são introduzidas dessa maneira nos fenômenos naturais. O mundo quântico é probabilístico, o que implica que somos capazes de prever apenas uma probabilidade de ocorrência entre um conjunto de sucessos possíveis (ALBERTI, 2009b).

Schrödinger (1935), com seu *Schrödingers Katze*, postula que para levar a sério as leis quânticas teríamos que acreditar em mortos-vivos. Propõe um experimento de pensamento onde temos uma caixa, um gato e uma fonte radiotiva que tem 50% de chance de intoxicar o gato na caixa fechada. Colocamos o gato com o veneno na caixa e soltamos o veneno. Temos 50% de chance de que esteja vivo e morto. Portanto, o cálculo, segundo Schrödinger, não nos permite afirmar o estado do gato como vivo ou morto e a única forma de dirimir a questão e sair do paradoxo é que o observador abra a caixa e olhe. Nesse sentido podemos dizer, entre outras coisas, que a experiência não está completa sem o sujeito. Contudo, o entrelaçamento entre a abertura da caixa e a possibilidade de o gato estar vivo, insere valores como indeterminação e probabilidade no campo do experimento empírico. Ligado ao princípio da incerteza de Heisenberg, constitui uma transformação epistemológica fundamental para a ciência do século XX. Leibniz concebeu a teoria da probabilidade como uma lógica de acontecimentos contingentes (cf. HACKING, 2002, p. 133).

Dessa forma, seguimos nosso fio condutor e a saída metodológica encontrada frente ao impasse posto, nasce da analogia que propomos com as mudanças introduzidas pela mecânica quântica na visão determinista do universo. Nessa homologia metodológica, aproximamos a mecânica quântica das variações biológicas do sexo. Frente ao recrudescimento social que legifera o dimorfismo sexual como determinação natural, os corpos intersexo introduzem, do ponto de vista biológico, uma incerteza/indeterminação quanto ao sexo, o que requer uma autonomia do corpo e um direito de escolha. Como introduzir no seio da “prática da certeza” elementos incertos? Como tomar decisões na incerteza?

Kurt Friedrich Gödel, matemático austríaco naturalizado americano, em 1931, com seus famosos *Teoremas da incompletude*, demonstrou a impossibilidade de um sistema formal mostrar sua consistência. Nesse ponto, devemos introduzir o problema da completude e incompletude dos sistemas. Para Gödel, qualquer sistema axiomático suficiente para incluir a aritmética dos números inteiros, não pode ser simultaneamente completo e consistente. A consistência não é encontrada em si mesma. Uma teoria só pode provar sua consistência se for inconsistente. O fato de ser indecidível não quer dizer que não seja demonstrável. No sentido lógico, a incompletude de um sistema implica que este seja considerado consistente. Segundo

o mecanismo de Gödel, ou bem um sistema é indecidível e incompleto, ou bem o sistema é inconsistente. A importância destes teoremas ultrapassa a matemática e encontrara “ressonâncias nos mais diversos campos, tais como a filosofia ou a linguística” (AMSTER, 2015, p. 294).

Prigogine (2002), prêmio Nobel de Química em 1977, em *As leis do caos*, situa que a noção de caos nos obriga a reconsiderar as “leis da natureza”. O caos é sempre a consequência de fatores de instabilidade. Em *Ciência, Razão e Paixão*, Prigogine (2009) propõe a história como uma sucessão de bifurcações. Se na ciência do início do século XX prevalecia uma visão determinista das leis da natureza, na ciência do final desse século, os físicos privilegiavam as flutuações, bifurcações, ultrapassando o dualismo imposto pela ciência clássica. “Os dados não foram lançados e o caminho a ser percorrido depois das bifurcações ainda não foi escolhido” (PRIGOGINE, 2009, p. 16), logo, adentramos na incerteza, dissipações e irreversibilidade. As ciências da complexidade abrangem em seu escopo escolhas, possibilidades e incertezas, “em qualquer campo, seja em Física, cosmologia ou economia, saímos de um passado de certezas conflitantes para uma época de polêmicas e novas aberturas” (PRIGOGINE, 2009, p. 33).

Estamos tão acostumados ao sexo binário: masculino ou feminino que para nós ele se tornou um truísmo, e, no entanto, tal binarismo encerra implicações muito profundas. A oposição dualista radical incita certezas não havendo nenhum espaço para o campo do incerto, para aberturas. A controvérsia epistemológica e as irredutíveis dimensões políticas envolvidas no uso deste pretense truísmo levantam várias questões ao tomá-lo no campo da intersexualidade nos introduzindo no campo das complexidades.

Ao nascimento de uma criança intersexo, a primeira Instituição que a recebe é o hospital. A norma vigente médica, começa pela anomalia e define a anormalidade para instituir uma norma. A normatividade se dá por uma exceção (CANGUILHEM, 1966). Quando se estabelece uma norma, ela tem uma arbitrariedade a qual imputa cirurgias, muitas vezes, desnecessárias. A masculinidade e feminilidade “normais” apresentariam diferenças biológicas, fisiológicas e psíquicas irredutíveis e a lei se naturaliza nas estruturas simbólicas da anatomia (BUTLER, 2018).

Frente ao impasse com o qual nos deparamos em nosso campo de pesquisa, numa prática de assistência à saúde junto ao cotidiano de uma equipe de saúde clínica cirúrgica de alta complexidade, no qual decisões são tomadas no campo da incerteza, lançamos mão da analogia de “nuvens e relógios” em nossa construção metodológica. Um cirurgião nos sinalizara: “falam muito das certezas do cirurgião, mas ninguém me questiona sobre as minhas dúvidas”. Como decidir quando há a dúvida e não decidir é também uma decisão? Dito de outra forma, quando saímos do campo do suposto determinismo anatômico, cromossômico, gonadal, hormonal do

sexo, quais são as variáveis que estão em jogo na constituição de um corpo sexuado? Como esse impasse aparece na relação clínica? E, que tipo de contribuição a psicanálise pode dar para que esse médico se coloque de maneira sensível ao impasse ainda que isso inclua levar em conta as “nuvens”?

Sabemos que aqui adentramos num desafio político, uma vez que trata da relação do sujeito com o laço social. O discurso como laço social, aparelho de tratamento do gozo, é uma categoria trabalhada por Lacan entre os anos 1969 e 1972. Lacan define quatro discursos: mestre, histórica, universitário e do analista como quatro formas de apreensão dos efeitos da linguagem, maneiras de tratar, pelo simbólico, o real inapreensível. Por serem discursos do gozo, do que se usufrui. No *Seminário, livro 20: mais ainda*, ele afirma que a cada passagem de um discurso a outro há uma emergência do discurso psicanalítico. A topologia lacaniana é aquela que “deve dar conta de que haja cortes do discurso tais que modifiquem a estrutura que ele acolhe originalmente” (LACAN, 1972/2003, p. 479). Assim, “faz-se necessária uma topologia pelo fato de o real só reaparecer pelo discurso da análise, para confirmar esse discurso, e que seja da hiância aberta por esse discurso, ao se fechar além dos outros discursos, que esse real revele *ex-sistir*” (LACAN, 1972/2003, p. 479). Contudo,

o modo de funcionamento da práxis psicanalítica é sempre contingente (pode ser diferente do que é) e isso por força de um impossível, o de se dizer o que é o psicanalista, o que é uma psicanálise como experiência, a partir de uma linha demarcatória do que não é (ELIA, 2021)⁴².

O contingente é conviver com algo do impossível que está sempre pronto para passar para a escrita. Acontece o impossível, que está sempre em jogo, acontecer. Contudo, não há como garantir o contingente porque ele não é da ordem do necessário. Voltaremos a isso adiante.

1.3 O método de pesquisa orientado pela psicanálise

O verdadeiro móbil de uma estrutura científica é sua lógica, não sua face empírica⁴³.

Na aurora do século 21, Ansermet (2003) publicou seu livro *Clínica da origem: a criança entre medicina e a psicanálise*⁴⁴, no qual aponta a clínica como método baseada sobre

⁴² Disponível em: https://psicanalisedemocracia.com.br/2021/05/6-de-maio-dia-de-descomemorar-a-profissao-de-psicanalista-por-luciano-elia/?fbclid=IwAR1nvCG9oUAb_4JcDiCcMH22GQNiCHAtq6qeNJ_ZX3kRpj0Un-pQuC7l_sU Acesso em: 06/05/21.

⁴³ LACAN, J. (1967, p. 58).

⁴⁴ No original *Clinique de l'origine: l'enfant entre la medicine et la psychanalyse*, 1999. Éditions Payot Lausanne.

a experiência da singularidade com tal. Assim, “a partir do um, a clínica tenta aceder ao múltiplo, para em seguida reencontrar o um” (ANSERMET, 2003, p. 7). Contudo, ressalta que o sujeito é, por definição, uma exceção ao universal. O método clínico é a um só tempo a prática de um saber e uma via de pesquisa que contribui para estabelecer um saber a partir de uma prática.

Foi nessa diretriz que buscamos estabelecer nossa metodologia de pesquisa. Elia (2020) é peremptório ao afirmar que o método de pesquisa em psicanálise é um só, sendo assim

não há lugar para as clássicas discussões metodológicas em pesquisas das áreas humanas e sociais, que se subdividem no binômio quali/quant, ora privilegiando o polo qualitativo, ora o quantitativo da pesquisa, ou mesmo formulando categorias como pesquisa-ação (ELIA, 2020).

Se há alguma coisa própria ao analista é o seu método. Desde Freud (1913) que em psicanálise o método de investigação e o método de tratamento coincidem. Teorizar sobre o exercício da psicanálise na intersecção com a medicina implica uma inventividade, mas implica, sobretudo, a sólida ancoragem teórica do analista que se propõe a contribuir nessa tarefa. Como assevera Elia (2017), “nós [analistas] nos credenciamos para fazer afirmações [...] tomar a palavra num determinado campo para ali mesmo fazer funcionar outro discurso”.

O ponto central da questão metodológica psicanalítica poderia ser resumido como “a necessária inclusão do sujeito em toda a extensão e em todos os seus níveis do campo da psicanálise” (ELIA, 2000, p. 23). A pesquisa em psicanálise é, inevitavelmente, uma interrogação da teoria a partir de uma ou mais experiências clínicas, um retorno do empírico ao teórico. Onde, não há pesquisa psicanalítica fora do campo da clínica, o que nos permite afirmar que em psicanálise não há “pesquisa de campo” (ELIA, 2000, p. 23). Toda pesquisa em psicanálise é clínica e, conforme a metodologia científica, qualitativa. Em sua articulação metodológica, a clínica não é lugar de aplicação de saber, mas de sua produção. O único método de pesquisa que dá acesso ao sujeito do inconsciente é o método analítico.

A clínica psicanalítica articula tempo e inconsciente e se por um lado, “a possibilidade de reduzir os seres ao silêncio permite fazer ciência, a meta da psicanálise, bem como da literatura, não seria, certamente, a de chegar a um campo unificado, transformando os homens em luas. Trata-se, pelo contrário, de devolver-lhes a palavra” (ROSA, 2009). Neste contexto, na pesquisa em psicanálise, é na elaboração da clínica que se verifica que sempre há alguma coisa a saber (ALBERTI, 2000). Elia (2016) propõe a nomeação de “pesquisante”, condensação de pesquisador com analisante, pois o pesquisador, em psicanálise, está em lugar homólogo ao do analisante, lugar de quem quer saber, do lado de quem produz um saber a partir da experiência.

Sabemos que a psicanálise traz elementos no seu discurso que fazem rompimento com a discursividade científica e que, o psicanalista, por sua vez, tal qual Lacan retomando a frase de Picasso, “não procura, acha”:

O que o psicanalista faz são achados, na fala do sujeito, que lançam luz - sempre inesperada e imprevisível, e sempre retrospectivamente - sobre a sua questão de pesquisa, ou seja, sobre o que ele quer saber a respeito de determinado problema, sem ter contudo como “perguntar” à realidade, ou ao sujeito, colocando a pergunta na “ponta da língua”, no foco ou na proa do diálogo: ela vai operar desde a popa do barco da experiência, e sem que o analista pesquisador, o pesquisante, saiba de que modo e em que momento sua pergunta vai operar (ELIA, 2020).

O percurso de trabalho através da pesquisa e da atuação prática no cotidiano de uma equipe de saúde hospitalar foi marcado pela dimensão do “fazer”. Uma tese que é um fazer e mantém a dimensão do ato que sustentamos na equipe, no hospital. Para tanto, a metodologia que utilizamos em nossa abordagem é a metodologia psicanalítica, que Elia (1995) cunhou de “Analítica”. De acordo com o *Postulado 1* dessa metodologia, formulado na primeira parte de sua tese de doutorado, “Questões metodológicas”, a teoria psicanalítica não se encontra desarticulada de uma possibilidade de intervenção clínica. Portanto, “não se pode falar de ‘psicanálise pura’, ou puramente teórica: todo enunciado é, ao mesmo tempo, uma enunciação que permite a intervenção clínica, porquanto derivou, em sua constituição, de uma enunciação clínica” (ELIA, 1995, p.24).

O conceito de transferência (FREUD, 1912; LACAN, 1960-61) tal qual abordado na clínica psicanalítica, foi de grande valia no trabalho que desenvolvemos. Se a transferência é o que permite um sujeito manifestar-se através da emergência de um dizer, ela é também o que há de mais importante no hospital, pois nenhuma intervenção é possível fora do campo da transferência.

De tal maneira que, orientamo-nos metodologicamente de duas formas: a discussão de discursos e o trabalho clínico conforme à pesquisa em psicanálise, fazer o sujeito falar para, a partir daí, construir possíveis balizas para sua própria identidade. Só assim é possível atualizar a referência freudiana ao impossível. A clínica questiona a teoria permitindo enriquecê-la, coloca-nos ao trabalho por uma elaboração teórica que objetiva a pesquisa em psicanálise. Para irmos da clínica à teoria, é preciso partir do fato de que a primeira não é lugar de aplicação de saber, mas de sua construção, o que significa que, havendo produção de saber, há necessariamente condições para a prática clínica, uma vez que o saber produzido foi gerado a partir de uma experiência em que o sujeito está necessariamente implicado (ELIA, 1995).

Neste contexto, contra o teorismo e o clinicismo, Elia (1995) defende que amparados pela teoria, exercemos a clínica, que é uma de suas dimensões e o seu limite, apontando sempre para o que ainda não se transformou em saber teórico.

Outro postulado de grande importância para nossa pesquisa é o *Postulado 5* da “Analítica”, segundo o qual “a psicanálise opera com categorias conceituais que atravessam as regiões caracterizáveis como ‘a totalidade indivíduo’ (ou unidade psicofísica) e a ‘totalidade social’, tomada como objeto destacável da economia pulsional intersubjetiva” (ELIA, 1995, p. 38), que se alia ao *Postulado 6*: “todo saber psicanalítico incide sobre realidades fragmentárias, e busca fragmentar o que se apresenta como uno, coeso, total” (ELIA, 1995, p. 40), tratam de indicações metodológicas importantes, pois se o primeiro trata da natureza “individual” e “social” como uma não totalidade, ao contrário, transita de realidades ou fenômenos individuais para sociais e vice-versa, sem reconhecê-los como tais. O segundo trata de forma fragmentária o objeto propondo que a psicanálise não pode incidir senão sobre o que se apresenta a ela como constituído de alguma forma, para desconstituí-lo (ELIA, 1995).

As considerações metodológicas que desenvolvemos nos levaram a asseverar que o intersexo aponta de forma radical para o fato de que o advento do ser-para-o-sexo é sempre uma aposta! Milner (1996), seguindo Lacan, e a reboque de Freud, propõe a sexualidade como lugar do real, “o lugar da contingência infinita nos corpos” (MILNER, 1996, p.56). Os nomes homem e mulher são, antes de tudo, “uma maneira de se contar no seio de um conjunto [dos humanos] a um só tempo totalizável e aberto” (MILNER, 1996, p.56-57). Diante disso, Milner afirma que o doutrinal de ciência desenvolvido por Lacan é “apenas um outro nome da sexuação como lance de dados” (MILNER, 1996, p.57), isto é, ajuda a tornar evidente que a sexuação é uma aposta. Ao tomarmos o gênero na dimensão de uma aposta, entramos na modalidade do contingente, aquilo que é de um jeito, mas poderia ser de outras formas e que difere do necessário, marcado pelo determinismo. É a partir de uma aposta, já nos disse Lacan (1954-55/1987) no início de seu ensino, que o símbolo surge no real: “será que isso vai ser isso ou não?” (LACAN, 1954-55/1987, p. 242). No cerne de toda questão que trate do simbólico está uma aposta.

É na conjunção das lógicas modal e nodal que Lacan encontrará um meio de subverter, através de suas fórmulas da sexuação, as relações estabelecidas na lógica clássica, assim como a ideia de Homem e Mulher como dois sexos distintos e complementares. Proposição que desenvolveremos mais detalhadamente no capítulo três. Por ora, retomamos Prates (2019) que destaca que este movimento de Lacan ilumina sua busca por tratar do “impossível e contingente, para além do necessário e do possível” (PRATES, 2019, p. 69).

Situamos como principal fator, entre aqueles que consideramos como condições de exigência de uma assunção, pela psicanálise, de uma intervenção discursiva no real dos laços sociais com outros discursos científicos e com a sociedade (ELIA, 2019), este fator de ordem teórica e clínica: a sexuação é a escolha do modo de gozo do sujeito, que não se inscreve de

maneira binária, por sempre escapar ao simbólico. Para nós, portanto, a questão do advento do ser-para-o-sexo se coloca de modo radical.

Prates (2019) interpreta a “lógica da sexuação” levando em consideração a referência lacaniana ao “espaço de gozo”. Os lados da tábua da sexuação referem-se ao Todo fálico, do lado esquerdo, e Não-Todo fálico, do lado direito. Denominados, respectivamente, por Lacan como lado Homem e lado Mulher. Dois espaços relacionados às noções topológicas de compacidade e espaços fechados e abertos, evidenciado que uma união entre um espaço aberto e um espaço fechado não constitui necessariamente um todo, não se fecha.

O significante opera um corte que gera de uma só vez um espaço aberto e um espaço fechado, “uma divisão entre o espaço compacto do gozo fálico e, ao mesmo tempo, institui uma abertura; forjando o espaço do Um universal e o espaço Outro, entretanto, enlaçados” (PRATES, 2019, p. 69). Há dois diferentes modos de gozo: “incomensuráveis e irremediavelmente distintos” (PRATES, 2019, p. 69). O gozo fálico, o gozo do Um, do lado Homem e o gozo não-todo fálico, do lado Mulher.

Lacan (1972/2003) aponta que recorrer ao “não-todo”, aos impasses da lógica, “é, ao mostrar a saída das ficções da Mundanidade, produzir uma outra fixação [*fixion*] do real, ou seja, do impossível que o fixa pela estrutura da linguagem” (LACAN, 1972/2003, p. 480). É também pelo não-todo que é possível traçar o caminho pelo qual se encontra, em cada discurso, o real com que ele se enrosca, e despachar os mitos de que ele ordinariamente se supre.

Alberti (2019) retoma essa discussão lacaniana do sexo referido à lógica como ciência do real,

não tem a menor importância o fato de o parceiro ser do mesmo ou de outro sexo anatômico ou, de qualquer outra substância biológica. Referir o sexo ao duelo é um jogo, uma equivocação, mais audível em francês: “duelo”, em francês, “*duel*”, equivoca com “*duelle*” em “a relação dual”. Em se tratando de estrutura, da estrutura do sexo, o fato de ela ser da ordem do duelo é justamente a razão de ela não ser dual, mas dois, em que pese o fato de esse dois implicar a diferença radical do Um (ALBERTI, 2019, p. 78).

A gramática própria ao binarismo de gênero prevê um universal em relação a outro, o universal Homem e o universal Mulher, uma dualidade em que pares de opostos se enfrentam. Contudo, não é pelo Um que se alcança o Dois. Lacan (1971-1972/2012) trata o Dois como um número inacessível, por não podermos obtê-lo através de nenhuma combinação dos números que lhe são precedentes, o 0 e o 1. Ao partir do 0 e do 1, quer se adicione ou se coloque numa relação exponencial, nunca atingiremos o 2. Segundo Rona (2013), foi em Gödel que Lacan buscou a referência da inacessibilidade dos números: 0, 1 e 2. Estes números correspondem aos três primeiros da série dos números naturais e, de acordo com Rona (2013), requerem um recurso criativo, um axioma, para vir à existência, o que significa que é pela força de um dizer

que eles advêm. Assim, torna-se clara a função existencial do dizer, na medida em que o significante não é apenas o que suporta o que não está ali, mas que ele o engendra, na origem.

O número dois rege o binário, a lógica do verdadeiro e do falso e a suposição de que haveria em algum lugar uma complementaridade sexual. É exatamente pelo fato de não existir a relação sexual “que há toda uma ordem que funciona no lugar em que haveria essa relação. É aí, nessa ordem, que alguma coisa é consequente como efeito de linguagem” (LACAN, 1971-72/2012, p.208). Tratar a diferença sexual a partir de dois atributos antagônicos, masculino e feminino, é uma tentativa de “suprir o que de modo algum pode ser dito [...], ou seja, a relação sexual” (LACAN, 1972-73/2010, p. 172). Para Lacan, o dois que importa à psicanálise “não é o dois binário de uns iguais ou diferentes, extensões da mesma ordem, mas o dois do um e do Outro” (LACAN, 1971-72/2012, p.8), cuja lacuna interna impede o alcance a um todo complementar. Escolha, aposta e dizer, estão no cerne da questão da sexuação. “Há um ponto indecidível onde se ancora o gozo, o desejo e a escolha” (ELIA, 2021).

Partimos, a fim de abordar as questões indicadas, de uma hipótese de trabalho, que elaboramos com relação à psicanálise como intervenção discursiva, e que enunciamos como: considerar-se homem ou mulher são atos de discurso. A propriedade do corpo é habitar a linguagem, mas ele é também “nosso inimigo íntimo, estranho próximo” (ALBERTI & RIBEIRO, 2014, p. 9). Se a anatomia sexual não é o destino, no caso dos corpos intersexo é indubitavelmente algo que incide no destino singular desses sujeitos, os quais mostram como o corpo é fonte de sofrimento e padece também como efeito do discurso estabelecido.

1.3.1 Circunscrição do campo de pesquisa

No real da ciência que destitui o sujeito de modo bem diferente em nossa época [...] *Eis onde nos demitimos daquilo que nos faz responsáveis*, ou seja, da posição em que fixei a psicanálise em sua relação com a ciência, a de extrair a verdade que lhe corresponde em termos cujo resto de voz nos é alocado⁴⁵.

O contexto da clínica médica se baseia no olhar. Foucault (1963), em *O nascimento da clínica*, aponta: “o olhar clínico tem essa propriedade paradoxal de ouvir uma linguagem no momento em que assiste um espetáculo” (FOUCAULT, 1963, p. 108). Assim, aquilo que é visível deve se tornar enunciável o que requer uma capacidade discursiva por parte do médico.

⁴⁵ LACAN, J. 1967, p. 257. Grifo nosso.

Esse olhar clínico que “incide sobre um ponto” (FOUCAULT, 1963, p. 123), na clínica com sujeitos intersexo, se vê confrontado com um campo de complexidades. Como saída, essa medicina do mostrável, a partir do século XIX, recorre a um olhar clínico que vai além do macroscópico chegando as filigranas da biologia molecular.

O contraponto que a psicanálise insere nesse contexto é o estabelecimento de uma clínica da escuta. Fazer o sujeito falar para que possa emergir. Num trabalho interdisciplinar, passa-se do olho para o ouvido. Se a medicina se orienta pelo olhar, a psicanálise aposta na fala. “Onde a medicina é uma clínica do corpo, na condição de objeto capturado pelo olhar, a psicanálise almeja ser uma clínica do sujeito apreendido pela escuta” (ANSERMET, 2003, p. 9). Parafraseando o casal Lefort (1984), falaremos do “nascimento do sujeito” que fica negligenciado no olhar clínico da medicina. Essa formulação, acreditamos, corrobora o estatuto do lugar da psicanálise em relação à medicina: o de participar de um ato clínico que, no avesso da categorização normativa, recupera o olhar como dedicado à particularidade de cada caso (cf. ALBERTI & FERREIRA DA SILVA, 2020). Como participar desse ato clínico no âmbito de uma Ordem médica?

No Brasil, no contexto médico, Guerra & Guerra (2010) são grandes referências na assistência à saúde de pessoas intersexo e em seu livro, *Menino ou Menina? Os Distúrbios da Diferenciação do Sexo*. Propõem reunir conhecimento teórico e a experiência prática de profissionais do Grupo Interdisciplinar de Estudos da Determinação e Diferenciação do Sexo (GIEDDS) da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). A epígrafe do livro é contundente:

O recém-nascido com genitália ambígua apresenta um problema urgente que deve ser resolvido de modo rápido e preciso. Caso contrário, pode-se instalar uma tragédia social duradoura por toda vida, tanto para o paciente quanto para a família. Não há motivo para contemporização ou para a atitude frequentemente observada de deixar que a criança cresça para que estudos adequados sejam realizados (DONAHOE & HENDREN, 1976).

Este “problema urgente que deve ser resolvido” é tomado como uma emergência médica, como se pode ler na frase de uma pediatra que os autores apresentam como o porquê do livro: “menino ou menina? Quando não se pode responder a essa pergunta sem pensar duas vezes, trata-se de uma emergência médica” (PAGON, 1987). Neste contexto, cabe perguntar: o que seria o discurso médico?

Jean Clavreul (1978) em *A ordem médica: poder e impotência do discurso médico*, procurou promover uma diferenciação entre o discurso médico e o discurso psicanalítico desvendando a função alienadora que a medicina perpetua. Naquilo que se transveste de diálogo

na relação médico-paciente, o que se evidencia é um monólogo no qual a função silenciadora do discurso médico solidifica sua identificação ao discurso dominante.

Nas primeiras linhas de seu texto, Clavreul sinaliza que o discurso médico é refratário a outros discursos, uma vez que prossegue seguindo suas próprias leis, as quais impõem sua coerção, ao doente e também ao médico. A discussão dos resultados da medicina se dá somente a partir do apoio em cifras “científicas” e “técnicas”. A denúncia das insuficiências e dos excessos feitos pelos “livros antimédicos e o panfleto constestatório” não mudam nada no progresso da medicina, apenas retêm o mal-estar que a medicina não leva em conta “e com justa razão, porque o discurso médico não se sustenta senão por sua objetividade, sua cientificidade, que é seu imperativo metodológico” (CLAVREUL, 1983, p. 30).

Por um lado, nada escapa à ótica da patologização médica, que se vale das noções de outros campos do saber apenas para objetificar o sujeito. Por outro, ela deixa de fora todo um campo de complexidades que não se enquadram em sua suposta objetividade científica, entre eles, o próprio sujeito. O imperativo metodológico do discurso médico é forjado na objetividade, logo uma “emergência médica”, no campo da intersexualidade, exige “um diagnóstico preciso, do qual depende a definição do sexo e toda a conduta a ser tomada” (GUERRA & GUERRA, 2010). O que vimos observando na clínica que acompanhamos é que muitas vezes por falta de respostas, busca-se uma referência biológica que, na realidade, pode se tornar uma armadilha. Sobretudo porque não é raro que crianças sejam operadas bem precocemente, apenas porque biologicamente se concluiu que o XX ou o XY, definiriam uma resposta à questão. Será que não estamos sendo por demais reducionistas quando acabamos levando em conta apenas a genética ou a biologia molecular? Em tempos em que se discute de forma tão contundente as identidades de gênero no entrecruzamento de tantos campos, que vão desde a psicologia, até a sociologia, a política, a antropologia, a história e até mesmo a biologia, como XX ou XY poderiam realmente responder à questão? Por exemplo: por que elas teriam mais peso do que eventuais fenomenologias ontogenéticas que se presentificarão somente com o crescimento do próprio sujeito?

No contexto de decisões clínicas, a medicina moderna preconiza que elas devem ser embasadas no melhor grau de evidência obtido a partir de trabalhos científicos relacionados à questão clínica de interesse. A medicina resgatou um termo da metodologia do filósofo moderno René Descartes (1596-1650). Em seu *Discurso do método* (1637), Descartes aponta quatro princípios ou regras da metodologia científica, a primeira regra trata da “evidência” como ponto de partida e de chegada de toda investigação.

jamais acolher alguma coisa como verdadeira que eu não conhecesse evidentemente como tal; isto é, de evitar cuidadosamente a precipitação e a prevenção, e de nada incluir em meus juízos que não se apresentasse tão clara e tão distintamente a meu espírito, que eu não tivesse nenhuma ocasião de pô-lo em dúvida (DESCARTES, 1637/2011, p. 25).

O método cartesiano, dual, se impõe à formação médica, tendo como seu correlato uma medicina baseada em evidências (LATORRACA *et. al.*, 2018; EL DIB, 2007), que tem sua prática clínica pautada em *Guidelines* – diretrizes –, cujo objetivo consiste em reunir as evidências científicas no que diz respeito à prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. Essas diretrizes organizam o saber científico sobre uma determinada doença e indicam orientações para as condutas de atendimentos aos pacientes, sendo atualizadas frequentemente. Os protocolos clínicos, por sua vez, são as adaptações das referidas *Guidelines* para a particularidade dos serviços e visam definir os fluxos de atendimento com o intuito de garantir a aplicação das recomendações na prática clínica. As adaptações feitas são baseadas no perfil epidemiológico e nos recursos disponíveis a fim de assegurar a implementação das orientações no contexto ao qual se aplicam. De forma geral, as *Guidelines* são documentos maiores que contemplam a prevenção e tratamento de determinada doença, enquanto os protocolos são orientações dadas pela direção de cada setor e que devem ser seguidas em cada situação, garantindo, então, uma normatização da prática, de modo a torná-la o mais eficaz possível e salvaguardando o ato médico. Evidentemente, em contrapartida, também impedem qualquer ato neles não referido, mesmo se esse ato pudesse ser mais adequado em uma situação singular. Darriba (2013) salienta que, reduzindo seu campo ao registro do que é capaz de conceituar simbolicamente, “o discurso da ciência, em termos lacanianos, concerne justamente à clivagem entre o simbólico e o imaginário, ao passo que a divulgação científica e sua aspiração ao mapeamento não podem prescindir de um lastro imaginário” (DARRIBA, 2013).

Outra advertência postulada por Clavreul incide sob a posição subjetiva dividida, na qual o discurso médico nos coloca e que, caso não seja abordada, não permite falar “honestamente da medicina”, pois se por um lado só pedimos para nos submetemos a ele quando a ocasião se apresenta, por outro, “não podemos aceitar sem revolta a ideologia que ele desavergonhadamente afirma para poder se perpetuar” (CLAVREUL, 1978, p. 31). Assim, a medicina nos deixa subjetivamente divididos: somos conquistados pela extensão e certeza do saber médico, ao mesmo tempo que somos reduzidos ao silêncio.

No âmbito da clínica do intersexo, essa dimensão do silêncio ganha grandes proporções, uma vez que tratando-se de um saber muito específico, não disponível no discurso do senso comum, ao contrário, muitas vezes se opondo ao que é tomado como “seguro e natural”, incide

sobre a existência dos sujeitos enquanto seres sexuados e os deixam sem palavras. Curiosamente, nos anos de pesquisa que desenvolvemos, pudemos observar que apenas o próprio médico poderia dialetizar frases ouvidas pelos pais por outros médicos que apontavam para uma patologização e um empuxo cirúrgico.

Nas palavras de Clavreul, “a Ordem médica não tem de ser defendida nem demonstrada. Os médicos são seus executantes, seus funcionários, muitas vezes humildes, às vezes gloriosos, mas a Ordem se impõe por ela mesma” (CLAVREUL, 1978, p. 40). De tal maneira que, “o corpo médico não tem interesse em ser dividido por vãs considerações, e cada médico não pode suportar ser subjetivamente dividido na realização de sua tarefa cotidiana” (CLAVREUL, 1978, p. 41). Assim, o discurso médico é normativo, o que implica que ele tenha uma sanção terapêutica.

A dimensão do “suportar ser subjetivamente dividido” implicava uma aproximação com outros discursos que não apenas o médico. Isto posto, nas trocas, nas conversas interdisciplinares, nas pontuações e perguntas que introduzimos, pudemos sustentar um trabalho no qual nos perguntávamos: qual a possibilidade de desidentificação do médico com esse lugar de S1? Significante mestre com o qual ele se identifica para ocupar um lugar de saber. Há um intervalo entre o médico (sujeito) e o significante identificatório (S1), assim atuamos de maneira a torná-los sensíveis aos impasses. Aqui incide uma crítica à formação médica a qual não prepara para um contexto de complexidades e incertezas. Incute-se na formação do futuro médico a ideia de que ele deve sempre saber todas as respostas e que elas sejam sempre corretas.

Clavreul (1978) avança e afirma que para se separar da metodologia propriamente médica, é necessário conhecer seus fundamentos de forma diferente da que pensam os próprios médicos (CLAVREUL, 1978). Foi seguindo essa pista que nos inserimos no Ambulatório de urologia. E, quando transcorrido algum tempo de trabalho interdisciplinar, um médico pode nos dizer, não sem angústia: “eu me dei conta que eu tenho o poder de dizer quem é normal e quem é anormal. Isso é horrível”, pudemos ver a inclusão subjetiva do médico na questão a qual abordávamos.

Se por um lado o discurso médico “não deixa nenhum lugar para o que não entra na coerência que lhe é própria. [...] ele incita cada um a demitir-se de antemão diante de seu poder e seu saber supostos” (CLAVREUL, 1978, p. 38), por outro, as incertezas colocadas pela clínica com sujeitos intersexo, na qual as decisões quando acompanhadas em longo prazo apontam que nem sempre a suposta “coerência” é tão coerente assim.

A oposição maniqueísta normal *versus* patológico, presente no discurso médico, reduz o amplo escopo das complexidades envolvidas. O que pode fazer o médico? No cotidiano do Ambulatório, vimos com frequência que ele faz funcionar inúmeros mecanismos de defesa.

Podemos compreender certa intolerância ao que a clínica longitudinal com sujeitos intersexo revela, o que nos leva à questão: cirurgias precoces estariam à serviço de uma suposta redução da angústia de quem?

Lacan (1966/2001) em “O lugar da psicanálise na medicina” aponta esse lugar como marginal ao ser tomada, pela medicina, como uma ajuda exterior e extra-territorial, ressaltando que essa extra-territorialidade refere-se aos próprios analistas que têm suas razões para querer conservá-la. No entanto, Lacan reitera que não são as suas, pois as suas terão lugar se levarmos em conta a “espécie de aceleração que vivemos quanto ao lugar da ciência na vida comum”. Para abordar o lugar da psicanálise na medicina, Lacan se serve da “função do médico” e seu personagem, pois este é um elemento importante na dita função, para percorrer o advento da medicina dita científica. Assim, ao falar da posição que pode ocupar o psicanalista, aponta para onde o médico pode manter a originalidade de sua posição: responder a uma demanda de saber. Lacan se questiona: o que o médico poderá opor aos imperativos que fariam dele empregado desta empresa universal da produtividade? E propõe como resposta: a demanda do doente. Nessa relação médico-paciente se produzem tantas coisas e até mesmo a dimensão do médico em seu valor original, a relação do gozo do corpo enquanto que ela comanda tudo que está no mundo (LACAN, 1966/2001).

No contexto do trabalho interdisciplinar, nos foi requerido ter condições discursivas de distinguir a operação psicanalítica, da medicina (ELIA, 2016). Salientando que

o objeto da psicanálise é diferente do objeto da medicina e que é por isso que, por um lado, às vezes fica difícil nos entendermos e, por outro, quando nos entendemos, é possível trabalhar na interseção das duas práticas e se levamos em conta essa diferença e, a partir daí, a respeitamos (ALBERTI, 2014, p. 87).

1.3.1.1 Da biopolítica

Lacan (1972/2003) ao introduzir a dimensão do “dizer o que há”, retoma a sala dos plantonistas [*salle de garde*] sendo chamada assim por plantar-se no cuidado de [*se garder de*] não contrariar o patronado a que aspira (e seja ele qual for). “Dizer o que há” é o que “alçou seu homem a essa profissão que já não obceca vocês senão por seu vazio: a do médico, que, em todas as eras e por toda superfície do globo, pronuncia-se sobre o que há” (LACAN, 1972/2003, p. 453). Para Lacan, a história reduziu essa função sagrada. Contudo, na clínica com intersexo, o que se evidencia nessa dimensão do “dizer o que há” é que “o corpo é uma realidade biopolítica. A medicina é uma estratégia biopolítica” (FOUCAULT, 1974/2017, p. 144). Assim, manter os corpos dentro da lógica do binarismo, a qual sustenta uma heteronormatividade

segregadora e excludente, impõem-se enquanto uma estratégia biopolítica. Uma biopolítica que, relega os sujeitos intersexo ao ápice da violação dos direitos humanos que são imateriais.

No campo jurídico, constata-se o crescimento do ativismo político contra as cirurgias precoces, o que, por sua vez, problematiza as questões implicadas quando se trata de legislar sobre o sexo de alguém. Discussões cada vez mais sofisticadas acerca das noções de “direitos humanos”, “autonomia para decidir”, “integridade corporal e pessoal”, entre tantas outras, colocam os protocolos médicos em xeque. No âmbito da legislação internacional de direitos humanos em relação à orientação sexual e identidade de gênero, em 2006, foram publicados os *Princípios de Yogyakarta (2006)*⁴⁶. O item b, do princípio 18, “Proteção contra os abusos médicos”, que pode ser aplicado às cirurgias precoces voltadas às crianças intersexo, estabelece que os Estados deverão:

Tomar todas as medidas legislativas, administrativas e outras medidas necessárias para assegurar que nenhuma criança tenha seu corpo alterado de forma irreversível por procedimentos médicos, numa tentativa de impor uma identidade de gênero, sem o pleno e livre consentimento da criança que esteja baseado em informações confiáveis, de acordo com a idade e maturidade da criança e guiado pelo princípio de que em todas as ações relacionadas a crianças, tem primazia o melhor interesse da criança (PRINCÍPIOS DE YOGYAKARTA, 2006, p. 25).

Contrariando esses princípios, as assim denominadas cirurgias de normalização do sexo⁴⁷, na realidade são verdadeiros instrumentos para uma eficaz invisibilidade dos intersexos. Além de constituírem, também, um meio de violação do direito à saúde dessas pessoas, como observa Oliveira (2017).

A *humane health care* (PIJNENBURG, 2002) visa, entre outras coisas, ampliação do conceito de autonomia e a defesa da dignidade humana como um valor intrínseco e imperativo. Para Greenberg (2017), a cirurgia genital precoce, apenas por razões [aparentes] estéticas ou psicossociais, viola os direitos humanos fundamentais da criança e só devem ser realizadas quando os pacientes tiverem idade suficiente para decidirem se querem ou não se submeter à cirurgia, o que aponta para a necessidade de desenvolver uma ética de intervenção que leve em consideração princípios de autonomia e identidade do sujeito (MAFFIA & CABRAL, 2003).

A Organização das Nações Unidas (ONU) e as Nações Unidas dos Direitos Humanos, com a campanha “Livres e Iguais” (2018), buscam preservar a integridade física de crianças

⁴⁶ A reunião ocorreu com a presença de vinte e nove eminentes especialistas de vinte e cinco países, incluindo o Brasil, com experiências diversas e conhecimento relevante das questões da legislação de direitos humanos que adotaram por unanimidade os Princípios de Yogyakarta sobre a Aplicação da Legislação Internacional de Direitos Humanos em relação à Orientação Sexual e Identidade de Gênero. Cabe destacar que tal iniciativa se deu não por vontade dos Estados, mas sim de humanistas e organizações preocupadas com a efetivação de leis de proteção à população LGBTQI.

⁴⁷ “As cirurgias de normalização do sexo: ferramenta de violação aos direitos humanos das pessoas intersexuais”. Oliveira, 2017. In: <http://www.publicadireito.com.br/artigos/?cod=d91f7910cd392426>

intersexo. Para tal, questionam as cirurgias e outros procedimentos médicos desnecessários, com o propósito de adequar seu aspecto aos estereótipos binários de sexo. Apontam que corpos infantis intersexo são submetidos, frequentemente, a procedimentos irreversíveis que podem causar infertilidade permanente, dor, incontinência, perda do prazer sexual, assim como sofrimento mental ao longo da vida, incluindo depressão (ONU, 2018). Ressaltam que são os pais que autorizam esses procedimentos, uma vez que as crianças não são convocadas a participar do processo de decisão, contudo, esses procedimentos podem violar seus direitos à integridade física, submetendo-os a serem objetos de tortura e maus tratos, razão de a própria ONU (2018), posicionar-se contra essas “práticas nocivas” (ONU, 2018)⁴⁸.

Por um lado há preocupações com relação aos efeitos da cirurgia genital e gonadal tardia na aceitação social, bem-estar psicológico, vínculo entre pais e filhos, imagem corporal e funcionamento sexual, bem como o risco de malignidade de gônadas. Por outro, não há ainda estudos avaliando o efeito da cirurgia tardia nos domínios acima, nem comparando os resultados psicológicos com e sem cirurgia. Além disso, é urgente descobrir as razões pelas quais as famílias insistem em fazer uma cirurgia estética genital em seus filhos.

Os ideais médicos referentes à normalidade e patologia, já tão comentados por Canguilhem, que serão abordados no próximo capítulo, em nome da “urgência biológica e social”, homogeneizam, com a medicina baseada em evidências, na crença de uma possível extração e apagamento do equívoco, a dimensão da suposta adequação do fenótipo à “identidade de gênero” que garantiria o adequado bem-estar psicossocial e sexual destes sujeitos e, por sua vez, desconsideram o direito à autodeterminação e direito ao próprio corpo. Ora, o equívoco é justamente o que interessa ao analista, na medida em que é na suspensão de uma resposta que algo do sujeito pode aparecer. Como dissemos, não sustentar essa suspensão é querer tratar a criança intersexo como um gato de Schrödinger, intervindo nele com a abertura da caixa.

1.3.2 Desenvolvimento da pesquisa

A escrita dessa tese é perpassada por anos de pesquisa nos quais poderíamos inserir uma temporalidade, tal qual Lacan, em 1945, ao abordar “O tempo lógico e a asserção da certeza antecipada”: o instante de ver, o tempo para compreender e o momento de concluir.

⁴⁸ No ano de 2020 a ONU promoveu uma reunião técnica sobre intersexo com profissionais brasileiros da área médica. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/104038-onu-promove-reuniao-tecnica-sobre-intersexo-com-profissionais-da-area-medica>.

1.3.2.1 Instante de ver

Freud (1909/2011), em sua discussão clínica sobre o caso Hans, enuncia: “o único conselho que posso dar é não tentar compreender de imediato, dedicando uma espécie de atenção imparcial a tudo o que se apresenta e aguardando o que virá” (FREUD, 1909/2011, p. 137).

Nosso primeiro contato com o tema de pesquisa se deu ainda na Residência em Psicologia Clínica Institucional (HUPE/UERJ), instante de ver, no qual apenas observávamos as práticas médicas, desconhecíamos a literatura sobre o tema, pouco compreendíamos e muitas vezes, os diagnósticos nos pareciam como de ficção científica. Um vocabulário médico restrito frente ao qual nos propusemos a nos alfabetizar.

Foi ainda no instante de ver que, ao ingressar no doutorado, concomitantemente, ingressamos na Unidade Docente Assistencial (UDA) de Urologia do Hospital Universitário Pedro Ernesto, Centro de excelência em pesquisa e assistência urológica na cidade do Rio de Janeiro. Cabe ressaltar que, o termo de anuência da pesquisa foi assinado tanto pela UDA de Endocrinologia pediátrica, quanto pela de Urologia⁴⁹. Contudo, nossa prática clínica, durante a escrita da tese, esteve especialmente relacionada ao Setor de Urologia Reconstutora Genital, que integra a UDA de Urologia, e que, há quase vinte anos, constitui-se como referência para o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS), tendo sido participante ativo na construção de suas bases de assistência e legislação.

O Setor é coordenado pelo urologista, especialista em reconstrução genital, Professor Eloisio Alexsandro, que, com sua formação diferenciada, alia conhecimento técnico e ênfase na relação médico-paciente, tendo introduzido uma clínica que ele denomina como “abordagem centrada no paciente”, com o que quer explicitar a escolha que o próprio paciente deve fazer, juntamente com a equipe multidisciplinar, por aquela cirurgia que melhor lhe convém. Tendo como propedêuticas: “a cirurgia é apenas uma parte de um longo processo”, “a equipe de saúde é um organismo vivo”, “o mais importante é o acolhimento, e não a cirurgia: a genitália é um detalhe”, “é preciso trabalhar em grupo”. O Professor Eloisio é um dos poucos cirurgiões no Brasil a defender a “não-intervenção precoce”. Em suas palavras: “a regra é não operar. Alguns casos a gente opera. Não tem certo, não tem errado, essa é a essência do DDS. A solução perfeita

⁴⁹ O projeto desta tese foi analisado e aprovado por um Comitê de Ética em Pesquisa em seus aspectos éticos e metodológicos (Plataforma Brasil CAAE 67851017.8.0000.5282), de acordo com o sistema CEP-CONEP, processo baseado em uma série de resoluções e normativas deliberados pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), órgão vinculado ao Ministério da Saúde.

binária não existe! É no caso-a-caso que a gente argumenta e chega a um algoritmo de decisão”. Ressalta que: “a maneira como responderemos coletivamente a essa questão dirá muito sobre a evolução de nossa sociedade”.

Intenso aprendizado, construído nas trocas cotidianas, nas quais o “não sei” se apresentava de maneira imperiosa e podia ser abordado com rigor. Ressaltamos que, desenvolvermos nossa pesquisa, tendo como esteio o trabalho longitudinal da Escola da Urologia Reconstutora, em que se pressupõe uma posição investigativa nos casos de distúrbios do desenvolvimento do sexo (DDS) por parte da equipe médica, principalmente devido à possibilidade de não adaptação ao sexo escolhido *a priori*, incidiu diretamente nos efeitos e intervenções que produzimos.

Foulkes (1997), em “A cirurgia do símbolo”, ressalta que o cirurgião aponta para seu objeto “*a-natômico*” e “o sujeito que se sustenta ligado simbolicamente a sua representação corporal, despojado dessa sustentação, vê jogar o tudo ou nada de sua subjetividade, nessa remissão anatômica na qual o cirurgião o coloca” (FOULKES, 1997). Nessa dupla dessubjetivação, necessária, o centro cirúrgico asséptico se coloca como um lugar no qual não há sujeitos, nem operadores, nem operados e “o corpo que se tornou um resíduo anatômico é indicado e reduzido à área borrada em que o campo cirúrgico é delimitado” (FOULKES, 1997).

Por parte do paciente, uma enfermaria cirúrgica tem sempre uma dimensão de desconhecimento. A decodificação da cirurgia como prática hospitalar só advém quando se vive a experiência da internação, mesmo que tenha havido toda uma explicação, por parte do cirurgião, num contexto ainda ambulatorial. Na maca que leva ao centro cirúrgico, muitos relatam sentir como se fosse “uma viagem”. Corpos que saem sem nenhuma garantia de retorno.

Um fator que consideramos importante, foi quando adentramos o centro cirúrgico. Assistir cirurgias, estarmos às voltas com a dessubjetivação necessária para que um corpo seja passível de se tornar um pedaço de carne a ser seccionado, aberto, suturado, só foi possível porque o fizemos acompanhadas de alguns professores cirurgiões que se disponibilizaram a nos explicar o que estava acontecendo. Empréstavam-nos palavras e nós empréstávamos-lhes presença. Momento no qual, definitivamente, passamos a fazer parte da equipe sem, contudo, abrir mão da nossa posição *extima* e de nossa ética.

A dimensão do ato cirúrgico que comporta decisão e escolha apontava-nos que eles, os cirurgiões, poderiam nos ouvir, contanto que incluíssemos também, em nossa prática assistencial, a dimensão do ato. Seja no sentido de intervir, seja no sentido de introduzir pausas discursivas.

Nossas intervenções com a equipe apontavam que aquilo que os pacientes demandavam nem sempre condizia com o que queriam. Além disso, ao trazer a fala dos pacientes, evidenciávamos que operar um genital atípico imediatamente não solucionava a questão. Num contexto cirúrgico de alta complexidade impunham-se definições de limites: o que é possível desejar? Quando uma mãe demanda que o cirurgião dê “um *pintão*” ao filho, o tensionamento do que é possível, enquanto mediação tecno-científica, se vê atravessado por uma dimensão simbólica.

Na primeira lição do *Seminário livro II*⁵⁰ (1964/1979), Lacan questiona: “o que é a psicanálise?” e, apresenta como resposta: “é o tratamento dispensado por um psicanalista” (LACAN, 1964/1979, p. 10). A psicanálise tem na linguagem o seu único instrumento de trabalho, pois sabemos que o significante incide no real traumático do sexo. Lacan (1964) comenta sobre todo seu esforço para revalorizar esse instrumento, a fala, “para lhe devolver a sua dignidade”. Neste mesmo *Seminário* afirma: “nenhuma *práxis*⁵¹, mais do que a análise, é orientada para aquilo que, no coração da experiência, é o núcleo do real” (LACAN, 1964/1979, p. 55).

Mas à análise não cabe encontrar, num caso, o traço diferencial da teoria e querer explicar, com ele, por quê sua filha é muda – pois, o de que se trata é de fazê-la falar, e este efeito procede de um tipo de intervenção que não tem nada a ver com a referência ao traço diferencial (LACAN, 1964/1979, p. 18).

Essa advertência lacaniana “não se trata de explicar porque sua filha é muda, mas fazê-la falar”, atravessou toda nossa pesquisa.

O acesso aos trabalhos de Marcia Arán⁵², psicanalista engajada na construção de políticas públicas de acesso à saúde para população trans, que inclusive teve suas concepções teóricas e políticas marcadas nos textos das Portarias do Ministério da Saúde que instituíram o Processo Transexualizador⁵³ e definiram as Diretrizes Nacionais e Regulamentando o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS)⁵⁴, certamente ampliaram as reflexões e possibilitaram pensar na pertinência da permanência nesse campo de pesquisa, o que requer um posicionamento político. Este advém do papel do psicanalista que, frente ao alijamento social,

⁵⁰ Aqui cabe ressaltar que a primeira lição desse *Seminário* intitulada “Os Nomes-do-pai” foi pronunciada no dia 20 de novembro de 1963 antes da proibição de Lacan exercer a função de analista na IPA. Ao retomar seu Ensino, Lacan renomeia seu *Seminário* de *Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise* e sua primeira lição em 14 de janeiro de 1964 é denominada de “Excomunhão”.

⁵¹ Ao se perguntar “o que é uma *práxis*?”, Lacan responde: “uma ação realizada pelo homem, qualquer que ela seja, que o põe em condição de tratar o real pelo simbólico. Que nisto ele encontre menos ou mais imaginário tem aqui valor apenas secundário” (LACAN, 1964/1979, p. 14).

⁵² Marcia Aran faleceu precocemente no ano de 2011.

⁵³ Portaria nº 1.707/GM publicada no DOU nº 159, terça-feira, 19 de agosto de 2008. Seção 1, p. 43.

⁵⁴ Portaria nº 457/SAS publicada no DOU nº 160, quarta-feira, 20 de agosto de 2008.

ao produzir teoria, busca uma teoria do sujeito que não contribua para a promoção da segregação que incide sobre as diversidades sexuais, dito de outra forma: não formular uma interpretação psicanalítica coercitiva, apenas para manter nosso horizonte teórico intocável (ARÁN, 2012).

1.3.2.2 Tempo de compreender

Koyré (1991) aponta a existência de um corte entre o mundo antigo e o mundo moderno. Na epistemologia de Bachelard, esse corte epistemológico designa as rupturas ou as mudanças súbitas ocorridas na história da ciência, de modo a explicar por que “o passado de uma ciência atual não se confunde com essa mesma ciência no seu passado” (CANGUILHEM, 1977, p. 15). Sabemos, com Kuhn (1962), que não há ciência sem ideologia. Em consequência, foi necessário retomar os critérios epistemológicos e o estatuto crítico da questão das intervenções cirúrgicas e hormonais nos corpos intersexos, verificar o que há de ideológico e o que há de científico no saber sobre essa problemática, na tentativa de melhor cingir cada uma dessas searas. Latour (2008) ressalta que ao quisermos compreender a sociedade contemporânea, é necessário estudar a sua principal fonte de verdade, a ciência.

O que aconteceria se aplicássemos métodos antropológicos e etnográficos à produção científica? (LATOURE, 2008, p. 8). Possivelmente os pesquisadores demonstrariam que o trabalho dos epistemólogos em nada modifica sua própria atividade científica. Ainda que se abra um debate moral, político, ideológico, raramente ele é epistemológico.

A partir dessas considerações entramos num segundo momento de nossa pesquisa. O pressuposto, no contexto biomédico, de que “consertar” o órgão genital seria o mais importante passo para que a criança pudesse se desenvolver psiquicamente saudável apontava para a centralidade da anatomia genital na construção de identidades sexuais e subjetividades, conforme já demonstrado em pesquisas no campo das ciências sociais (MACHADO, 2005; PIRES, 2015), com as quais buscamos dialogar. Contudo, a apropriação médica do discurso científico segue duas funções: trata de um “desenvolvimento sexual biológico normal” e assim procede da *episteme*. Por outro lado, envolve também uma opinião julgando a sexuação do corpo, e se impondo como opinião verdadeira, pertencendo ao registro da *doxa*, isto é, uma concepção histórica, social e linguisticamente cunhada no senso comum. Assim, é a *doxa* que delimita o campo das intervenções consideradas normalizadoras, e logo abordadas pela *episteme*: a opinião é o que designa o que é abordado como “anormal”, e o conhecimento, portanto fica tributário desta opinião. Além disso, a “anormalidade do sexo” não é apenas um

fenômeno relegado pela ciência, mas inexplicável pela própria Trata-se, deste modo, de elementos que produzem furo no saber. Quando o que faz furo no saber é relegado, velado nos discursos, substituído por interpretações muitas vezes bem variadas, estamos diante do que, em psicanálise conhecemos como expressão de um “não querer saber nada disso”. Em que “disso” é justamente o fato de haver um furo no saber, não porque aí se trata de uma falha do sujeito que sabe e sim, porque há um necessário não saber implicado, um impossível a saber. Neste contexto, a “moral sexual civilizada” (FREUD, 1908), fato da cultura, engendra a *doxa* e é com ela que nos defrontamos em nosso trabalho assistencial diário.

Tomamos como princípio norteador de nossa prática no cotidiano do hospital, que a fabricação do consenso dos protocolos não se faz apenas em níveis da produção de conhecimento médico-científico, mas também na prática e no manejo diário dos casos (PIRES, 2015), de tal maneira que “saímos então do território mais confortável da crítica, para o desafio da constituição de um espaço comum que faça convergir diferenças e possibilite a atenção clínica e a prática política” (ARÁN, 2010, p. 77).

Conforme o argumento, a equipe médica esforçava-se para que os corpos intersexo não permanecessem como “aberrações”, no caso, como um corpo indefinido, um corpo sem o elemento que o define: o órgão sexual. Evidentemente, não nos cabe ser contra ou a favor de cirurgias, até porque não operar, muitas vezes, lança o sujeito no confronto com situações frente às quais ele se vê totalmente sem recursos, até mesmo simbólicos. Como no caso de Ivan, nove anos, que possui uma genitália atípica. “Fica uma gordura alta que parece com uma *perereca*”, ele nos diz. Conta que seu grande sonho seria que “o mundo ficasse tranquilo”. Morador de uma comunidade e estudante de um Centro Integrado de Educação Pública (CIEP) sente diariamente o peso da vulnerabilidade social. Ivan fala sobre os meninos que o perseguem na escola, “eles me chamam de Maria Chiquinha o tempo todo. Se o meu *pinto* crescesse, acho que ninguém mais ia ficar me zoando”. Seu cotidiano é marcado por muitas agressões, “eles olham *pra* mim e me batem. Já apanhei muito. Apanho quase todos os dias... Já puxaram minha calça e disseram que eu não tenho *pinto*, nem *xota*”.

Seriam esses males que a Medicina intenta evitar? Era preciso reconhecer que a medicina não dispunha de todas as ferramentas para enfrentar a problemática. A família demanda por uma “resolução do problema” que a medicina não tem para oferecer. Em nossa clínica no serviço, em que não tínhamos como responder à busca de certeza que tantas vezes é dirigida ao psicólogo, era muito difícil lidar com a incerteza suscitada pelos casos. Buscava-se o “bem-estar” do paciente, mas não se podia ouvir o que ele tinha a dizer, tendo em vista a dificuldade em lidar com as falas dos pacientes que apontavam para um limite do saber médico.

Para que a relação médico-paciente pudesse acontecer, também era necessário um trabalho com os médicos. Não é evidente incluir a falta e a ausência de respostas em um discurso científico tradicionalmente avesso ao impossível de saber,

1.3.2.3 Momento de concluir

A escrita dessa tese não é necessariamente uma conclusão. Ela se inscreve no tempo de compreender no qual ainda estamos. Tempo como um registro intensivo, heterogêneo, real. Um tempo que inclui o sujeito e sua posição. Instante de ver, tempo de compreender e momento de concluir “um instante a mais e a bomba explodia” (LACAN, 1967/68), também nos remete ao tempo de compreender no qual nos encontramos, compreender que vivemos hoje quanto à incerteza antecipada (COSTA-MOURA, 2021), sempre em causa na repetição de cada ato.

1.3.3 Equipe interdisciplinar na atenção à saúde do intersexo: giros discursivos

As pesquisas interdisciplinares que incluem em seu escopo questões de sexo e gênero ganharam grande espaço nas linhas de pesquisa acadêmicas. Contudo no campo da intersexualidade estas ainda são escassas sendo dominadas, quase sempre, pela visão biomédica, em parte devido aos avanços da biologia molecular. A endocrinologia clínica ainda exerce grande protagonismo na constituição de saberes sobre o intersexo e, muitas vezes, a psicologia é adicionada ao modelo apenas para legitimar o argumento biomédico em uma “suposta” equipe multidisciplinar. Por outro lado, as pesquisas no campo social trazem grande contribuição ao procurarem compreender a questão da intersexualidade a partir de nossa cultura e organização sexo-política (MACHADO, 2008; PIRES, 2015; CORTEZ, 2020), entretanto permanecem no campo da pesquisa como estratégia e não como ensino de práticas, bastante distantes das salas de cirurgia que, durante os quatro primeiros anos no Setor de Urologia, nos propusemos a frequentar presencialmente.

Os embates cotidianos colocados quando a exigência é decidir, ainda que a decisão seja não intervir, ficam restritos à equipe de saúde cuja preocupação é predominantemente assistencial. Em outras palavras, frente ao quiprocó biopsicossocial que se coloca nos atendimentos em serviços de assistência integral à saúde não há protocolos válidos estabelecidos. “Na prática a teoria é outra” e a clínica das variantes naturais da anatomia genital seguem como condições passíveis de tratamento-correções-normatizações. Os debates avançadíssimos de questões de gênero, diversidade, autonomia corporal, direitos humanos...

não chegam para quem está na ponta da assistência. Nesse contexto, tomamos o cuidado de adotar uma abordagem não acusatória, para reestabelecer o diálogo tão necessário.

A integração de campos disciplinares distintos, a multidisciplinaridade, embora necessária para abarcar um tema tão rico e tão complexo, é uma tarefa difícil, uma vez que cada saber atuante nesse campo tem também suas leis e seu corpo conceitual e técnico próprios, o que equivale dizer que cada ciência constrói seu próprio objeto em seu discurso. Trata-se de saberes diferentes e cada um tem seu corpo teórico-conceitual e seu recorte da realidade, deixando de fora uma porção de coisas (ALBERTI & ELIA, 2009).

A leitura de textos biomédicos, de antropologia, sociologia, estudos de gênero, história, filosofia, além da psicanálise, nos lançou no campo da interdisciplinaridade. Nesse contexto, os saberes se entrelaçam de uma forma muito imbricada e ao mesmo tempo se distinguem. Contudo, há algumas possíveis interlocuções entre esses campos heteróclitos e a psicanálise, nosso campo de base, o que torna mais complexo e rico o seu discurso teórico, no contexto epistemológico e histórico do campo interdisciplinar. O que aconteceria à assistência à saúde de pessoas intersexo se ela integrasse certas hipóteses psicanalíticas?

Milner (1996) aponta que metodologicamente é preciso deslocar ênfases, para que melhor se ouça o real da matriz rítmica. Romper as ligações visíveis, para que fiquem mais visíveis as ligações reais e dissipar as significações, articuladas e completas, para que o sentido emerja, sempre lacunar. Perceber os limites, os pontos de impasse, os becos sem saída, que mostram o real acedendo ao simbólico (LACAN, 1971).

Desde Freud (1900/1987), com seu *Sonho da injeção de Irma*, no qual viu “impresso em grossos caracteres” a fórmula da trimetilamina, há um real em jogo. Um sonho que desperta. Na boca aberta, a carne que jamais se vê. Sua própria forma é algo que produz angústia. No fundo da garganta de Irma, o enigma. Freud se encontra com algo do feminino que o discurso das histéricas, as quais ouvia, já bordejava enquanto furo. Lacan (1964-65/2006) em “Problemas cruciais da psicanálise” ao analisar a pintura de Edgar Munch, *O grito*, identifica na imagem o sujeito no instante de seu confronto com o real.

Esse real que não cessa de não se escrever (LACAN, 1972), ao ser levado em conta num contexto de assistência à saúde integral de pessoas intersexo e seus familiares, no qual as variantes naturais da anatomia genital seguem como condições passíveis de tratamento-correções-normatizações, engendra mudanças discursivas quando o analista sustenta/suporta a angústia e pode fazer falar os sujeitos. Dar lugar ao indizível, construir simbolicamente respostas que apontam que não há soluções simples. “Como aguentar isso?”, a equipe de saúde nos questionava. “Como não *comprar* a angústia dos pais?”, “como não ficar em silêncio frente

a situações para as quais não há palavras?”... perguntas que só puderam ser formuladas porque alguém podia ouvi-las, o que gerou um efeito não apenas junto a médicos, como também à sociedade... uma operação discursiva que comportou a dimensão de transmissão de sustentação da psicanálise ali, um outro discurso ali onde as decisões são tomadas.

Compor uma equipe assistencial de saúde nos exigiu refletir sobre o processo de trabalho dos profissionais de saúde e como os saberes eram utilizados de forma a alcançar os “resultados”. Revisitamos os conceitos de multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade para pensar a produção de conhecimento, dito melhor, a maneira da equipe se organizar para tal produção.

Não podemos negar que no primeiro momento de nosso trabalho estávamos no campo da multidisciplinaridade. Havia o médico, responsável pela decisão do tratamento, e os (para)médicos⁵⁵, outros profissionais que se adequavam entre demanda do paciente e as decisões do médico, seu referente. Nesse contexto, segundo Bruscato *et. al* (2004), a avaliação do paciente ocorre de uma maneira independente e cada plano do tratamento é visto como uma “camada adicional”. Em uma equipe multidisciplinar não há um trabalho coordenado por parte dessa equipe. Assim, muitas vezes, o tratamento integral é substituído por um tratamento fragmentado e até mesmo o paciente pode ser fragmentado gerando uma ausência de comunicação na qual cada um fala a “sua própria língua” em detrimento da saúde do paciente.

Precocemente percebemos que a integração da equipe de saúde era um fator imprescindível ao tratamento de questões tão complexas. No que tange a fomentar um processo de designação sexual, a medicina não possuía todas as respostas frente a fenômenos biopsicossociais complexos que adentravam uma área social e politicamente inconstante que não faz parte da cultura médica. Por outro lado, os processos biológicos complexos envolvidos na diferenciação/desenvolvimento do sexo se colocavam como um campo teórico restrito, um vocabulário dominado apenas por ultraespecialistas. Neste contexto, o acesso às explicações médicas sobre o próprio sexo ou o sexo do filho, se demonstrou ter sido uma condição fundamental para o tratamento, inclusive do ponto de vista psíquico. Essas interconsultas não eram tão simples, pois havia um hiato entre o que os pacientes desejavam saber e o que os médicos tinham condição de lhes dizer.

O giro discursivo, o entendíamos apenas no sentido da circulação. Tínhamos em mente o paradigma laciano que forjou o discurso como aquilo que nos permite pensar em algumas estruturas de laço social que vão além do conteúdo daquilo que está sendo debatido. E nos

⁵⁵ Aqui fazemos equívoco com o sufixo -para que significa “cerca de”. Trazendo ideia de “aproximação” e também de “posição”.

perguntávamos, então, como, a partir da psicanálise, poderíamos problematizar a exclusividade do discurso médico, sabendo que o campo do discurso não é um campo de uma harmonia, é um campo de luta!

Atuamos nesse momento de forma a poder ajudar os pacientes e seus familiares a formular suas questões e, ao receber as respostas médicas, interpretar junto a eles o que era um limite do saber médico e, também, reconhecer o que eles, os médicos, diziam como algo que os ajudavam a se situar em sua própria história. Para que essa comunicação, por parte da equipe, pudesse se dar, também era necessário um trabalho com os médicos. Cabe ressaltar que, ao introduzir essas conversas e argumentações não se trata de desprezar a dimensão inconsciente, mas de propiciar uma elaboração do trauma na qual a amarração significativa passa por um simbólico não acessível ao senso comum. Um simbólico ao qual reiteradas vezes nos colocávamos ao lado dos pacientes e dizíamos: “vamos tentar entender juntos?” ou “Nossa, isso é muito difícil de entender!”, mas sem o que não haveria um sentido possível.

A quantidade de crianças intersexo que não conseguiam aprender a ler, sabem as letras mas “não conseguem juntar uma letra com a outra”, apontava para esse “inominável” o qual só se podia “cortar”. “Aquilo é uma coisa que não dá para chamar de vagina”, frase recorrente no Ambulatório, aponta para uma construção simbólica que o próprio sujeito intersexo deverá fazer, não sem a mediação técnico-científica, a qual também é necessária uma abertura para a diversidade.

Assim, a transição para uma assistência à saúde de maneira interdisciplinar se deu de forma gradual, na qual pudemos ir apontando os furos, as incompletudes e as bifurcações. A possibilidade de colaboração de várias especialidades que denotam conhecimentos e qualificações distintas demonstrou-se necessária para transcender a noção do conceito de saúde (CAMPOS, 1995). Ao abrimo-nos à atuação em equipe interdisciplinar, permitimo-nos ter acesso ao “saber do outro”, a forma de produzir conhecimento do outro e o que consideramos muito importante, verificar que dentro dos discursos institucionais haviam subjetividades as quais eram a todo momento convocadas a lidar com seus próprios preconceitos e temas considerados tabus. O impossível de suportar para o sujeito, próprio à psicanálise, e o impossível de suportar para o corpo social (MILLER, 1981/1997), mesclam-se nessa clínica. Impunha-se a necessidade de uma abertura para a diversidade, para a alteridade e um compromisso com os direitos humanos.

Ainda tínhamos um outro objetivo: formalizar um protocolo de assistência integral à saúde da pessoa intersexo centrado no paciente e sua narrativa, e que contemplasse decisões compartilhadas entre Instituição, equipe de saúde, família e o próprio intersexo. Para tal,

adentramos no campo da transdisciplinaridade. Uma metodologia de trabalho proveniente do campo científico contemporâneo que se preocupa com uma interação entre as disciplinas, promove um diálogo entre as diferentes áreas do conhecimento e seus dispositivos, visando a cooperação e o contato entre essas diferentes áreas e disciplinas (IRIBARRY, 2003). Função que permite maior aproximação dos discursos em termos de poder, fato gerador de condutas integradas.

Na prática médica, sobretudo cirúrgica, o cotidiano é o ato de decidir. Paul Valéry (1938), em seu “Discurso aos cirurgiões”, aproxima a cirurgia de uma atividade comparada a uma arte, destacando a perícia e o estilo que dela se depreende. Valéry lembra o duplo efeito que o corte pode ter no ser humano, pois se por um lado é causa da morte, pode ser também condição da vida, no ato cirúrgico. Os procedimentos de corte e sutura, um “estilo cirúrgico”, produzem efeitos. O cirurgião passa rapidamente da percepção à decisão e da decisão ao ato, apresentando assim um “saber dominado pelo poder da ação” (VALÉRY, 1938).

Decisão, do latim, *-decidere*, “determinar, definir, decidir”, formada por *-de* que significa “fora”, e *-cadere*, “cortar”. Não decidir é também uma decisão que gera consequências, logo não há prática que esteja desatrelada de escolhas. Contudo, nem sempre se tem acesso aos desdobramentos de escolhas que gerenciam a vida ou a morte de outras pessoas. Uma decisão clínica tomada como um grande sucesso naquele momento da vida do sujeito, em um acompanhamento longitudinal, mostra-se, com frequência, como um fracasso completo. A ideia de “decisão compartilhada” entre médico e paciente – amplamente difundida numa medicina denominada *Slow Medicine*, na qual preconiza-se a escuta cuidadosa e respeitosa com ênfase no raciocínio clínico e o cuidado focado no paciente – é ainda uma ideia difícil de ser aceita entre médicos mais tradicionais. Tal metodologia, requer que cada caso seja visto em sua singularidade, levando em conta não apenas as diferenças diagnósticas, bem como suas diferenças culturais, religiosas e familiares, além dos aspectos éticos implicados no tratamento.

O giro discursivo que permitiu a ênfase na importância da interdisciplinaridade e das questões relativas aos Direitos Humanos como fatores-chave na tomada de decisão do tratamento, no contexto da assistência à saúde, engendrou mudanças na prática clínico-psicoterapêutica-cirúrgica. A valorização dos aspectos biopsicossociais pode contrabalancear a primazia dos aspectos biomédicos. Isso posto, preconizamos que equipes de especialistas trabalhem em estreita colaboração transdisciplinar para abordagem conjunta e sem hierarquia decisória de uma especialidade sobre a outra.

Três variáveis influenciam no processo de tomada de decisão:

- a) Compreensão do que é DDS/intersexo em seu amplo aspecto;

- b) Qualificação do profissional de saúde envolvido nos cuidados à pessoa intersexo.
- c) Capacidade de lidar com situações de incerteza.

Na constituição de equipes transdisciplinares de assistência à saúde de pessoas intersexo, formulamos hipóteses:

H0. Se os médicos mudassem suas práticas de cuidados voltados à pessoa intersexo haveria mudança na qualidade de vida dessas pessoas.

H1. Se os psicólogos tivessem conhecimento biológico sobre a ampla variabilidade de condições intersexo possíveis, para além dos processos subjetivos envolvidos na construção da identidade de gênero, o modelo de cuidado seria diferente.

H2. Ao levar em conta as histórias de vida de pessoas intersexo podemos mudar as práticas de assistência à saúde promovendo novos olhares de cuidado que podem ser expandidas para o social e para a comunidade científica.

É interessante notar que muitas vezes, na composição da equipe transdisciplinar, se institui uma relação ambivalente entre o especialista em saúde mental, o clínico e o cirurgião. A subjetividade dos envolvidos nessas práticas é colocada à prova. Ao forçar-nos a refletir sobre o porquê e para quem serve uma intervenção precoce, muitas vezes apenas estética e desvinculada de sua funcionalidade de órgão, num corpo intersexo, mobilizamos nosso *ethos* e sensibilidade às questões de inclusão social em geral (DA SILVA, 2018).

O mal-estar intrínseco à sexualidade, que está para além do mal-estar na cultura (FREUD, 1930), se impõe de forma pungente, e campos não homogêneos aparecem de maneira indiferenciada. Como exemplo, citamos uma confusão bastante comum: a ideia de que o menino que faz xixi sentado seria *gay* ou a menina portadora do cromossomo Y seria, na verdade, um homem. Nesse sentido, lançamos mão de termos oriundos do próprio contexto médico e das áreas sociais, para permitir uma comunicação possível entre os próprios médicos e os pacientes. Assim, para falar de significação fálica, sexuação, escolha de objeto, não-todo fálico... também lançamos mão de sintagmas tais como: identidade de gênero, orientação sexual, variações biológicas do sexo, diferenciando-os e separando-os, o que, a princípio, nos parecia óbvio, mas que nas condutas clínicas observávamos que não era tão óbvio assim. Um sujeito intersexo pode assumir uma identidade de gênero não congruente com o sexo designado *a priori*, pode ter uma orientação sexual homo, hetero, bi... Os três componentes não são solidários, não implicam de maneira necessária, mas contingente, o suposto desenvolvimento psicosexual. Não há uma resposta prévia ou qualquer tipo de “prevenção” da sexualidade considerada normal.

Para localizar os pontos nos quais era possível fazer girar o discurso, nos servimos dos estudos de casos realizados com a equipe interdisciplinar. Na construção dos casos, buscávamos evidenciar a dimensão simbólica, traços de um sujeito e não traços da sua condição congênita. Não raro observávamos que o que os médicos não suportam ou estigmatizam nem sempre coincide com o que cada sujeito não suporta. Nesse sentido, a fala, os ditos do sujeito, puderam ser levados em conta em condutas clínicas. Somente o sujeito pode dizer o que não vai bem para ele, mas em alguns casos, era necessária a mediação tecno-científica para que a dimensão do silêncio fosse ultrapassada.

Tomamos como modelo de conduta o Projeto Terapêutico Singular⁵⁶ (MS, 2008), postulado pelo SUS, o qual é dedicado a situações mais complexas, sendo um “conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar” (MS, 2008, p. 40). É na elaboração da fala do sujeito que se pode desdobrar uma conduta clínica. Ao psicanalista interessa aquilo que se revela mediante transferência nos ditos do sujeito.

Há, portanto, uma imensa possibilidade aberta pela via de um processo de designação do sexo, institucionalizado, de fazer operar algo pela via simbólica. Formulamos uma estratégia de atenção à saúde forjada a partir de nossa experiência clínica institucional com sujeitos intersexo e seus familiares com condutas clínicas cirúrgicas compartilhadas e decisões Institucionais.

Importante ressaltar que, naquilo que entendemos como atenção integral à saúde da pessoa intersexo, encontrar um médico que pudesse despatologizar a situação e as falas que foram ouvidas desde a sala de parto, demonstrou ser a forma mais eficaz dos pais conseguirem formular suas questões para além do empuxo cirúrgico. Estes respiravam um pouco aliviados quando um médico não vê o genital do filho como uma aberração a ser “consertada”. Contudo, não se mostrou como possível para todos. Muitos pais insistiam numa demanda cirúrgica chegando a abandonar o tratamento por considerá-lo muito longo para algo que entendiam como “urgente”. Assim, inserir a cirurgia no contexto de um processo de escolha marcado por incertezas, no qual é requisitado aos pais falar sobre a história e a criança ser incluída no tratamento desde sempre, não é algo possível para todos.

Estávamos persuadidas da necessidade de desmistificar a ideia de que a cirurgia é uma garantia de não sofrimento e evidenciar que situações de silêncio e segredo também geram sofrimento. É um processo sofrido com ou sem cirurgia! Tal iniciativa propiciou, por parte da

⁵⁶ Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_equipe_projeto_2ed.pdf

equipe de saúde, um acolhimento técnico e sem julgamentos, no qual se colocava sensível ao impasse, advertida de que não há respostas simples para situações complexas e que cada etapa do desenvolvimento do sujeito requer uma abordagem específica.

Nesse sentido, no trabalho de assistência à saúde, seguimos uma orientação clínica proposta por Soler (2018):

fazemos entrar num envelope discursivo aqueles que se viram ejetados pelo perigo traumático, que é encontro com um real, este, por sua vez, fora de discurso. Por envelope discursivo, entendo um envelope ao mesmo tempo de linguagem e de laços, os dois caminham lado a lado. É, pois, um cuidado por meio do discurso comum (SOLER, 2018, p. 213).

Linguagem e laços atam histórias e permitem que cada sujeito e seus familiares possam construir, juntamente com a equipe de saúde – muitas vezes lidando com o não-saber e no campo da incerteza –, significados que permitam dizer o indizível.

2 “DIVERSIDADE NÃO É DOENÇA”⁵⁷: HERETERIDADE NA CLÍNICA COM CRIANÇAS INTERSEXO

Se sou de um determinado gênero, serei ainda considerado parte dos humanos? Será o “humano” suficientemente amplo para me incluir em seu campo? Se desejo de uma certa forma, estarei apto a viver? Haverá um lugar para a minha vida, e será ela reconhecível por aqueles de quem dependo para ter uma existência social?⁵⁸

Para que uma coisa tenha sentido, no estado atual do pensamento, é triste dizê-lo, mas é preciso que ela se coloque como normal.⁵⁹

Figura 4 – Genitais atípicos



A pergunta posta por Georges Canguilhem (1966/1982) em seu livro, *O normal e o patológico*, coloca relevo numa questão que assinalamos como norteadora da amplitude desta tese e que consideramos paradigmática no que tange a seu escopo: “a medida que seres vivos se afastam do tipo específico serão eles anormais que estão colocando em perigo a forma específica, ou serão inventores a caminho de novas formas”? (CANGUILHEM, 1966/1982, p. 110). Tal questão nos faz *circare*, “girar em torno de um ponto central enquanto uma coisa não é resolvida” (LACAN, 1968-69/2008, p. 240), e, é em torno do conceito de “normalidade” em sua interface com o poder que giramos, uma vez que o processo de normalização, forjado pelo saber médico e jurídico sobre o intersexo, se impõe como natural e única alternativa.

Do ponto de vista estritamente biológico não há fatos que sejam normais ou patológicos em si mesmos, o que nos leva a questionar como a norma biológica incide nos seres humanos,

⁵⁷ “[...] diversidade não é doença. O anormal não é o patológico”. (CANGUILHEM, 1966/1982, p. 106).

⁵⁸ BUTLER, J. 2004. *Undoing gender*.

⁵⁹ LACAN, J. In: *O Seminário, livro 19: ... ou pior* (1971-72/2012, p. 69).

já que na natureza a norma é a diversidade. Haveria alguma possibilidade desse processo de normalização, ao ser confrontado com a individualidade biológica, enquanto potência de criação de novas formas, produzir o processo de sua própria normatividade? Seguindo Canguilhem (1966/1982), que considera que a normalidade é uma capacidade de instaurar novas normas, chamaremos de normal aquele capaz de instituir uma normalidade para si. Contudo, frente ao pensamento binário da diferença sexual, constrói-se um, igualmente, modelo binário de sexo social: masculino ou feminino. E, ainda que o sexo biológico se apresente como um espectro (FAUSTO-STERLING, 2000; AINSWORTH, 2015), tendo nos extremos dois “sexos biológicos” claramente definidos, há entre eles um extenso leque de condições intermediárias, os intersexos, variações naturais, que colocam em xeque as certezas sobre a consistência dos valores sexuais “homem” e “mulher”. O normal é a norma manifesta no ato, sendo a normalização um fato cultural. Pino (2007) ressalta que por meio dos “procedimentos médicos dispensados aos *intersex*, podemos perceber os significados sociais e culturais atribuídos ao corpo, assim como as relações políticas que constroem nossos corpos”.

Dreger (2000) aponta que enquanto feministas, homossexuais e exploradores antropológicos questionavam abertamente as naturezas e os propósitos dos dois sexos, os hermafroditas anatômicos sugeriam uma questão mais profunda: quantos sexos humanos existem? Em última análise, os hermafroditas levaram médicos e cientistas a outra pergunta surpreendentemente difícil: o que é sexo, realmente? O discurso médico cada vez mais aliado ao discurso biológico enceta questionamentos que se justapõem entre natureza *versus* cultura, pois quais são os limites das constituições de humanidades através de corpos sexuados? Pessoas intersexuais precisam adequar seus corpos para terem gêneros inteligíveis (BUTLER, 2003)⁶⁰?

Lacan (1968-69/2008), ao abordar a “noção de norma”, salienta que a partir do momento que essa noção entra em jogo, “introduz-se correlativamente a de exceção ou a de transgressão” (LACAN, 1968-69/2008, p. 260). Nesse cenário, se impõe a exigência de que repensemos a binaridade do sexo anatômico com a única forma de existência. Dentro da pluralidade humana, em suas manifestações culturais, étnicas, sexuais, religiosas... caberiam as variantes do sexo biológico macho e fêmea?

Pino (2007) aponta que

a intersexualidade suscita importantes reflexões sobre os paradoxos identitários quase invisíveis, propiciando análises sobre a construção do corpo sexuado, seus significados sociais e políticos, assim como sobre o processo de normalização e controle social não apenas dos *intersex*, mas também de todos os corpos.

⁶⁰ Butler (2003) aponta a heterossexualidade compulsória como o princípio que atribui coerência às relações de sexo, gênero, corpo e desejo. É essa coerência que torna os gêneros inteligíveis.

Nietzsche (1874/1976) ao realizar um discurso voltado para o conhecimento histórico e de como ele pode servir-nos à vida, traz algumas “considerações intempestivas” e afirma que “intempestiva essa consideração o é porque procura compreender como um mal, um inconveniente e um defeito algo do qual a época justamente se orgulha”. Se a comunidade médica e a sociedade atuam reduzindo o espectro do sexo em dois campos diametralmente opostos, nossa tese se consolida como uma consideração intempestiva e propõe direcionar a atenção para além dos genitais, apontando para a divisão sexual dicotômica como uma construção sócio-histórica e como a moral cultural, valendo-se do pensamento binário da diferença sexual, sustenta um pensamento cisheteronormativo⁶¹ que se propõe estrutural.

O endocrinologista Magnus da Silva (2018) ressalta que o desenvolvimento do sexo típico e atípico é caracterizado por eventos biológicos muito complexos que dependem de fatores genéticos, epigenéticos e ambientais, assim “indivíduos com desenvolvimento do sexo anatômico variante – atípico/infrequente/ambíguo – são igualmente parte do espectro da pluralidade da natureza humana” (DA SILVA, 2018, p. 383).

O reconhecimento emergente de que há pessoas com variações sexuais não binárias testa os valores médicos e as normas sociais (FAUSTO-STERLING, 2000). Mesmo inscrito em um domínio biológico, o corpo intersexo evidencia que não há duas realidades sexuais distintas e incomensuráveis. Contudo, a “ortopedia discursiva” que se impõe em nome da anatomia imaginária-simbólica, pela “medição na régua”, utiliza a “faca da norma” (BUTLER, 2014) que corta, reconstrói e mutila corpos não binários invisibilizando essas existências e qualquer tentativa de existir fora desse padrão binário, tomado como natural, é desumanizado.

As intervenções médicas visam corrigir esse corpo tomado como “anomalia” e produzir corpos que não ponham em causa as certezas sobre o binarismo. É a possibilidade de tensionar os parâmetros do “sexo biológico” que permite uma reflexão sobre o “sexo social” e propor uma disjunção entre sexo e gênero. Para além disso, inserimos a questão: qual seria a necessidade de uma conformação anatômica para que um sujeito se sentisse identificado a uma determinada identidade sexual (PRATES, 2018, p. 59)? Dito de outra forma, ao inserirmos nossa pesquisa dentro de um contexto médico, ao propor uma intervenção social, podemos questionar práticas tomadas como naturais e que frente a argumentações não se mostraram sustentáveis, exceto por um: “é assim que é”!, e, se não o fosse? Pergunta espinhosa, mas que devemos ter a coragem de abordar de frente, já que nosso tempo as responde sem ter se dado ao trabalho de fazê-la.

⁶¹ O conceito de cisheteronormatividade faz referência a um conjunto de relações de poder que normaliza, regulamenta, idealiza e institucionaliza o gênero, sexo e a sexualidade em uma linha ilógica e estritamente horizontal. In: WARNER, M. *The trouble with Normal: sex, politics, and ethics of queer life*. New York: Free Press; 1999.

Em “Intersexo e direitos humanos: visão de longo prazo”, Dreger (2006) retoma seu artigo, “Sexo ambíguo ou medicina ambivalente? Questões éticas no tratamento da intersexualidade” (1998) e afirma: “esse é um ensaio sobre como meu artigo publicado em 1998 estava errado”. Em suas palavras, o artigo era “ingênuo sobre o funcionamento da prática médica”. Para ela, mudar a prática médica e as ações efetuadas – o tratamento oferecido aos intersexo – só seria possível de dentro,

é muito difícil mudar a prática intersexo, porque é muito difícil mudar qualquer prática arraigada que continua a funcionar com a energia de sua própria inércia. Mas mudar a prática do intersexo terá (e na verdade já começou a ter) efeitos criticamente úteis para muitos outros campos da assistência médica - por exemplo, o atendimento de pacientes gays e lésbicas e de crianças nascidas com várias anomalias e deficiências. Isso porque - embora até recentemente isso não tenha sido bem articulado - o movimento de reforma intersexo tem sido essencialmente um movimento de direitos humanos. Isto é - como o movimento pelos direitos civis contra o racismo e o movimento pelos direitos das mulheres contra o sexismo - foi e se baseia na suposição de que as pessoas intersexo não devem ser oprimidas simplesmente porque seus corpos não estão no topo da hierarquia social (DREGER, 2006).

Quando se coloca como uma “urgência social” a questão de crianças nascidas com genitálias que não permitem uma definição imediata e inquestionável, menina ou menino, se impõe como necessário padronizar esses corpos e a cirurgia corretiva precoce é legitimada. Se a natureza raramente adota divisões binárias tão rígidas, qual seria a política que sustenta o caráter duplo e sexuado da humanidade? Que relação a moral cultural estabelece com o sistema sexo-gênero?

Considerando a análise de Foucault (1988), pode-se presumir que a urgência na determinação de formas inequívocas de definição de sexo existe porque, na sociedade ocidental, a “verdade” sobre um assunto é fortemente relacionada à sexualidade: uma pessoa não pode sequer existir como uma entidade legal sem definição do sexo. Além disso, ao nos debruçarmos sobre a história da evolução da taxionomia, desde o mitológico hermafrodito aos distúrbios do desenvolvimento do sexo (DDS), observamos que para se chegar à nomenclatura referida a essa classificação, houve toda uma construção histórica e teórica que surge associada ao domínio do patológico. Impõe-se a questão: “é possível adotar uma definição da condição de sexo anatômico variante sem com isso adoecer a pessoa intersexo”? (DA SILVA, 2018, p. 384). Cabe ressaltar, que o movimento social não se identifica à taxionomia DDS, lançando mão do sintagma “pessoa intersexo” para lutar pela integridade física e psíquica dessa população. Ativistas intersexo e pesquisadores têm buscado atuar sobre os legisladores de todo mundo a fim de proibir a cirurgia genital irreversível, compulsória e com motivação estética sem o consentimento informado do indivíduo.

Pode-se dizer que o intersexo se inscreve na sociedade ocidental por um lado como uma questão biomédica, na medida em que é concebida como consequência de uma desordem orgânica (hormonal, genética ou anatômica) ou como doença em si. Não menos política, mas em seu avesso, por outro, há todo um discurso social que inclui o intersexo como uma questão de diversidade, “todos têm o direito de serem diferentes” e não como deformidade, como observa Prates (2018) quando aponta que o corpo do sujeito intersexo interroga a consistência da Gestalt do corpo, “a militância dos intersexos parece caminhar pela via da sustentação da diversidade, tanto anatômica quanto dos caracteres sexuais, e da ênfase na singularidade” (PRATES, 2018, p. 60).

2.1 Como é? como era? como foi? como teria sido? como será?

A poesia está guardada nas palavras - é tudo que eu sei. Meu fado é o de não saber quase tudo⁶².

Pedro Lucas⁶³ nasceu no interior de Rondônia com genitália atípica. A mãe, ao chegar ao Ambulatório com o filho de dois anos para investigação⁶⁴ do seu sexo, logo enuncia que havia perdido todos os exames anteriores realizados em sua cidade natal. Com muito esforço, juntara todas suas economias, abandonara a família e viera para o Rio de Janeiro, sozinha com o filho, em busca de um grande sonho: “um pênis para o meu filho homem”! Uma frase sua, chama nossa atenção: “meu filho é um menino! Não tem esse negócio de XX não”! Posteriormente, o menino fora diagnosticado como hermafrodita verdadeiro ou Homem 46, XX⁶⁵. Logo após o resultado dos exames entramos na sala e Pedro Lucas brincava com alguns brinquedos que trouxera de casa. Tratou de nos apresentar seu brinquedo favorito: “é um dragão! Ele tem duas cabeças”.

O desejo imperioso da mãe por uma cirurgia que pudesse consertar aquele “pequeno erro da natureza”⁶⁶ parecia se impor à equipe médica, que, de posse de exames ultramodernos de biologia molecular, outorgava-se do direito de decidir: caso cirúrgico, normalize! Esse

⁶² BARROS, M. “Tratado geral das grandezas do ínfimo”.

⁶³ O caso chegou ao Ambulatório enquanto eu ainda era Residente em Psicologia clínica institucional.

⁶⁴ Embora a criança já possuísse registro civil e sexo de criação masculino, diante de uma genitália atípica, preconiza-se a investigação do sexo: cromossomial, gonadal, hormonal...

⁶⁵ Os exames realizados apontaram para esse diagnóstico que fora revelado somente à mãe. No distúrbio da diferenciação do sexo ovotesticular há presença de tecido ovariano (com folículos) e testicular (com túbulos + espermatozoides) no mesmo indivíduo, na mesma gônada (ovotestis) ou em gônadas distintas. In: GILBAN, D. 2016. Material de aula.

⁶⁶ Maneira como a mãe fazia referência ao genital do filho demandando à medicina que pudesse consertar tal erro.

“cumpra-se!”, que consideramos o primeiro tempo de pesquisa, se repetiu por muitas vezes e em muitos casos. Enquanto psicóloga, recém chegada à equipe, frente ao ato médico, cabia-nos apenas a função de “recolher os efeitos”. Havia pouco espaço para o questionamento, para a introdução da dúvida, de uma pausa naquele mecanismo que se autoalimentava. Um aprendizado nos adveio com o tempo: apenas de dentro é possível introduzir um furo no discurso médico!

Nos anos que se seguiram, muitas cirurgias⁶⁷ no caso, foram realizadas e pudemos acompanhar o crescimento de Pedro Lucas. Se a princípio mostrava-se como um menino tímido e introvertido, com o tempo desenvolveu um apurado senso de humor e todas aquelas consultas e cirurgias pareciam ligadas ao desejo que ele expressava: “acabar com isso e voltar para Rondônia”! Pedro Lucas gostava muito de desenhar. Sempre que vinha, fazia desenhos com uma tácita referência fálica: tanques de guerra, revólveres, espadas, carros... No entanto, se por anos a fio trouxera desenhos minúsculos, posteriormente foram crescendo: “minha tia da escola um dia me disse que eu tinha que olhar o tamanho da folha antes de começar um desenho”, dissera como que para justificar a mudança em seus desenhos. Próximo ao seu aniversário de nove anos, foi chamado pela equipe cirúrgica para avaliação do enxerto que fora colocado para reconstrução da uretra visando a possibilidade da realização de sua última cirurgia com o intuito de fazê-lo “mijar em pé”. Pedro Lucas estava animado e logo começou a desenhar. Pedro faz um desenho e diz que foi feito especialmente para a analista: “é um segredo”! Ao ser perguntado se pelo menos poderia dizer o nome do segredo, fala no ouvido dela: “é um sereio! Ele é seu! Fiz para você”!

Figura 5 – “Sereio”



Fonte: Desenho feito por uma criança.

⁶⁷ O processo de reconstrução genital é dividido em muitas etapas cirúrgicas.

No dia da internação, traz um vampiro, alguns super-heróis mutantes e diz que são todos da analista, foi enfático ao afirmar: “quero que eles fiquem com você”! Contara para a mãe outro segredo: uma vez estava na escola e como a porta não fechava, alguns meninos o viram fazendo xixi sentado. Eles lhe perguntaram por que ele mijava assim, ao que Pedro respondera: “estou esperando o médico me ajudar a fazer xixi em pé”. Nunca falara sobre isso antes e quando a mãe conta para a analista, se irrita e diz que não era para ela falar.

Figura 6 – “Vampiro



Fonte: Desenho feito por uma criança.

No pós-operatório imediato encontramos Pedro Lucas com um pouco de dor, mas extremamente feliz. Pela primeira vez chama a analista de “doutora” e não de “tia” como chamara por anos. Quando dizemos que ele pode simplesmente nos chamar pelo nome, ele é enfático: “é tia ou doutora! Escolhe”!

Se a abordagem médica, neste caso⁶⁸, cingia o território fronteiriço que questiona as definições dicotômicas e excludentes dos sexos, não o colocava, contudo, em questão. Por outro lado, esse mesmo território fronteiriço, engendra pesquisas no campo social, revelando um interesse crescente entre aqueles que se ocupam da história da medicina e da sexualidade.

A categoria intersexo foi sendo considerada de modo distinto ao longo dos tempos, atravessada pela história da regulação sexual com suas causas e efeitos (SANTOS, 2012). No entanto, desde que a medicina intervém de maneira imediata nos nascimentos intersexo para modificar o corpo do bebê, o fenômeno da intersexualidade é amplamente desconhecido fora das práticas médicas especializadas (MACHADO, 2009; PIRES, 2015; GAUDENZI, 2018). Culturalmente, deixa-se nas mãos da medicina a decisão, uma vez que a intersexualidade é tomada como uma “anomalia”, um “distúrbio”, algo a ser “corrigido”. Embora ao longo da

⁶⁸ Um dos primeiros casos acompanhados no Ambulatório de endocrinologia pediátrica.

escrita desta tese tenhamos acompanhado de perto os movimentos sociais em sua busca da despatologização da condição intersexo, evidenciava-se um profundo abismo epistemológico entre a abordagem biomédica e as sociais. Um descompasso entre teoria e prática. Por outro lado, o discurso biomédico se apropria do discurso psicológico a fim de instituir o binarismo de sexo e gênero como único modo possível de existência, promovendo uma clivagem entre posição subjetiva e posição anatômica. Questionamos: e se a dissimetria fundamental entre os sexos estivesse no plano simbólico? Mais ainda: uma genitália atípica dificultaria a pronta afirmação do sexo do sujeito? Pergunta jamais colocada nas práticas de assistência em saúde, mas que, como tudo que está fora do simbólico, retorna no real das intervenções cirúrgicas.

Neste contexto, impõe-se retomar os critérios epistemológicos e o estatuto crítico da questão das intervenções cirúrgicas e hormonais nos corpos intersexos, verificar o que há de ideológico e o que há de científico no saber sobre essa problemática, na tentativa de melhor cingir cada uma dessas searas no âmago da própria prática médica. A epistemologia não interessa muito aos clínicos, mas a questão de se houve um corte ou uma continuidade no tratamento dado aos corpos intersexo tem referência a outra, que é clínica, a saber, o problema de avaliar se, no nível de seu uso clínico, o novo diagnóstico baseado na biologia molecular é mais fecundo do que aqueles sugeridos pela anatomia e pela fisiologia. Cabe ainda avaliar o quão restrito é o conhecimento sobre os “distúrbios da diferenciação do sexo”, mesmo em serviços de assistência à saúde, o que muitas vezes sustenta um discurso do senso comum, religioso e estigmatizante.

2.2 Do sexo único ao dimorfismo sexual

No meio das pernas, e apenas naquele lugar pequeno e desajeitado por onde humilhantemente urinava, estava tudo⁶⁹.

Uma vez que nossa visada é pontual, que se pretende apenas um pequeno passo para chegar à teoria psicanalítica propriamente dita, acreditamos que o livro instigador, *Inventando o sexo: corpo e gênero dos gregos a Freud* [*Making Sex: Body and Gender From the Greeks to Freud*], de Thomas Laqueur (1992/2001), historiador da Universidade da Califórnia, no qual apresenta uma densa pesquisa sobre o

⁶⁹ MÃE, V. 2013. *A desumanização*.

relacionamento entre o corpo e a diferença sexual e a natureza da diferença sexual em geral nas sociedades ocidentais, possa nos permitir evidenciar o quanto é impraticável assentar o discurso da diferença sexual sobre uma certeza ontológica.

Da Antiguidade Clássica até o século XVIII, prevalecia um “modelo do sexo único”, antes de qualquer oposição entre o corpo-homem e o corpo-mulher. Durante milhares de anos acreditou-se que as mulheres tinham a mesma genitália que os homens, só que “a delas fica dentro do corpo e não fora” (NEMESIUS *apud* LAQUEUR, 1992/2001). A epistemologia sexual que dominou esse período pode ser concebida como “um sistema de similaridades”. Nesse “modelo de sexo único”, “a vagina é vista como um pênis interno, os lábios como o prepúcio, o útero como o escroto e os ovários como o testículo”. A anatomia sexual feminina foi estabelecida como uma variação frágil e degenerada do único sexo que possuía existência ontológica, o masculino. Laqueur conclui que é “a *linguagem* que marca essa *visão* da diferença sexual” (LAQUEUR, 1992/2001, p. 16. Grifo nosso), e que isso tem data. As diferenças eram observadas em termos de simetria e correspondência e os dados corporais consistiam em evidências da matriz comum entre os indivíduos, ao contrário de como essas evidências são tomadas hoje, no sentido de “diferenciação e distância”. Os órgãos eram tomados como distintos, porém análogos. O corpo, não importava de quem fosse, masculino ou feminino, era essencialmente o mesmo. Apenas por volta de 1700, a vagina apareceu “como um tubo ou bainha na qual seu oposto, o pênis, se encaixa e através da qual nasce o bebê” (LAQUEUR, 1992/2001, p. 17). Contudo, foi somente por volta do final do século XVIII, que definitivamente “a natureza sexual humana mudou”.

Podemos notar que a tese de Laqueur não propõe que a anatomia fora irrelevante ou que a distinção entre os gêneros, masculino e feminino, não era percebida. Ao contrário, a proposta é que a diferença sexual hoje não pode ser interpretada como fora outrora. “Ser homem ou mulher era manter uma posição social, um lugar na sociedade, assumir um papel cultural, não *ser* organicamente um ou o outro de dois sexos incomensuráveis”, a ponto de “o sexo antes do século XVII era ainda uma categoria sociológica e não ontológica” (LAQUEUR, 1992/2001, p. 19). Esse modelo teria prevalecido até o Renascimento, quando entraram em curso uma série de fatores que propiciaram a passagem para o modelo de dois sexos, baseado em uma biologia da incomensurabilidade (ROHDEN, 2001).

A história da anatomia durante o Renascimento sugere que a representação anatômica de macho e fêmea depende do jogo cultural da representação e ilusão, não da evidência acerca de órgãos, canais ou vasos sanguíneos. Nenhuma imagem, verbal ou visual, dos fatos da diferença sexual existe independentemente de pronunciamentos

prévios sobre o significado de tais distinções. (LAQUEUR, 1992/2001, p. 66. Grifos do autor).

Nos textos pré-iluminismo, avança Laqueur, o sexo, ou o corpo, deve ser compreendido como “epifenômeno”, enquanto que o gênero era primário ou real.

Por volta de 1800 todos os escritores determinaram-se a basear o que insistiam ser as diferenças fundamentais entre os sexos masculino e feminino, entre o homem e a mulher, em distinções biológicas constatáveis e expressá-las em uma retórica radicalmente diferente (LAQUEUR, 1992/2001, p. 17).

Durante o século XVIII, as teorias iluministas também se voltaram para o corpo e “a cultura difundiu-se e mudou o corpo que para a sensibilidade moderna parece tão fechado, autárquico e fora do reinado do significado” (LAQUEUR, 1992/2001, p. 9). O iluminismo, como sabemos, tinha por objetivo enunciar um saber que não rendesse homenagem a nenhum poder, no entanto aqueles que se dedicaram a esse ofício estavam a serviço dos nobres da época - e, portanto, ao poder de então - o que só pode culminar na Revolução Francesa (LACAN, 1971). Interessante notar que no final do século XVIII, enquanto a Revolução Francesa pregava os direitos de igualdade e liberdade, assistia-se a uma intensificação das preocupações, especialmente por parte dos médicos, com a diferença entre homens e mulheres. Nas últimas décadas do século das Luzes o meio médico adquire toda sua potência social. A onda de reformas e igualitarismo, longe de provocar uma revolução também nas representações médicas sobre a natureza dos seres humanos, acaba, ao contrário, originando uma reafirmação sem precedentes da sua condição biológica e dos papéis sociais atribuídos a cada sexo (ROHDEN, 2001). Não se podia justificar socialmente a desigualdade, ela agora se assentava na natureza e a ciência era a ferramenta legítima para evidenciá-la (GAUDENZI, 2018).

No começo do século XVIII, já não se trata mais de “similaridades”, mas de um “sistema de oposições”, um regime sexopolítico novo e visual. A nova anatomia sexual feminina é mapeada como um sexo inteiramente diferente do masculino, cujas formas e funções respondem à própria lógica anatômica. A invenção do que poderia ser chamado de estética da diferença sexual (e racial), avança Laqueur, é necessária para estabelecer uma hierarquia político-anatômica entre os sexos (masculino e feminino) e as raças (brancos e não brancos) em caso de agitações resultantes dos movimentos de revolução e liberação que clamam pela ampliação da esfera pública para mulheres e estrangeiros. De tal maneira que a verdade anatômica passa a funcionar como a legitimação de uma nova organização política do campo social (LAQUEUR, 1992/2001). Nesse período histórico, o pênis efetivamente se confunde com o falo, uma vez que há a tentativa de fazer corresponder ao sexo anatômico e às práticas sexuais, a função social de cada um, traço que marca a modernidade.

Khun (1962/2003) aponta que houve uma profunda divisão quanto à consideração do que é ciência em função da interseção que a ciência passou a ter com as ideologias e, sem dúvida, com a economia. Os novos conhecimentos produzidos pelas ciências biológicas outorgavam autoridade aos discursos médico e científico instaurando um processo de profissionalização de médicos e cirurgiões especialmente no século XIX.

É a partir do final do século XIX que não só os sexos são diferentes, como são diferentes em todo aspecto concebível do corpo e da alma, em todo aspecto físico e moral. “Uma anatomia e fisiologia de incomensurabilidade substituiu uma metafísica de hierarquia na representação da mulher com relação ao homem” (LAQUEUR, 1992/2001, p. 17). A referência orgânica eleva a existência de dois sexos ao estatuto de dado corporal incontestável. A diferença sexual, no final do século XIX, aparece solidamente baseada na natureza. A biologia – corpo estável, não-histórico e sexuado –, é elevada como fundamento epistêmico das afirmações consagradas sobre a ordem social.

A biologia da incomensurabilidade fornecia um modo de explicar as diferenças sociais, já que na própria natureza homens e mulheres eram diferentes, e mais do que isto, as mulheres eram naturalmente inferiores. A ciência, e em particular a medicina, se esmerava em acrescentar novos e intrigantes detalhes que provavam a intransponibilidade da diferença, que no século XIX já seria considerada inquestionável (ROHDEN, 2003, p. 203).

As investigações realizadas no século XIX no campo da anatomia chegaram a reunir evidências sobre as “origens comuns de ambos os sexos em um embrião morfologicamente andrógino, e não a sua diferença intrínseca” (LAQUEUR, 1992/2001, p. 21), bem como a importância da teoria do germe de Weismann⁷⁰. Contudo essas evidências não servem para apoiar a versão de um sexo único, surge o dimorfismo sexual e a ideia de um sexo oposto. “Só houve interesse em buscar evidência de dois sexos distintos, diferenças anatômicas e fisiológicas concretas entre o homem e a mulher, quando essas diferenças se tornaram *politicamente importantes*” (LAQUEUR, 1992/2001, p. 21. Grifo nosso).

A dimensão biológica, mesmo pouco conhecida, é tomada como substrato desta lógica na qual se procuram elementos que reforcem as diferenças, “o sexo, tanto no mundo de sexo único como no de dois sexos, é situacional; é explicável apenas dentro do contexto da luta sobre gênero e poder” (LAQUEUR, 1992/2001, p. 22-23). O que corrobora com os estudos feministas

⁷⁰ “August Friedrich Leopold Weismann (1834-1914) é normalmente reconhecido por duas importantes contribuições com relação à teoria da hereditariedade. A primeira foi sua bem sucedida crítica do princípio da herança dos caracteres adquiridos em 1882. A segunda diz respeito à distinção entre o “germeplasma” ou “plasma germinativo” (material responsável pela hereditariedade, contido nas células reprodutivas) e o “somatoplasma” ou “plasma somático” (células do restante do corpo). Weismann admitia que apenas o plasma germinativo era transmitido de uma geração a outra” (MARTINS, 2003). In: August Weismann e evolução: os diferentes níveis de seleção.

que afirmam: o sexo também é construído! Simone Beauvoir (1949) enuncia: “o destino não é a anatomia, pois o sexo das mulheres é uma questão política”⁷¹.

No século XIX, prevaleceu a concepção da origem da sexualidade na biologia dos corpos: o modelo reprodutivo científico permitiu opor radicalmente os corpos masculino e feminino a partir de uma diferença que passou a ser considerada como originária e determinada pela natureza. Na base da divisão binária dos gêneros e das suas atribuições respectivas, havia corpos sexuados incomensuráveis, com órgãos sexuais distintos pela primeira vez nomeados nas mulheres (AYOUCH, 2014).

Laqueur (1992/2001) define esse modelo essencialista da diferença sexual, como historicamente construído através da primazia da heterossexualidade e da dominação masculina que culmina na ideia de incomensurabilidade entre os sexos. Dessa forma, retomando o fio condutor de nossa argumentação, podemos perceber que a ideologia científica que tomou conta do Ocidente no século XIX nada mais fez, portanto, do que redefinir as relações de poder entre gêneros, agora justificadas pela biologia, que colocou em relevo constatações que eram até então desconsideradas. “Em uma época obcecada pela capacidade de justificar e distinguir os papéis sociais do homem e da mulher, a ciência parece ter encontrado na diferença radical do pênis e da vagina não só um sinal de diferença sexual como seu próprio fundamento” (LAQUEUR, 1992/2001, p. 280). Contudo, como aponta Rohden (2003), a imensa preocupação em descrever pormenorizadamente aquilo que distingue homens e mulheres, se constitui exatamente em função da percepção de que as fronteiras entre os sexos não eram estanques. Era a admissão de que os limites não estavam garantidos que chamava a atenção dos médicos.

um olhar mais atento ao discurso médico da passagem do século XIX ao XX, por exemplo, nos leva a perceber que é exatamente a instabilidade entre essas fronteiras, ou seja, a constatação da sua precariedade, que promove uma insistente reafirmação das oposições (ROHDEN, 2008, p. 148).

A ascensão da ciência moderna incidiu, em termos políticos, diretamente sobre o sexo e a diferença anatômica serviu de argumento último para justificação de seus princípios (POLI, 2004).

Neste contexto, não podemos desconsiderar que a questão da “ambiguidade sexual” causa equívocos. Magnus Hirschfeld⁷², pioneiro dos direitos dos homossexuais, fundamentou a teoria dos “intermediários sexuais” que tinha como principal fundamento criticar o

⁷¹ BEAUVOIR, S. 1949. *O segundo sexo. A experiência de vida Vol. II.*

⁷² Magnus Hirschfeld (1868-1935), ativista, médico e sexólogo judeu alemão, foi um dos fundadores, com Karl Abraham, da Sociedade Psicanalítica de Berlim em 1908 juntamente com Freud.

reducionismo contido na existência de dois sexos, pois, em suas palavras, podia-se observar uma variedade de "intermediários". Chamado de "O Einstein do Sexo"⁷³, fundou em Berlim (1920) seu Instituto de Ciências Sexuais, mundialmente conhecido, que funcionou até 1935 no qual buscava despatologizar as sexualidades não normativas, sem, contudo, abrir mão da crença em uma base biológica para a sexualidade. Seus dados clínicos influenciaram os "Três ensaios" de Freud (1905) o qual, ainda na página de abertura, credita-lhe "os escritos bem conhecidos". Otto Weininger, filósofo austríaco, em *Sexo e caráter* (1903), dedica um capítulo à "A sexualidade masculina e feminina". Georg Groddeck, psicanalista contemporâneo de Freud, publica "O duplo sexo do homem" (1931). Gregório Marañón (1930), médico espanhol, em *La evolución de la sexualidade y los estados intersexuales*, usa o termo "intersexual" para tratar de pessoas cuja a sexualidade estaria "entre" o masculino e feminino.

A "ambiguidade sexual", os "intermediários", o que Freud (1905) chamara de "hermafroditismo psíquico", atravessa toda leitura psicanalítica quanto aos papéis sociais de gênero e orientação sexual. Não contemplam, no entanto, as "variações biológicas do sexo". Leite Jr. (2008) assinala que a categoria "hermafrodita psíquico", criada pelo debate científico entre cirurgiões, endocrinologistas, psiquiatras, psicólogos e psicanalistas, surge dentro do nascente universo das ciências da psique e dele irão se originar todos os "perversos sexuais" do século XIX.

2.3 De hermafroditas a anormais

Eu só queria que cortassem logo *isso* dela para ela ser uma menina normal⁷⁴.

Desde a Antiguidade, temos acesso a entidades que se metamorfoseiam em monstros e impossibilidades ambíguas. Em *Metamorfoses*, escrito entre 8 e 14 d. C., Públio Ovídio Nasão (43 a.C. – 17 d.C.), poeta latino da Antiguidade Clássica, relata 282 metamorfoses diferentes. Afirma que "minha intenção é contar histórias sobre corpos que assumem diferentes formas" (OVÍDIO, 2003, p. 19). O mito de Hermafrodito, que recebe esse nome da junção dos nomes de seus pais: Hermes e Afrodite, conta a história de um jovem que teve seu corpo metamorfoseado e passou a ser um "semi-homem". Sendo fruto de um adultério, Hermafrodito

⁷³ Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/fsp/ilustrad/fq3006200020.htm>

⁷⁴ Fala da uma mãe de uma criança de um ano solicitando a genitoplastia para a filha portadora de hiperplasia adrenal congênita.

foi criado pelas Ninfas das florestas da Frigia se tornando um jovem de extraordinária beleza. Ele não se interessava pelas mulheres, apenas queria viajar para conhecer o mundo e aventurar-se por terras desconhecidas. Ao chegar à puberdade, abandona suas montanhas pátrias e sai em viagem por lugares desconhecidos, o que alivia o tédio que sentia. Visitou as cidades lícias e os caios, vizinhos da Lícia. Ali viu um lago cuja água era transparente até o fundo. Lá morava a ninfa Salmacis que tomada de luxúria frente à beleza do jovem tenta seduzi-lo, é rejeitada e coloca seu desejo: “todavia não fugirás. Ó deuses, fazei, pois, que nunca ele de mim, nem eu dele me separe”.

Os votos ganharam seus deuses; e os dois corpos mistos se unem, e seus semblantes se cobrem de um só. Como, se alguém na casca enxerta ramos, vê unirem-se crescendo e vicejarem juntos, assim, quando os membros se uniram por um tenaz abraço, nem são dois, nem dupla forma, que nem mulher nem moço se possa chamar, nenhum e ambos parecem ser.

O mito relata que Hermafrodito, nas límpidas águas, de varão tornara-se um “semi-homem” e erguendo as mãos, mas já sem a voz viril, fala: “ao vosso filho dai a graça, ó pai e mãe, ao que tem de ambos o nome: qualquer varão que penetre nestas fontes, saia daqui semi-varão e nas tocadas águas súbito amoleça”! Ambos os pais, comovidos, ratificaram as palavras do “biforme filho”, e mancharam a fonte de um filtro impuro⁷⁵.

Figura 7 – Hermafrodita. Império romano
27 ac-476 dc. Museu do Louvre⁷⁶



⁷⁵ "Nato date munera vestro, et pater et genetrix, amborum nomen habenti: quisquis in hos fontes vir venerit, exeat inde semivir et tactis subito mollescat in undis!" motus uterque parens nati rata verba biformis fecit et incesto fontem medicamine tinxit.' Disponível em: <http://livros01.livrosgratis.com.br/cp087079.pdf>

⁷⁶ <https://tendimag.com/2016/03/07/afrodite-fotografia/12-hermafrodita-imperio-romano-27-ac-476-dc-museu-do-louvre/>

Mircea Eliade (1962/1999)⁷⁷, em *Mefistófeles e o andrógino*, assinala que na Antiguidade o hermafrodita representava “uma situação ideal que se tentava atualizar espiritualmente por intermédio dos ritos, mas que, se uma criança mostrasse, ao nascer, sinais de hermafroditismo, era levada à morte pelos próprios pais” (ELIADE, 1962/1999, p. 102-3). De tal maneira que se o hermafrodita anatômico era considerado uma aberração da natureza, o andrógino ritual, por sua vez, constituía a totalidade dos poderes mágico-religiosos associados aos dois sexos. A alusão ao andrógino, mítica expressão da completude, no *Banquete* de Platão (380 a. C.) surge na fala de Aristófanes ao aludir a um terceiro sexo na origem da humanidade. Não havia dois sexos, mais três: o andros/homem, o gynos/mulher e o andrógino. Platão, dando voz a Aristófanes, narra o andrógino como ser “inteiro”. Esfumando lugares definidos como o gineceu e o androceu⁷⁸.

Antes de mais, importa que fiquem a conhecer a natureza humana e as mutações. Pois a nossa antiga natureza não era tal como hoje e sim diversa. Para começar, os seres humanos encontravam-se repartidos em três gêneros e não apenas em dois – macho e fêmea – como agora: além destes, havia um terceiro que partilhava das características de ambos, gênero hoje desaparecido, mas de que conservamos ainda o nome. Era ele o andrógino, que constituía então um gênero distinto, embora reunisse, tanto na forma como no nome, as características do macho e da fêmea; hoje, contudo, não passa de um nome lançado ao descrédito... (PLATÃO, 2001, p. 51-52. Grifo nosso).

Os seres andróginos eram redondos e possuíam quatro mãos, quatro pernas, duas faces, dois genitais, quatro orelhas e uma cabeça. Por sua natureza, tornaram-se muito poderosos e desafiaram os deuses, sendo, por isso, castigados por Zeus, que decidiu cortá-los em duas partes, de maneira a torná-los fracos e úteis, porque seriam mais numerosos para servirem aos deuses. “Teria sido apenas um bicho com duas costas, grudadas uma na outra, o ciúme de Zeus fez dois [...] É Aristófanes que inventa a famosa bipartição do ser (LACAN, 1971-72, p. 123)”, dirá Lacan. Após essa divisão, os novos seres, incompletos, passaram a procurar suas metades correspondentes.

⁷⁷ *Mefistófeles e o andrógino: comportamentos religiosos e valores espirituais não-europeus*. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

⁷⁸ Na Grécia do século V a.C. a residência era dividida em três partes: ágora, o androceu e o gineceu. A ágora era o espaço comum, normalmente um pátio com uma fonte de água, embora fosse um espaço privado era compartilhado igualmente por todos da casa. O androceu era o espaço masculino onde o homem cidadão oferecia banquetes, recebia visitas, celebrava com os amigos, enfim era um espaço de interação entre o mundo da casa com o mundo lá fora, essa mediação entre o público e o privado só se dava no androceu. Outro espaço era o gineceu – o espaço feminino – um espaço restrito às mulheres e aos membros daquela família, os homens autorizados a entrarem neste espaço eram: o pai, o marido, o filho, o irmão, o tio. Todos ligados à mulher por laços de parentesco. Um homem de fora, nunca entraria neste espaço. Disponível em: <https://cpantiguidade.wordpress.com/2010/08/17/a-casa-grega-do-v-a-c/>

encontra “exatamente na encruzilhada do corpo e da população. Portanto, ela depende da disciplina, mas também depende da regulamentação”.

O “monstro humano” é essencialmente uma noção jurídica, num registro duplo, ele é uma violação das leis da sociedade e uma violação das leis da natureza, uma “infração às leis em sua existência mesma” (FOUCAULT, 1975-76/2010, p. 45). Seu surgimento inscreve-se assim num domínio “jurídico-biológico”. Nesse espaço, o monstro aparece como um fenômeno extremo e extremamente raro. “Ele é o limite, o ponto de inflexão da lei e é, ao mesmo tempo, a exceção que só se encontra em casos extremos [...] o monstro é o que combina o impossível com o proibido” (FOUCAULT, 1975-76/2010, p. 45). O monstro contradiz a lei, contudo não deflagra uma resposta legal. O que ele suscita “será a violência, será a vontade de supressão pura e simples, ou serão os cuidados médicos, ou será a piedade” (FOUCAULT, 1975-76/2010, p. 46). É um equívoco pensar que é a lei que responde à existência do monstro, pois se ele ataca a lei, não é ela que responde, pois o monstro é uma infração que se coloca automaticamente fora da lei. O segundo equívoco, avança Foucault (1975-76/2010), é que o monstro é “a forma natural da contra-natureza”, um modelo ampliado de todas as pequenas irregularidades possíveis, sendo “o princípio de inteligibilidade de todas as formas da anomalia” (FOUCAULT, 1975-76/2010, p. 46). Assim, o século XIX será marcado pela tentativa de descobrir qual fundo de monstruosidade existe por trás das pequenas anomalias. O monstro, paradoxalmente, é um princípio de inteligibilidade tautológico, explica em si mesmo todos os desvios que podem derivar dele, mas sem ser em si mesmo ininteligível. Esses equívocos do monstro humano, de forma atenuada, mas de forma ativa, vão estar presentes no fim do século XVIII e no início do século XIX, “em toda problemática da anomalia e em todas as técnicas jurídicas ou médicas” (FOUCAULT, 1975-76/2010, p. 49). O anormal é um monstro banalizado, conclui Foucault.

O “indivíduo a ser corrigido”, ao contrário do monstro que por definição é uma exceção, é um fenômeno corrente e incorrigível porque se apresenta como sendo a corrigir na medida em que fracassam todas as técnicas e investimentos pelos quais se tenta corrigi-lo. Essa figura do incorrigível soma-se ao monstro empalidecido, “o anormal do século XIX também é um incorrigível, um incorrigível que vai ser posto no centro de uma aparelhagem de correção” (FOUCAULT, 1975-76/2010, p. 50).

Quanto ao terceiro elemento, o “masturbador”, aparece no campo da família sendo uma figura totalmente nova no século XIX. Se o monstro tem seu contexto de referência na natureza e na sociedade, se o indivíduo a ser corrigido tem em seu contexto a família e seu entorno, o masturbador tem um espaço muito mais estreito: “é o quarto, a cama, o corpo; são os pais, os tomadores de conta imediatos, os irmãos e irmãs; é o médico – toda uma espécie

de microcélula em torno do indivíduo e do seu corpo” (FOUCAULT, 1975-76/2010, p. 50). Um indivíduo quase universal, mas que ninguém comunica a ninguém – o onanista.

O indivíduo anormal do século XIX vai ficar marcado – e muito tardiamente, na prática médica, na prática judiciária, no saber como nas instituições que vão rodeá-lo – por essa espécie de monstruosidade que se tornou cada vez mais apagada e diáfana, por essa incorrigibilidade retificável e cada vez mais investida por aparelhos de retificação. E, enfim, ele é marcado por esse segredo comum e singular, que é a etiologia geral e universal das piores singularidades (FOUCAULT, 1975-76/2010, p. 51).

Esses três elementos introduzem esse domínio da anomalia que, pouco a pouco, vai recobri-los, confiscá-los, de certo modo colonizá-los, a ponto de absorvê-los. Essa “genealogia dos indivíduos anormais” se formará quando uma rede regular de saber e de poder, – investindo-se deles – reunirá o mesmo sistema de regularidades. Cada corpo torna-se “um indivíduo que é preciso corrigir”. Neste novo contexto epistemológico, inventa-se a criança masturbadora e o monstro sexual, que se transforma ou em objeto de estudo científico ou fará parte dos *Freak Shows*, o que enceta um duplo movimento: vigilância médico-jurídica e espetacularização midiática.

No que tange os “monstros hermafroditas”, Foucault considera privilegiados os da Idade Clássica quando colocados em relação aos que viveram entre a Idade Média e inícios do século XVII, uma vez que estes eram queimados vivos e suas cinzas jogadas ao vento pelo fato de possuírem dois sexos e “só podia possuir os dois sexos porque tivera relações com Satanás” (FOUCAULT, 1975-76/2010, p. 55). A partir do século XVII, a condenação não advinha pelo fato de ser hermafrodita, mas das relações sexuais com pessoas do mesmo sexo. O reconhecimento do hermafroditismo incorria numa obrigatoriedade de escolha por um dos sexos. Em função do sexo que era escolhido pediam-lhe que se comportasse como tal, que se vestisse de acordo com ele. A condenação não era motivada pela natureza do corpo, mas pelo comportamento, “era só se usasse o sexo anexo que, nesse momento, incorria nas leis penais e merecia ser condenado por sodomia” (FOUCAULT, 1975-76/2010, p. 57).

Quanto à escolha do sexo, Foucault (1978) fornece uma introdução para a tradução inglesa do livro *Herculine Barbin. O diário de um hermafrodita*, na qual questiona se a noção de um sexo verdadeiro é necessária. Aponta que nas sociedades do ocidente moderno o que conta é “a realidade dos corpos” e a “intensidade dos prazeres”, coisa que outrora não acontecia, como é possível verificar na “história do estatuto que a medicina e a justiça concederam aos hermafroditas”.

2.4 Normas sociais e normas vitais

A masculinidade completa e a feminilidade completa representam os finais extremos de um espectro de tipos de corpos possíveis. O fato de esses fins extremos serem os mais frequentes deu crédito à ideia de que eles não são apenas naturais (isto é, produzidos pela natureza), mas normais (isto é, representam tanto um ideal estatístico quanto um ideal social). O conhecimento da variação biológica, entretanto, nos permite conceituar os espaços intermediários menos frequentes como naturais, embora estatisticamente incomuns.⁷⁹

Canguilhem (1966/1982), ao retomar vinte anos depois seu *Ensaio sobre alguns problemas relativos ao normal e ao patológico* (1943)⁸⁰, em suas *Novas reflexões referentes ao normal e ao patológico* (1963-1966), propõe uma revisão da relação normal/patológico na qual correlaciona os termos “norma”, “normal” e “anormal” para distinguir atribuições à norma vital e à norma social, justificando assim o conceito de normatividade social. Ele busca elementos na etimologia que possam esclarecer a confusão estabelecida entre os termos anomalia e anormal: anomalia vem do grego *anomalía* que significa desigualdade, aspereza; *omalos* designa, em grego, o que é uniforme, regular, liso; *an-omalos*, por sua vez, é o que é desigual, rugoso, irregular, no sentido que se dá a essas palavras ao falar de um terreno.

O *nomos* grego e o *norma* latino têm sentidos vizinhos, lei e regra tendem a se confundir. Assim, com todo rigor semântico, anomalia designa um fato, é um termo descritivo, ao passo que anormal implica referência a um valor, é um termo apreciativo, normativo, mas a troca de processos gramaticais corretos acarretou uma conclusão dos sentidos respectivos de anomalia e anormal. Anormal tornou-se um conceito descritivo e anomalia tornou-se um conceito normativo (CANGUILHEM, 1966/1982, p. 101).

O sentido dos conceitos de “norma” e de “normal”, avança Canguilhem, são intrinsecamente ligados. O normal é, ao mesmo tempo, a extensão e a exibição da norma que requer fora de si, a seu lado e junto a si, tudo o que ainda lhe escapa. *Norma* é uma palavra latina que significa esquadro e *normalis* significa perpendicular, uma norma é aquilo que serve para “endireitar”. Normalizar “é impor uma exigência a uma existência, a um dado, cuja

⁷⁹ FAUSTO-STERLING, A. 2000.

⁸⁰ Tese de doutorado na qual Canguilhem define o estado patológico não apenas como uma quantificação, excesso ou redução ao estado normal, mas como uma normalidade. Canguilhem chega a afirmar que é preciso olhar para além do corpo para julgar o que é normal ou patológico para esse mesmo corpo.

variedade e disparidade se apresentam, em relação à exigência, como *um indeterminado hostil, mais ainda do que estranho*” (CANGUILHEM, 1966/1982, p. 211. Grifo nosso). O que faz do “normal” um conceito polêmico, uma vez que qualifica negativamente esse “indeterminado hostil”, mas depende de sua compreensão. “Uma norma se propõe como um modo possível de unificar um diverso, de reabsorver uma diferença, de resolver uma desavença” (CANGUILHEM, 1966/1982, p. 212). Canguilhem propõe uma confrontação das normas sociais e das normas vitais. Partindo do organismo, faz incursões no estudo da sociedade. A norma biológica tem valor intrínseco e natural, uma luta da vida em favor à sua própria preservação. Já a norma social nada tem de natural, diz respeito às representações simbólicas. Uma norma social não é imanente, não é interna, está repleta de antagonismos e dissidências e está longe de se colocar como um todo.

A anomalia, por sua vez, seria, originalmente, um fato biológico, tendo que ser definida, em geral, pelo ponto de vista morfológico. De tal maneira que, faz-se necessário uma distinção entre os conceitos de anomalia e de monstruosidade. Canguilhem (1962/2012) em “A monstruosidade e o monstruoso”, afirma que um desvio morfológico pode nos causar um “terror radical”, pois sendo viventes, efeitos reais das leis da vida, esse “fracasso da vida” teria podido nos atingir, ou poderia vir por meio de nós. Assim sendo, nossos olhos viventes consideram a falha morfológica um monstro. Contudo, “o monstro seria apenas outro que não o mesmo, uma ordem outra que não a mais provável” (CANGUILHEM, 1962/2012, p. 187). Na Idade Média, assim como os loucos vivem em sociedade com os sãos, os monstros vivem com os normais. Todavia, no século XIX “o louco é posto no asilo que lhe serve para ensinar a razão, e o monstro, no frasco do embriologista que lhe serve para lhe ensinar a norma” (CANGUILHEM, 1962/2012, p. 195). A teratologia nasce do encontro entre a anatomia comparada e da embriologia reformada pela adoção da teoria da epigênese.

O discurso racional da ciência médica tende a mostrar como as conformações físicas, consideradas não naturais, são indicativas de potencialidades sociais monstruosas. Monstruosidade e monstruoso estabelecem uma relação à serviço de duas formas de julgamento normativo: médico e jurídico, que foram inicialmente confundidas, mais do que compostas no pensamento religioso. O monstruoso carrega nele o criminoso. Então, como Canguilhem pergunta: “na presença de um pássaro de três pernas, devemos ser mais sensíveis a isso do que é demais, ou é apenas mais um”?

Com o advento da Revolução Francesa no século XVIII, as reformas pedagógicas e hospitalares que incidiram sobre essas instituições, exprimiam uma exigência de racionalização, da nascente política econômica de industrialização, que levará ao que se chamou

de “normalização”. De tal maneira que, “normal é o termo pelo qual o século XIX iria designar o protótipo escolar e o estado de saúde orgânica” (CANGUILHEM, 1966/1982, p. 209), tomados como modelos de normalidade do século XIX. Igualmente, a norma é aquilo que fixa o normal a partir de uma decisão normativa, o que só poderá ser entendido no contexto de outras normas.

É por sua formação médica e filosófica ao mesmo tempo que Canguilhem pode nos legar um olhar tão perscrutador da questão. Ao enunciar que a inversão de uma norma lógica, talvez tenha como resultado uma norma estética e a inversão de uma norma ética, talvez tenha como resultado uma norma política, Canguilhem aponta que a normalização se dá como apreciação estética, uma vez que a norma não é original “a regra só começa a ser a regra fazendo regra, e essa função de correção surge da própria infração” (CANGUILHEM, 1966/1982, p. 109). Assim, o normal não é indiferente à passagem do tempo, nem ao que o circunda. O que está em jogo no campo do vivente é a passagem de uma ética para uma política. Na realidade, quando já não se queimavam mais os hermafroditas, o que fazer com eles?

Entre 1759, data do aparecimento da palavra normal, e 1834, data do aparecimento da palavra normalizado, uma classe normativa [burguesia] conquistou o poder de identificar a função das normas sociais com o uso que ela própria fazia das normas cujo conteúdo determinava. Bom exemplo de *ilusão ideológica*... (CANGUILHEM, 1966/1982, p. 218. Grifo nosso).

Essa “ilusão ideológica” se faz presente no contexto da intersexualidade, uma vez que a necessidade da mediação técnica da biomedicina visando identificar anomalias, “desvios” dos padrões normativos são estabelecidos por esse mesmo discurso biomédico. Se, aos sujeitos com sexo indeterminado, por muito tempo, incidiu o estigma de “erro da natureza”, tais “monstros” suscitaram a curiosidade, o asco ou o deslumbramento. É a partir do século XIX que o modelo biomédico passa a considerar o corpo intersexo como possibilidade de fornecer informações sobre o desenvolvimento da sexualidade humana. Interesse ligado à estabilização do modelo dimórfico sexual que não se centrava na semelhança entre os sexos, mas nas suas diferenças, o que tornou intolerável qualquer indício de confusão entre os sexos (LAQUER, 1992/2001).

Para Foucault (1978), o biopoder, “o conjunto dos mecanismos pelos quais aquilo que, na espécie humana, constitui suas características biológicas fundamentais vai poder entrar numa política, numa estratégia política, numa estratégia geral de poder”, é uma das configurações da governamentalidade que transforma a vida em objeto de poder. Ao comparar a lei, a disciplina e a segurança com o intuito de diferenciá-las, Foucault ressalta que a lei proíbe, a disciplina prescreve e a segurança, sem proibir ou prescrever, anula ou regula uma realidade utilizando instrumentos que proíbem e prescrevem. No que tange a lei, a existência de uma normatividade

a relaciona à norma, contudo não se impõe como uma técnica de normalização. Esta por sua vez advém da disciplina que instaura procedimentos e demarca o que é normal e o que é anormal e termo, utilizado por Foucault, para nomear esse processo: “normação”. Já na segurança, o que vem em primeiro plano é o normal e dele se deduz a norma, ocorrendo assim a normalização.

A biopolítica, termo utilizado por Foucault (1978) para designar a forma na qual o poder tende a se modificar no final do século XIX e início do século XX, que incide sob a população, e não sob o indivíduo como outrora, aliada a uma anátomo-política do corpo, representa uma “grande medicina social” que se aplica à população a fim de controlar a vida: a vida faz parte do campo do poder. Opera sob a forma de disciplinas normalizadoras que tendam a produzir identidades “normais”. O pensamento medicalizado utiliza meios de correção que não são meios de punição, mas meios de transformação dos indivíduos, e toda uma tecnologia do comportamento do ser humano está ligada a eles. Permite aplicar a sociedade uma distinção entre o normal e o patológico e impor um sistema de normalização dos comportamentos e das existências, dos trabalhos e dos afetos. As disciplinas, a normalização por meio da medicalização social, a emergência de uma série de biopoderes e a aparição de tecnologias do comportamento formam, portanto, uma configuração do poder⁸¹, que, segundo Foucault, é ainda a nossa.

Os significantes usados em referência ao corpo intersexo: fusão lábio-escrotal, hipospádia, clitoromegalia, aberração cromossomial, disgenesia, hiperplasia, mutação... remetem à patologia, à incompletude, um processo de patologização. A anomalia vira sinônimo de uma anormalidade quando ela se torna um obstáculo ao exercício das funções diante de um ideal de saúde. Contudo, essas “anormalidades” são, ao mesmo tempo, preenchidas por um turbilhão de investigações do “verdadeiro sexo” que se inscrevem na segmentaridade dura do binarismo heterossexual: masculino e feminino. Colocando em segundo plano a necessidade de criar condições para uma vida possível de viver. O problema é que isso não é apenas na medicina, mas também na justiça. Ambas nasceram com essas orientações no século XIX e se embrenharam no discurso comum. Embora o casamento entre medicina e o direito apresente sinais de desgaste, pois a judicialização da medicina é uma realidade com a qual nos confrontamos diariamente nos Serviços de saúde, ambos incidem de maneira normativa sobre os corpos. Legislam, clinicam e operam uns sobre papéis, outros sobre corpos, mas ambos parecem desconhecer o que está em jogo: o saber sobre o sexo não está do lado da medicina, nem da justiça, mas do lado do próprio sujeito. Disto, nada querem saber.

⁸¹ O biopoder se ocupa da gestão da saúde, da higiene, da alimentação, da sexualidade, da natalidade, dos costumes etc., na medida em que essas se tornaram preocupações políticas.

Na lógica biomédica, os corpos intersexos comportam uma clínica e uma terapêutica predominantemente cirúrgicas que constituem uma “fábrica normalizadora do sexo” (LAUFER, 2010). Uma visão biomédica que desconsidera questões psíquicas e sociais e com base numa argumentação pseudocientífica produz um sofisma segregacionista (ARÁN, 2009). A questão com a qual nos deparamos de saída é que nem sempre, ao promover esse enfoque cirúrgico, o contexto médico leva em conta a observação de Canguilhem (1966) quando ele afirma que as eficiências clínicas e terapêuticas são inseparáveis,

A clínica não é uma ciência e jamais o será, mesmo que utilize meios cuja eficácia seja cada vez mais garantida cientificamente. A clínica é inseparável da terapêutica, e a terapêutica é uma técnica de instauração ou de restauração do normal, cujo fim escapa à jurisdição do saber objetivo, pois é a satisfação subjetiva de saber que uma norma está instaurada. Não se ditam normas à vida, cientificamente. Mas a vida é essa atividade polarizada de conflito com o meio, e que se sente ou não normal, conforme se sinta ou não em posição normativa (CANGUILHEM, 1966/1982, p. 185. Grifo nosso).

Para além do fato de termos sido testemunhas de momentos em que a prática no campo médico pode crer numa objetividade da terapêutica, o que justamente o texto de Canguilhem questiona fortemente, uma outra questão se impõe de igual monta em nosso campo de pesquisa, também de saída, e que é: se a terapêutica é “uma técnica de instauração ou de restauração do normal”, o que é uma genitália normal? Se sentir ou não em posição normativa, no que tange o sexo, depende do genital que se tem? Uma intervenção cirúrgica que vise apenas restaurar esteticamente, a quem serve? Canguilhem (1966/1982) abaliza que

não existe fato que seja normal ou patológico em si. A anomalia e a mutação não são, em si mesmas, patológicas. Elas exprimem *outras normas de vida possíveis*. [...] O patológico não é a ausência de norma biológica, é uma norma diferente, mas comparativamente repelida pela vida. [...] Se é verdade que o corpo humano é, em certo sentido, produto da atividade social, não é absurdo supor que a constância de certos traços, revelados por uma média, dependa da fidelidade consciente ou inconsciente a certas normas da vida. Por conseguinte, na espécie humana, *a frequência estatística não traduz apenas uma normatividade vital, mas também uma normatividade social*. Um traço humano não seria normal por ser frequente; mas seria frequente por ser normal, isto é, normativo em um determinado gênero de vida (CANGUILHEM, 1966/1982, p. Grifo nosso).

Nos casos de intersexo, “outras normas de vida possíveis” são colocadas em jogo para além da normatividade social. No entanto, diante de um bebê com genitália atípica, o modelo biomédico ainda reproduz a ideia, mesmo nos dias atuais, de “anormal”, “erro da natureza”, “anomalia”, “desvio” que precisará ser reparado. Tal como propõe Canguilhem: “o normal é o efeito obtido pela execução do projeto normativo, é a norma manifestada no fato” (CANGUILHEM, 1966/1982, p. 216).

Antes de avançarmos nesse sentido, cabe aqui um esclarecimento encontrado na obra de Butler (2004/2014), “uma norma não é o mesmo que uma regra, e não é o mesmo que uma lei. Uma norma opera no âmbito de práticas sociais sob o padrão comum implícito da *normalização*”. De tal maneira que,

um sentido importante da regulação é que as pessoas são reguladas pelo gênero e que esse tipo de regulação opera como uma condição de inteligibilidade cultural para qualquer pessoa. Desviar-se da norma de gênero é produzir o aberrante exemplo que os poderes regulatórios (médico, psiquiátrico, e legal, apenas para nomear alguns) podem rapidamente explorar para alavancar a racionalidade de seu próprio zelo regulador continuado.

Cabe ressaltar que Butler é uma precursora no que tange pensar a vulnerabilidade das pessoas intersexo em função das normas de gênero ao fazê-lo pelo viés dos corpos abjetos. Butler (2004/2014) introduz questões que consideramos relevantes: “que desvios da norma constituem algo diferente do que uma desculpa ou justificativa para a continuidade da autoridade da norma? Que desvios da norma desrompem o processo regulatório”? E traz como resposta:

A questão da “correção” cirúrgica de crianças intersexuais é um caso exemplar. Aqui o argumento é de que crianças que nascem com características sexuais primárias irregulares devem ser “corrigidas” para adequar-se, sentir maior conforto, se tornarem normais. Cirurgias corretivas são às vezes realizadas com o apoio dos pais e em nome da normalização, e os custos psíquicos e físicos dessas cirurgias demonstraram ser enormes para aqueles que foram submetidos, por assim dizer, à “*faca*” da norma. Os corpos produzidos por meio dessa execução reguladora de gênero são corpos com dor, portadores das marcas da violência e do sofrimento. Aqui, *a ideia de morfologia de gênero é literalmente inscrita na carne* (BUTLER, 2004/2014. Grifo nosso).

A “faca” da norma que inscreve na carne a morfologia de gênero é manejada por um discurso médico baseado em evidências que nem sempre decorrem da clínica. A racionalidade clínica hegemônica de nosso tempo procura, por meio de sua especialização, nos ramos da endocrinologia, da biologia molecular determinar de modo inequívoco a realidade do sexo do sujeito intersexo aferrando-se à ideia que não se trata de gênero, mas do biológico. Uma clínica médica atravessada por uma perspectiva pseudocientífica, que propõe métodos neutros e resultados universais.

Na pesquisa de Machado (2005) sobre as representações corporais e práticas sociais de profissionais e de familiares de pessoas intersexo, o nível anatômico emerge como elemento primordial na decisão médica de construção desse ou daquele sexo. As decisões são tomadas, como revela a autora, menos em função de uma “facilidade técnica” e mais em função de “restaurar uma natureza incompleta” (MACHADO, 2005, p. 280) presente em outras partes do corpo que não na genitália “ambígua”. Segundo a autora:

É aceito que o [sexo] está impresso em variados locais no corpo humano e que é justamente isso que faz com que diferentes critérios sejam considerados no processo de tomada de decisões quando se está em frente a um caso de intersexo. No entanto, pode-se dizer que um dos níveis, o anatômico, é eleito como fundamental exatamente porque é aquele considerado capaz de remeter ao “sexo verdadeiro” através da genitália construída (MACHADO, 2005, p. 266).

O que esse modelo de pensamento esquece, é que a realidade do sexo se dá em sua “relação com a alteridade, em que para ele [o sujeito] consistem a linguagem, a família, a sociedade, enfim, todos os elementos do que Lacan denominou o Outro, que o sujeito vai sexuar-se, definir-se homem ou mulher, e definir também os seus demais atributos” (ELIA, 2000, p. 26). Logo, essa racionalidade ávida por determinar o sexo independentemente do sujeito se esquece, indiscutivelmente, da clínica! Diagnosticar o sexo, do ponto de vista biológico, é, também, uma tarefa incerta, e as certezas acumuladas a seu respeito são também provisórias. Além disso, se tomarmos a normalização como primado fundamental do modelo biomédico, não nos parece surpreendente que todos os avanços científicos no campo da biologia molecular ao serem trasladados para a prática médica sejam acompanhados de uma leitura social assustadora (SILVA, 2020). Segundo Lacan (1975/2016), “as pessoas tomaram os descobrimentos científicos – sejam eles quais forem – pra aplicá-los a outros fenômenos que não aqueles que não haviam provocado”. Para Safatle (2019), o uso político do biológico aparece como justificativa de políticas eugenistas e racistas.

2.5 Da teoria moneysta de gênero ao consenso de Chicago

Os muros do hospital, se são menos altos, são mais sólidos que os do asilo⁸².

O desenvolvimento da endocrinologia e da genética nos anos 1920 a 1950 permitiu uma melhor compreensão da fisiologia da intersexualidade. A complexidade das variações biológicas encobertas por esse termo, levou a uma taxionomia pautada em sua etiologia. De tal maneira que, os casos de origem cromossômica – síndrome de Turner (45, X) ou síndrome de Klinefelter (47, XXY), diferiam dos casos de origem hormonal – hiperplasia adrenal congênita... Em paralelo, a produção industrial de hormônios sexuais e o desenvolvimento de técnicas cirúrgicas, aperfeiçoadas durante a Segunda Guerra Mundial, ampliaram a intervenção biomédica nos protocolos de “correção” da ambiguidade genital do intersexo. Curiosamente,

⁸² CLAVREUL, J. 1978, p. 43.

são os endocrinologistas, a partir do fim dos anos 1940, que adotaram uma política de tratamento precoce, colaborando com cirurgiões que “executavam” o sexo assinalado à criança e intervinham para normatizar o corpo ao sexo atribuído.

“As crianças tratadas dessa maneira tornaram-se verdadeiras ‘experiências da natureza’ que permitem, ao menos em teoria, estudar os efeitos dos parâmetros biológicos e da educação sobre o comportamento e o desejo sexual” (LÖWY, 2003). Sant’Anna (2000) nos aponta que “além de ser um processo histórico, o corpo funciona como um processador da história, por meio do qual são veiculados e modificados os legados culturais e biológicos” (SANT’ANNA, 2000).

A medicina do século XX, com os avanços da anestesia e da cirurgia, transmutou-se das taxionomias dos corpos intersexo para as mais invasivas práticas de conformação anatômica genital de um sexo diagnosticado e verdadeiro. Thorwald (1956/2005), ao retomar os papéis legados por seu avô materno, Hartmann, afirma que “o glorioso século dos cirurgiões só raiaria em 1846”⁸³, com a descoberta da anestesia e com isso a possibilidade de realizar operações sem dor.

A “Era cirúrgica” (DREGER, 2000), no contexto da intersexualidade, surge sob os auspícios do pai da urologia Hugh Hampton Young nas décadas de 1920 e 1930 na Universidade Johns Hopkins em Baltimore. Em seu manual inovador, *Anormalidades genitais, hermafroditismo e doenças adrenais relacionadas* (1937), descreve detalhadamente técnicas cirúrgicas urológicas e dedica boa parte do livro à discussão de casos de hermafroditismo verdadeiro e pseudo-hermafroditismo⁸⁴. Em uma linguagem típica de um cirurgião que descobre um novo campo, e ainda no *Prefácio*, Young afirma entusiasmado que apenas nos últimos anos, início da década de 30, “começamos a abordar a explicação das maravilhas da anormalidade anatômica que pode ser demonstrada por esses indivíduos incríveis. Mas a cirurgia do hermafrodita permaneceu um terreno desconhecido”. Por outro lado, o que identifica como o “triste estado desses infelizes”, levou Young a engendrar “uma grande variedade de procedimentos cirúrgicos” pelos quais ele tentava “normalizar” seus genitais o máximo possível (YOUNG, 1937, p. 39-40).

⁸³ In: *O século dos cirurgiões*. Título do original alemão *Das Jahrhundert der Chirurgen*. Jürgen Thorwald retoma os papéis legados por seu avô materno H. S. Hartmann.

⁸⁴ Embora em desuso, ainda presente no CID-10, Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, uma das principais ferramentas epidemiológica do cotidiano médico. Enquanto o pseudo-hermafroditismo é definido quando a gônada está definida e a genitália externa é ambígua, dividindo-se em duas categorias: pseudo-hermafroditismo masculino e feminino. No hermafroditismo verdadeiro há a presença concomitante de tecido ovariano e testicular em um mesmo indivíduo. Esses tecidos podem estar presentes em gônadas distintas (ovário e testículo) ou na mesma gônada, denominada ovotestis; essa última pode ser bilateral.

Todo o saber biológico sobre o hermafroditismo humano acumulado desde os anos 1920, e cuja suma é o manual de Young, é interpretado sociologicamente, evidenciando uma preocupação social e científica em corrigir corpos sexuados não hegemônicos, corpos que faltam ou excedem a normalidade (PIRES, 2018). A moderna cirurgia não se esgota na terminologia aristotélica do “saber executar com as mãos”, ela cria novos corpos compatíveis com a norma vigente. Reis (2009) adverte que a prática médica não pode ser entendida fora do contexto cultural mais amplo no qual está inserida.

É importante lembrar que a noção de gênero foi forjada e imposta num contexto médico, antes de se tornar um grande conceito dos *gender studies* americano. Na década de 1950, período pós-segunda guerra mundial, John Money, psicólogo e sexólogo, começa a utilizar a noção de “gênero” para dar conta da possibilidade de modificar cirúrgica e hormonalmente a morfologia sexual das crianças intersexos e das pessoas transexuais. Lawson Wilkins – fundador da endocrinologia pediátrica – convidou o psicólogo John Money⁸⁵ à Universidade Johns Hopkins (Baltimore), logo após a defesa de sua tese de doutorado, *Hermafroditismo: uma pesquisa sobre a origem de um paradoxo humano* (1952), na qual investigou as consequências mentais e emocionais de crescer com um corpo ambíguo, sob um ângulo psicológico. Wilkins também incluiu na equipe do laboratório norte americano um casal de psiquiatras, Joan e John Hampson e juntos desenvolveram bases teóricas que justificassem as intervenções precoces. O *Protocolo Money*, como ficou conhecido, criado a partir de pesquisas de psicólogos que acompanharam o tratamento de crianças intersexo, estabeleceu-se como um parâmetro médico-científico de intervenções para modelar a identidade de gênero⁸⁶ de crianças intersexo partindo dos vínculos entre a identidade profunda de indivíduo, sua anatomia, seus cromossomos e seus efeitos hormonais. Discurso que matizou o período e, a partir do qual, evocou um conjunto de valores éticos e morais que forjaram o entendimento da diferença sexual.

Money utilizou o conceito de gênero para diferenciar o sexo biológico da criança de sua identidade sexual, contudo, para ele perceber-se como um homem ou uma mulher, tratava-se de adotar um comportamento masculino ou feminino que deveria estar em conformidade com a identidade postulada *a priori*. Para Money (1954), até os dezoito meses de vida da criança a identidade de gênero poderia ser moldada. A genitália deveria ser ajustada o quanto antes para garantir o desenvolvimento adequado e saudável do gênero no futuro. Após esse período, os comportamentos masculinos ou femininos apreendidos se estabilizariam, adquirindo um caráter

⁸⁵ Nascido em 1921 na Nova Zelândia, ele se mudou para os Estados Unidos aos 25 anos. Fez doutorado em psicologia na Universidade de Harvard.

⁸⁶ A palavra gênero foi utilizada pela primeira vez por Money em 1955.

imutável (BENTO, 2006). Julgava que, intervindo na anatomia orientava-se a criança para um sexo de criação conforme essa anatomia, o que nos leva à observação de que seu modo de ver as coisas tinha fundamento numa medicina de meados do século XIX, quando era ainda a máxima anatômica (FOUCAULT, 1963/1977) a que se impunha como inovadora e não aquela medicina que surgiu na sequência, baseada na fisiologia, e que Lacan (1966) iria identificar como paradigmática na corrida em direção ao “cientificismo da clínica” (ALBERTI & ELIA, 2008. p. 783).

A ideia de um sexo psicológico “ambiental” separado do sexo biológico baseou-se num modelo behaviorista para o que denominou de “papel de gênero” (MONEY, 1955) e o conceito de que todas as crianças nascem com uma “neutralidade psicosexual”⁸⁷, o que permitiria designá-las em qualquer gênero, desde que a anatomia do genital conferisse credibilidade à conduta a ser indicada. Importante ressaltar que o psicanalista americano, Robert Stoller, que ajudou a estabelecer uma clínica pioneira com sujeitos transexuais no início da década de 1960, o Centro de Identidade de Gênero da UCLA, a partir do vocabulário introduzido por Money, desenvolveu uma noção influente ao refinar ainda mais a separação entre sexo biológico e gênero com a ideia de “identidade de gênero”. Esta seria o sentimento de pertencimento a um determinado gênero, logo uma experiência subjetiva, um gênero separado do sexo. Ambos se questionavam sobre o substrato biológico da identidade sexual. Tanto um quanto outro concluíram que masculino e feminino são construções sociais, que o biológico não contribui, ou contribui muito pouco no processo de identificação sexual.

As cirurgias plásticas urogenitais eram indicadas o mais precocemente possível para correção anatômica dentro da estética genital normatizante, com o argumento de que dessa forma os bebês não se lembrariam delas, argumento usado até hoje nas indicações cirúrgicas precoces. O movimento social, por sua vez, sustenta a pergunta: a insistência da intervenção precoce, por parte dos médicos, não estaria, ao menos em parte, motivada pela resistência oferecida pelos intersexo adultos à normalização pela via da cirurgia? Pais angustiados frente à “genitália ambígua” do filho não estariam muito mais disponíveis à sugestão médica de uma cirurgia normalizadora, enquanto bebês não podem, por sua vez, oferecer resistência alguma?

De acordo com aquele modelo da Johns Hopkins, o nascimento do bebê intersexo deve ser considerado uma urgência psicossocial que exige o trabalho de uma equipe multidisciplinar

⁸⁷ A teoria da neutralidade psicosexual ao nascimento, proposta por Money, ainda incide nas práticas de manejo intersexo. Sustenta-se em dois postulados: os indivíduos são psicossualmente neutros ao nascimento e um desenvolvimento psicossocial saudável estaria apoiado na aparência da genitália claramente definida.

de especialistas em intersexualidade. Cabe ressaltar que essa equipe será formada por endocrinologistas e cirurgiões impreterivelmente, enquanto psicólogos, bioéticos e representantes dos movimentos sociais podem ser dispensáveis. A equipe examina o bebê e designa seu sexo que será informado aos pais como o “sexo verdadeiro”. A tecnologia médica, que inclui cirurgia e tratamento hormonal, é utilizada para fazer com que o corpo do bebê se conforme ao máximo possível a esse sexo. Posteriormente, as condutas masculinas ou femininas seriam adquiridas através da educação⁸⁸ numa socialização unidirecional para o gênero designado. Gênero, para Money, referia-se a um comportamento assimilado entre o indivíduo e o meio. Que a identidade sexual resulte essencialmente de um aprendizado do “papel de gênero”, e que a identidade de gênero daí resulte, não será mais colocado em questão (CASTEL, 2001). A partir daí, Money assegura aos cirurgiões e endocrinologistas do Johns Hopkins que eles poderiam alterar, através da cirurgia e administração de hormônios, o sexo dos recém-nascidos, com genitália ambígua, fossem eles meninos ou meninas. A morfologia genital assegurava um sexo social, uma vez que Money e seus colegas médicos consideravam fundamental a aparência dos genitais para o “desenvolvimento psicosssexual normal”. Aos cromossomos XX, sexo designado de acordo com o seu cromossomo sexual, indicando a necessidade de manter a fertilização gonadal. Aos cromossomos XY, suas designações dependiam do tamanho, da estética e da funcionalidade de suas genitálias (PIRES, 2015). Money baseava-se na relação de linearidade entre corpos sexuados, gênero e orientação sexual (BENTO, 2006).

Nesse cenário, Money é, portanto, o pioneiro no tratamento de pessoas intersexo. Para ele, não mais que para a sociedade de uma forma geral, não era concebível que se pudesse viver uma vida viável nessa indeterminação do sexo, tratava-se de corrigir essa “anomalia”, esse “erro da natureza”, como dizia. O método recomendado e praticado pelo psicólogo consistia em “tirar” essas crianças da “ambiguidade sexual” em que nasceram decidindo, com os pais, a identidade em que a criança cresceria e, conforme a escolha, prescrevendo tratamentos hormonais e operações cirúrgicas necessárias para essa transformação, bem como o mais estrito acompanhamento psicológico. Money exigia um envolvimento inabalável dos pais. Estes deviam educar o filho no mais perfeito respeito pelas normas sociais vigentes para garantir o êxito do processo de identificação do filho ao sexo que lhe fora atribuído.

⁸⁸ O *Zeitgeist* da psicologia americana era o da sexualidade como comportamento, logo bastava que crianças exercessem o papel social de seu gênero designado que se produziriam homens ou mulheres, pensamento muito próximo ao do psicólogo behaviorista John Watson, também da Johns Hopkins, que era enfático ao afirmar que a psicologia deve ser a ciência do comportamento observável.

A teoria moneysta foi duplamente criticada. As feministas insurgiram-se à visão estereotipada de masculinidade e feminilidade proposta como “comportamento” e os defensores do determinismo biológico se sentiram ofendidos por uma tese que engendra a possibilidade de dissociar o sexo biológico da identidade sexual. O que essas críticas, embora diametralmente opostas, veiculam? O padrão rígido de “masculinidade” e “feminilidade” imposto por Money, impunha uma avaliação de comportamento que confunde identidade de gênero, orientação sexual e papel sexual tentando produzir um alinhamento perfeito a partir de diferenciações binárias rígidas, mantendo uma estrutura dicotômica na qual qualquer diversidade deveria ser banida. Ainda que os atributos sexuais possam variar nos diferentes lugares e épocas, o que deve se manter é o binarismo de gênero, no qual o tipicamente feminino não pode ser confundido com o masculino. A teoria moneysta na qual não se nasce homem ou mulher, torna-se, parte de uma “indiferenciação original” que nunca se verifica. As experiências de Money sustentam-se numa identidade de gênero forjada durante os primeiros anos de vida da criança, um processo curto e irreversível, período de estabilização de um “eu profundo”. Suzanne Kessler (1990), psicóloga social americana, assinala que os protocolos de Wilkins e Money desfrutavam de “um consenso de aprovação que raras vezes se encontra na ciência” (KESSLER, 1990, p. 26).

Money teve uma carreira meteórica como pesquisador e psicólogo clínico especializado em sexualidade sendo reconhecido como autoridade inquestionável nos problemas psicológicos causados por órgãos sexuais indefinidos.

com as novas tecnologias médicas e jurídicas de Money, as crianças “intersexuais”, operadas no nascimento ou tratadas durante a puberdade, tornam-se as minorias construídas como “anormais” em benefício da regulação normativa do corpo da massa *straight*. Essa multiplicidade de anormais é a potência que o Império Sexual se esforça em regular, controlar, normalizar. (PRECIADO, 2011).

Em meados dos anos 1960, Milton Diamond, um jovem médico recém-formado pela Universidade do Kansas, desejava questionar a tese de Money. Diamond foi fazer sua tese de graduação no laboratório do anatomista William C. Young, o qual acatava as teses de neutralidade psicosexual defendidas por Money, para ele o princípio organizacional para o comportamento sexual era a experiência.

Diamond, ao contrário, quando convocado a escrever um trabalho inédito para obtenção de uma bolsa de pesquisa, escreveu um ensaio sobre a teoria de Money e dos Hampson sobre a neutralidade psicosexual ao nascer, *Avaliação crítica da ontogenia do comportamento sexual humano*, no qual rejeitou toda teoria da equipe do Johns Hopkins. Diamond considerou “ilusória” uma teoria que coloca o homem como completamente imune à sua herança

evolucionária e afirmou que os fatores pré-natais “estabelecem limites” de até onde a cultura, a educação e o meio podem direcionar a identidade de gênero nos seres humanos. Cabe ressaltar que o debate natureza *versus* cultura [*nature vs. nurture*], que perdurou até bem tarde no século XX, é antigo e remonta ao diálogo platônico de Protágoras.

Para Diamond, a identidade de gênero está presente no cérebro desde a concepção. Quanto à flexibilidade psicosssexual dos intersexos, afirmou que a organização de seus cérebros e sistemas nervosos tinham passado no útero por uma organização ambígua similar a seus genitais, de tal maneira que isso não provava a neutralidade de gênero ao nascer, mas que os intersexo tinham uma capacidade neurológica inata para os dois lados, feminino e masculino.

Em 1965, Diamond publicou numa renomada revista americana, a *Quarterly Review of Biology*, e propôs a Money publicar um artigo juntos, como forma de debate: *nature vs. nurture*. Money teria perguntado: “por que eu haveria de fazer alguma coisa com você? Quem conhece você”? Em seu trabalho Diamond escrevera:

Para apoiar tal teoria, fomos apresentados a um indivíduo normal, que parecia mesmo um homem e estava sendo educado com sucesso como mulher. [...] Se esta pessoa existe, ela não foi citada pelos defensores da teoria da neutralidade de nascença. Pode-se imaginar que será muito difícil encontrar alguém assim.

Money aponta a anatomia como o centro da identidade social enquanto homem ou mulher. Diamond legifera que a presença genética do “Y” trabalha de maneira oculta para estruturar a autoidentificação de uma pessoa sexuada, sendo seu fundamento. A intersexualidade traz à proa o tema da desigualdade entre homens e mulheres. Money argumenta para a facilidade de construir cirurgicamente corpos femininos, como se a feminilidade fosse sempre um “cortar fora”, uma eliminação. Já Diamond argumenta para o invisível e a necessidade de persistência da masculinidade, a qual não precisa “aparecer” a fim de operar como uma característica fundamental na formação da própria identidade de gênero (BUTLER, 1990/2018, p. 64).

Ambas as teorias insistem na necessidade de uma definição, na realidade, justamente para que não permaneça qualquer dúvida sobre um *a priori*, para que não se leve adiante nenhuma hipótese de a questão, eventualmente, decorrer de uma posição no discurso, uma experiência do sujeito que o situa na partilha dos sexos, um efeito que implique o real. Leituras que excluem qualquer possibilidade desejante que implica um certo exercício temporal, um desdobramento dos lugares (COSTA, 2016). Uma lógica discursiva, ou seja, o lugar da “contingência infinita nos corpos” (MILNER, 1996).

Kessler (1998) em *Lessons from the intersexed*, assinala que, no que tange o “Protocolo Money”, em situações nas quais a designação sexual era incerta, incidia sobre a decisão fundamentos empíricos incrivelmente fracos sobre os quais as ortodoxias médicas de sexo e gênero binários eram construídas, aliadas a convicções sociais amplamente aceitas e explicações científicas que se reforçavam mutuamente. Nesse ponto, remetemos ao trabalho de Pires (2015), que analisou os gerenciamentos sociomédicos de alguns casos de intersexualidade, apontando nessas práticas normalizadoras uma necessidade particular de reiteração de regimes de verdade segundo corpos humanos inteligíveis, funcionais e possíveis de serem socializados, sensibilizados e vividos.

Interessante notar que é a partir da década de 1990 que a intersexualidade se distancia do discurso médico como um termo estratégico para o questionamento das práticas clínico-cirúrgicas. Nesta época, o ativismo intersex norte americano organizava-se politicamente para contestar as cirurgias de “correção genital” comumente feitas pelos médicos em corpos que destoavam do padrão binário masculino e feminino (PIRES, 2015). O protocolo Money foi contestado pelos próprios intersexo que denunciaram a violência exercida contra eles. Denunciaram o tratamento recebido por anos na Johns Hopkins como um atentado à sua dignidade assinalando a brutalidade das intervenções, muitos demandaram uma “redesignação sexual”. O método de Money ainda serve de base epistemológica das atuais práticas médicas no Brasil mesmo que de uma forma não declarada.

No ano de 2005, a *Lawson Wilkins Pediatric Endocrine Society* (LWPES) e a *European Society for Paediatric Endocrinology* (ESPE) consideraram oportuno rever o manejo dos “transtornos intersexuais” de uma perspectiva ampla, para reavaliar os resultados a longo prazo e formular propostas para futuros estudos. A “Era do Consenso”, como ficou conhecida, muda o paradigma que influencia o manejo dos casos intersexo.

O termo “intersexo” foi substituído por distúrbios/desordens do desenvolvimento do sexo (DDS⁸⁹). A nova taxionomia surge graças aos avanços no conhecimento das causas genéticas moleculares do desenvolvimento sexual “anormal”, às controvérsias na assistência à saúde e aos aspectos bioéticos da questão. O *Consensus statement on management of intersex disorders*, mais conhecido como Consenso de Chicago⁹⁰ (2006), encara a terminologia médica

⁸⁹ No original: disorders of sex development (DSD).

⁹⁰ Conferência proposta em 2005 pela *Lawson Wilkins Pediatric Endocrine Society* e pela *European Society for Paediatric Endocrinology*, que reuniu cerca de cinquenta médicos de várias especialidades (e, apesar de pioneira nesse sentido, apenas duas participantes intersexo, as ativistas Cheryl Chase e Barbara Thomas) para discutirem e pensarem sobre os protocolos, manejos e gerenciamentos sociais, médicos e científicos que envolvem casos de intersexualidade. Como resultado da conferência foi publicado em 2006 o texto “*Consensus Statement on Management of Intersex Disorders*”, que servia de guideline em níveis

controvertida e pejorativa, usada durante séculos, por exemplo, “pseudo-hermafroditismo” e “hermafroditismo” e a renomeia levando em conta novas perspectivas fisiopatológicas. Inclui ainda más formações graves dos genitais, as quais seriam incompatíveis com a vida sem intervenção cirúrgica, como agenesia peniana ou extrofia cloacal, que não tinham classificação. O termo “distúrbios do desenvolvimento do sexo” pretende indicar condições congênitas com um desenvolvimento atípico do sexo genético, hormonal, gonadal ou anatômico. A pergunta que surge é: por que os médicos mudam os nomes das coisas? Numa tentativa de criar novos paradigmas, reforçam o estigma e a incompreensão relacionada às pessoas intersexo, além de enfatizar a patologização da condição intersexo. Buscam uma dimensão científica, quando são em princípio clínicos.

Bentham (1932), em sua obra *Teoria das ficções*, aventava mostrar que as palavras, necessárias a todas as ciências, não são inocentes. Perguntamo-nos: “é possível adotar uma definição da condição de sexo anatômico variante sem com isso adoecer a pessoa intersexo”? (DA SILVA, 2018, p. 384). Por outro lado, cria-se um consenso entre vários saberes médicos pela produção de um protocolo de classificação e de atuação para casos de *Disorders of Sex Development* (DSD). Senão vejamos.⁹¹

NOMENCLATURA PRÉVIA	NOMENCLATURA ATUAL
INTERSEXO	DISTÚRBIOS DO DESENVOLVIMENTO SEXUAL
PSEUDO-HERMAFRODITISMO MASCULINO	DDS 46XY
PSEUDO-HERMAFRODITISMO FEMININO	DDS 46XX
HERMAFRODITA VERDADEIRO	DDS OVOTESTICULAR
HOMEM XX	DDS TESTICULAR
SEXO REVERSO XX	
SEXO REVERSO XY	DISGENESIA GONADAL COMPLETA 46XY

É importante destacar que a incidência de:
 DDS em geral – 1 em 4.500/5.500 nascidos vivos
 DDS 46 XY – 1 em 20.000
 DDS 46 XX – 1: 14.000/15.000, Brasil 1:10.365 (HAC)
 DDS Ovotesticular – 1 em 100.000⁹²

internacionais para os protocolos, manejos e gerenciamentos das condições intersexuais. Em 2016, outra reunião de especialistas formulou um novo documento sobre a gestão médica da intersexualidade, caracterizado como um “*Global DSD Update Consortium*”. Mesmo com alterações significativas nos protocolos, manejos e direitos mais atuais, as implicações dessas mudanças ainda precisam ser avaliadas nos atendimentos hospitalares (PIRES, 2018).

⁹¹ In: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1477513116302741>

⁹² In: *Global Disorders of Sex Development Update since 2006: Perceptions, Approach, And Care*. Lee, PA et al. *Horm Res Paediatr*, 2016.

Estimativas da ONU apontam que 0,05 e 1,7% da população mundial (proporção similar às pessoas ruivas) nasce com características intersexuais⁹³.

Vilain (2020) geneticista da Universidade da Califórnia, em entrevista à *Scientific American Brasil*, “Quando uma pessoa não é XX nem XY”⁹⁴, afirma que a profusão de conhecimentos genéticos sobre a determinação do sexo exigiu uma nomenclatura sólida, mas flexível o bastante para incorporar o novo conhecimento. Embora ressalte que “havia outros problemas que não eram genéticos de fato”, considera que a genética deveria abordá-los em busca dessa nomenclatura mais precisa e mais científica.

Em relação à investigação e manuseio dos DDS, foi decisão do Consenso que alguns conceitos gerais no cuidado de pacientes com DDS devem ser aplicados:

1. A atribuição de gênero deve ser evitada antes da avaliação de especialistas;
2. A avaliação e o manuseio a longo prazo devem ser feitos num Centro Médico com equipe multidisciplinar experiente;
3. Todos os indivíduos devem receber um gênero;
4. Uma via de comunicação fácil entre pais e equipe de saúde é essencial e encoraja-se a participação da família nos processos de decisão;
5. As preocupações dos pacientes e dos familiares devem ser respeitadas e tratadas num ambiente de confiança.

Embora o CID-10 (1997) da Organização Mundial da Saúde (OMS) ainda divida os “estados intersexuais” nas seguintes categorias: pseudohermafroditismo feminino/masculino, disgenesia gonadal mista e hermafroditismo verdadeiro, a nomenclatura especializada sobre o tema mudou. A *World Professional Association of Transgender Health* (WPATH) em suas *Normas de atenção à saúde das pessoas trans e com variabilidade de gênero*, cujas⁹⁵ deliberações funcionam como referência internacional para os protocolos médicos, reconhece a discordância de linguagem que assola essas questões e utiliza o termo Variações Biológicas de Sexo (VBS) para descrever as variações das manifestações biológicas – usadas para a definição do sexo de uma pessoa – que desafiam o modelo binário convencional. De tal forma que “busca-se utilizar um conceito objetivo e livre de valores, a fim de garantir que os/as

⁹³ Disponível em: <https://www.unfe.org/wp-content/uploads/2017/05/Intersex-PT.pdf>

⁹⁴ Disponível em: <https://sciam.com.br/quando-uma-pessoa-nao-e-xx-nem-xy/>

⁹⁵ World Professional Association of Transgender Health (WPATH). (2011). Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People. 7^a version. Disponível em: <https://www.wpath.org/publications/soc>

profissionais de saúde reconheçam esse termo médico e o utilizem para acessar a literatura relevante à medida que esse campo avança” (SOC, 2012, p. 78).

Milton Diamond⁹⁶, em seu texto “*Human Intersexuality: Difference or Disorder?*” (2008), retoma seu encorajamento do uso da sigla VSD (*Variations of Sex Development*) no que tange a intersexualidade e propõe o uso da sigla DSD como *Differences of Sex Development*, diferença e não distúrbio.

Pessoalmente, não encontrei nenhum pai ou adulto que tenha ficado satisfeito em ser informado que ele ou seu filho tinham um distúrbio. Conheci muitos que aceitam que existem *diferenças*. A designação DSD pode certamente ser mantida, mas com o significado de Diferenças do Desenvolvimento Sexual. Fazer isso não seria uma perda para a intenção original de remover estigmas anteriores usando termos como hermafrodita ou pseudo-hermafrodita, mas seria um aprimoramento e melhoria da intenção original. Seria uma melhoria no tratamento de pessoas com condições intersexo (DIAMOND, 2008).

O que podemos extrair dessas modificações taxionômicas é que os nomes se atualizam, os enquadres se modificam, mas o que segue são novas formas de dominação. Na história da humanidade, os saberes sempre se tornaram “instrumento de domínio da realidade” (SOLER, 2007). Nomear não é sem consequências. Classificar é fácil. Difícil é operar com as classificações. O significante é criacionista (LACAN, 1970); o ato de nomear é performático (AUSTIN, 1990).

Lee *et. al.* (2016) no artigo, “*Global Disorders of Sex Development up date since 2006: Perceptions, Approach and Care*”, publicado na Revista *Hormone Research in Paediatrics*, retomam o “Consenso de Chicago” (2006) e avaliam os efeitos da nomenclatura:

O amplo termo DSD, adotado no Consenso de Chicago, foi geralmente aceito por muitos profissionais médicos, mas não universalmente por alguns pacientes e grupos de apoio. Aspectos positivos sobre ter um termo incluem fornecer precisão científica dentro de um contexto biológico e médico, distúrbios genéticos genuínos facilitam o acesso a cuidados de saúde e, seguramente, uma classificação guarda-chuva ajuda a gerar modelos abrangentes e integrados de cuidado, ao mesmo tempo que evita confusão por não coincidir com condições como transgênero, disforia de gênero e homossexualidade, e fornece uma estrutura para o acúmulo de conhecimento e financiamento de pesquisas. Conotações negativas de DSD percebidas por algumas organizações de defesa incluem o estigma de ‘desordem’ e implicações percebidas de que ‘sexo’ envolve comportamento sexual. O termo DSD não se aplica a todos os indivíduos incluídos, como homens com hiperplasia adrenal congênita (HAC), resultando na recusa do participante em relação à pesquisa sob este título. Algumas pessoas consideram ‘intersexo’ um termo melhor do que DSD, especialmente para bebês que requerem designação masculina ou feminina, alguns substituem a palavra ‘distúrbios’ por ‘diferenças’, enquanto outros ainda exigem uma nomenclatura alternativa.

⁹⁶ Professor emérito de anatomia e biologia reprodutiva da Universidade do Havaí.

Ao tratar sobre as mudanças na abordagem clínica desde então, evidenciam que “o objetivo do atendimento ao paciente é focado na melhor qualidade de vida (QV)” e que “decisões sobre cirurgia durante a infância que altera a anatomia genital externa ou remove as células germinativas continuam a causar risco”. No que tange o “bem-estar psicossocial e psicosssexual” apontam que nas pesquisas com DDSs estes, ou foram estritamente conceituados como “gênero cerebral”, ou como um “conceito abrangente” que incorpora quaisquer conceitos sociais ou psicológicos amplos. Contudo, retomam a declaração do *Consenso* (2006) na qual “os cuidados psicossociais prestados pela equipe de saúde mental com experiência em DDS devem ser parte integrante da gestão para promover a adaptação positiva. Essa experiência pode facilitar as decisões da equipe sobre a atribuição / reatribuição de homens ou mulheres, o momento da cirurgia e a reposição de hormônios sexuais”, para sugerirem métodos de pesquisa que facilitem futuras pesquisas psicossociais aplicadas.

Levando em conta que “qualquer ligação causal entre um diagnóstico e uma única medida psicométrica é falha, pois os efeitos de um diagnóstico no bem-estar dependem de uma ampla gama de fatores intrínsecos e extrínsecos ao longo do tempo, incluindo saúde física, idade, valores sociais e acesso a recursos, incluindo trabalho, educação, relações de apoio e experiências de assistência à saúde”, enfatizam que “o bem-estar” pode ser afetado de maneiras altamente específicas em determinados momentos, como no diagnóstico inicial, durante o estágio de desenvolvimento, no controle de sintomas, durante o tratamento de fertilidade ou no início e no final de um relacionamento importante. Embora contenha as inerentes contradições de se avaliar a “qualidade de vida”, o discurso médico não chega a considerar que isso não é possível. Nesse contexto, o erro está na metodologia: “é preciso refinar os métodos quantitativos e encontrar os escores certos”!

O discurso médico ao pretender-se científico, forja um vínculo ficcional, a partir do qual propõe certa constância do fenômeno, cujos protocolos organizam a produção do conhecimento. Desse modo, a ação política cada vez mais se associa à ciência e à tecnologia. Nessa conjuntura, aquilo que escapa ao conjunto permanece como exceção e o intersexo é paradigmático em demonstrar o impasse da ciência na sua tentativa de ser um discurso objetivo. Há toda uma dificuldade de conceitualização do masculino e do feminino relativa a sexo, gênero, anatomia e cultura que se entrelaça com os argumentos tecnocientíficos.

Eyer de Jesus (2018) em sua meta-análise, “Feminizing genitoplasties: Where are we now?”, embora apresente como conclusão que meninas operadas precocemente podem vir a apresentar o que a autora nomeia como “variações sexuais” – referindo-se à possibilidade de elas não se identificarem com o gênero cirurgicamente atribuído – afirma que não operar

portadoras de hiperplasia adrenal congênita⁹⁷, representa “um experimento social”. Conclusão que estranhemos pois, sendo a hiperplasia anterior ao advento cirúrgico, não seria a cirurgia um experimento social também? Neste contexto, faz-mister lançar uma luz sobre práticas consideradas estabelecidas. Tal luz, só poderia advir de uma clínica a qual levasse em conta as histórias dos sujeitos intersexo.

Seja qual for o diagnóstico, ele é usado como injúria no contexto social, pois, como aponta Soler (2018) retomando a tese lacaniana, “todo significante faz injúria ao sujeito, isto é, todo juízo que atribui um significante a um sujeito exerce uma violência sobre esse sujeito” (SOLER, 2018, p. 43). Quando o sujeito ou seus pais recebem o diagnóstico médico em relação ao seu “sexo de nascimento”, sua condição de existência – masculino ou feminino – se vê em suspenso. Aquilo que serviria de lastro, a designação sexual, se coloca no tempo do *a posteriori* [*Nachträglichkeit*], o que não é sem efeitos. Isso sempre permanece silenciado. É necessário extrair isso se quisermos percebê-lo, e aí é preciso reconhecer justamente o que está em jogo quando o diagnóstico não é o mesmo para o saber médico e o saber do sujeito.

“E o psicanalista, enquanto isso” (LACAN, 1973/2003, p. 506)? Diferentemente do que se possa pensar, a psicanálise tem o que dizer na atualidade da ciência! Sem esperar utopias, podemos dizer que dar lugar à palavra do sujeito, escutar sua demanda (ou permiti-lo formular sua demanda), reintroduz, nos discursos atuais, a dimensão ética. Contudo, ao longo dos anos, as frases que ouvimos dos médicos expressam um desconhecimento sobre o que está em jogo. Toda situação em torno do intersexo desafia padrões éticos e questiona o vocabulário cotidiano. Faltam palavras para nomear estes pacientes que parecem à margem da norma binária. Falta entendimento e formas de expressão capazes de dar conta do que se assemelha a um terceiro tipo de sexo. Faltam critérios para designar esta existência, na qual o sujeito emerge de um não lugar na humanidade sexuada. Faltam, enfim, intervenções a serem feitas no caso a caso de maneira a fazer girar os discursos.

No Brasil, a *Resolução 1664* (R. 1664/2003) do Conselho Federal de Medicina (CFM) que “define as normas técnicas necessárias para o tratamento de pacientes portadores de anomalias de diferenciação sexual” trata a questão como uma “urgência biológica e social” e assume uma posição pró-intervencionista ao abordar a “necessidade” cirúrgica. A integração

⁹⁷ A Hiperplasia Adrenal Congênita (HAC) está presente em cerca de 1 para 16.000 indivíduos nascidos. 90% dos casos de HAC decorrem da deficiência da enzima 21-hidroxilase, que está intimamente relacionada à síntese de aldosterona e cortisol. Essa condição leva à conversão de altos níveis de testosterona durante a gestação, gerando desenvolvimento genital atípico no sexo feminino. No sexo masculino, os sinais clínicos se tornam mais sutis, já que estes podem não apresentar alterações ao nascimento, levando ao diagnóstico tardio. A HAC pode ser dividida em duas formas: perdedora de sal e doença virilizante simples.

de campos disciplinares distintos – equipe multidisciplinar – aparece como obrigatória em tal *Resolução* e embora seja extremamente necessária, é uma tarefa árdua. Enfatiza-se que “o maior objetivo dessa equipe não será apenas descobrir qual é a etiologia da anomalia da diferenciação sexual, mas sim obter uma *definição racional* sobre o sexo de criação mais recomendável” (MS, Resolução 1.664/2003). Evidentemente, ao datarmos a *Resolução*, ainda no início dos anos 2000, verifica-se que ela é anterior ao Consenso de Chicago e aos debates nos quais se preconiza a autonomia da pessoa intersexo. Contudo, quase vinte anos após sua formulação, não ter havido outra, aponta que ela se integra ao discurso científico, pedagógico e higienista, prevalentes nas práticas médicas. É notória nela a prevalência em ressaltar a “urgência em se afirmar o sexo” (GUERRA-JR. & GUERRA, 2007) que autoriza os profissionais de saúde a recomendarem a “correção”. Entretanto, os danos que intenta prevenir quando prescreve a intervenção: intenso sofrimento físico e psíquico, insensibilidade genital, desajuste social e baixa auto-estima... nem sempre são aplacados pela intervenção cirúrgica, já que muitos pais permanecem em silêncio e sofrimento. Inscritos como “pacientes portadores de anomalias de diferenciação sexual” são esperados como passíveis de normatização. É urgente uma nova discussão que aborde a complexidade da temática e atualize a gestão sociomédica, tendo em vista que a medicina cotidiana no Brasil é praticada por médicos técnicos interessados em *guidelines*, protocolos, manuais médicos que ditam normas de conduta: “temos que”; “deve-se”; “é necessário”; “é fundamental”... Na contramão dessas palavras de ordem, Silva (2019), urologista reconstrutor genital, aponta que a diferença entre o técnico que cumpre protocolos e o especialista, coloca-se no fato de que o especialista é aquele que pode trabalhar no campo da incerteza e aprende a lidar com o fracasso.

Frente às variantes da condição intersexo, até o Consenso de Chicago (2006), preconizava-se o silêncio na abordagem diagnóstica. Silêncio esse que poderia persistir até que o próprio sujeito questionasse algo relativo à sua condição, ao tratamento ou às constantes intervenções realizadas sem o consentimento da criança ou do adolescente apenas com o assentimento dos pais ou do responsável legal. Atualmente, a rede de apoio em saúde mental protagonizada pelos profissionais de saúde e pelos pais, visa promover o desenvolvimento psicosssexual, bem como o bem estar psicológico. Perspectivas que inseriram mudanças no manejo clínico de pessoas intersexo, as quais foram concomitantes às mudanças ocorridas no cenário social e legislativo. A ênfase na importância da interdisciplinaridade e das questões relativas aos Direitos Humanos como fatores-chave na tomada de decisão do tratamento, também impôs mudanças na prática clínico-psicoterapêutica-cirúrgica.

Em 2012, a Comissão Consultiva Nacional Suíça de Ética Biomédica publicou um relatório sobre a gestão médica das diferenças de desenvolvimento sexual ou variações intersexo⁹⁸ no qual preconiza que

por motivos éticos e legais, todos os tratamentos (não triviais) de designação sexual, decisões que têm consequências irreversíveis, mas podem ser adiadas não devem ser realizados até que a pessoa a ser tratada possa decidir por ela própria. Isso inclui cirurgia genital e a remoção de gônadas, a menos que haja uma indicação médica urgente para essas intervenções (por exemplo, aumento do risco de câncer). As exceções à regra geral seriam os casos em que uma intervenção médica é urgentemente necessária para prevenir danos ao corpo ou à saúde do paciente.

Frente às tentativas de fazer equivaler cromossomos sexuais, órgãos genitais, identidade de gênero que levariam a uma orientação sexual heterossexual, incluídos em um sistema cisheteronormativo, há uma explosão discursiva sobre os corpos intersexo que paradigmaticamente não se enquadram em tal binarismo. A experiência da intersexualidade não permanece a mesma ao longo da história, pois são o discurso e as práticas produzidas socialmente que fazem que certos fenômenos surjam de determinadas formas. Entretanto, “o que permanece inalterado através das épocas e lugares é o temor de que esses corpos ambíguos incitem a prática de sexualidades desviantes” (PIRES, 2015). Levet (2014) aponta que “se a natureza não dita a identidade de homens e mulheres, então a própria autoridade dos princípios sobre os quais repousam as sociedades erode” (LEVET, 2014, p. 54). Que sociedade é essa que irá ruir frente a inexistência de uma diferença sexual apoiada em marcadores biológicos, tida como natural, entre homens e mulheres? É essa dimensão de *heteridade*, que Lacan associa à *hibris*, que em grego significa a desmedida, o para-além do humano, que parece incidir sobre os corpos intersexos.

A diferença estabelecida entre as categorias de masculino e feminino conjuga vários aspectos que vão da biologia ao social, sendo cada um deles delimitado discursivamente e reduzido à categoria política (SANTOS, 2012). A partir dessa perspectiva, segundo Ayouch (2014), a “natureza” dos corpos sexuados se inscreve sempre numa interpretação definida por uma estratégia política, historicamente localizada, por trás do entendimento das sexualidades e das sexuações. Com Prates (2021), levantamos a hipótese de que o “dois” da diferença anatômica sexual que sustenta o binarismo de gênero é o discurso da ciência moderna. O dois não é o real do sexo. O dois é discurso da ciência. O dois da diferença

⁹⁸ Comissão Consultiva Nacional de Ética Biomédica NEK-CNE (novembro de 2012). Sobre a gestão das diferenças de desenvolvimento sexual. Questões éticas relacionadas com a "intersexualidade". Opinião n°. 20/2012. Disponível em: https://web.archive.org/web/20150423213245/http://www.nek-cne.ch/fileadmin/nek-cne-dateien/Themen/Stellungnahmen/en/NEK_Intersexualitaet_En.pdf

sexual é o discurso que veio a reboque da anatomofisiologia do final do século XIX e da genética do século XX (ALBERTI, 2019), constituindo uma ideia de que: se não há lugar natural para essas coisas, as coisas devem se inserir nos lugares produzidos pelo discurso da ciência.

ANTIGUIDADE	IDADE MÉDIA	RENASCENÇA	FINAL SÉC. XIX
MITO DIVINDADE	PUNIÇÃO DIVINA, ENVIADOS PELO DIABO	CURIOSIDADE CIENTÍFICA – ERROS DA NATUREZA	HERMAFRODITA
1896 - ERA DAS GÔNADAS	1917	2006 - 1 ST CONFERENCE	2012 Comissão Suíça 2016 – Global Update
DEFINIÇÃO GONADAL DO SEXO	INTER-SEXUALIDADE	DDS – Distúrbios do Desenvolvimento do Sexo	Diferenças/Variações Diversidade no Desenvolvimento do Sexo (DDS) INTERSEXO
1950	2006	2012	2016
John Money	Chicago	Comissão de Ética Biomédica Suíça	Update since 2006
Primazia do ambiente <i>Segredo</i>	Primazia da biologia molecular <i>Falar a verdade</i>	<i>Como partilhar informações</i>	<i>Consentimento do sujeito Espera Escuta</i>

Fonte: <https://www.scielo.br/j/aem/a/zfXCCPg8pjFvJMW3Tv3ShQ/?format=pdf&lang=en>

2.6 Sexopolítica e humanidade binária

A mãe dele queria jogar ele fora. Ela não quis ele porque ele tem os dois sexos. Nasceu assim⁹⁹.

A noção de “ser humano normal” pode ter sua origem na abordagem médica da humanidade (GOFFMAN, 1991/2008). Goffman (1891/2008) nos ajuda a analisar esse processo, quando afirma que o indivíduo estigmatizado é aquele que está inabilitado para a aceitação social plena. Transcrevemos o autor que afirma em suas *Noções Preliminares Sobre o Estigma*:

A sociedade estabelece os meios de categorizar as pessoas e o total de atributos considerados como comuns e naturais para os membros de cada uma dessas categorias. Os ambientes sociais estabelecem as categorias de pessoas que têm probabilidade de serem neles encontrados (GOFFMAN, 1991/2008, pp. 10-11).

O intersexo se coloca como uma síntese da natureza humana diversa e os corpos intersexuais desafiam implicitamente a força descritiva das categorias sexuais disponíveis, dito de outra maneira, desafiam a estrutura simbólica da anatomia sexual (BUTLER, 2003). Frente à pluralidade de corpos nos quais as partes componentes do sexo não perfazem a coerência ou

⁹⁹ Fala de uma mãe adotiva que recebeu a guarda após a mãe biológica preparar uma “mamadeira com chumbinho” para dar à criança por considerá-la “filho do Diabo”.

unidade reconhecível que é normalmente designada pelo sexo biológico marcado pelo determinismo finalístico da função reprodutiva, opta-se pela invisibilização ou normalização.

Fausto-Sterling (1993) em *Os cinco sexos: Por que macho e fêmea não são suficientes*, afirmava: “biologicamente falando, existem muitos graus entre fêmea e macho; [...] poderíamos argumentar que nesse espectro existem ao menos cinco sexos. E talvez até mais [pois] o sexo é um continuum vasto e infinitamente maleável que desafia as limitações” (FAUSTO-STERLING, 1993, p. 2). Avançando em sua pesquisa em seu livro *Sexing the body: gender politics and the construction of sexuality* (2000) a partir de seus estudos com sujeitos intersexo – definidos como qualquer “indivíduo que se desvia do ideal platônico de dimorfismo físico nos níveis cromossômico, genital, gonadal ou hormonal” –, a autora defende que a sexualidade humana não deve ser entendida como dicotômica, mas como um continuum. É a complexidade do sexo de um corpo que impede “o isso ou aquilo (FAUSTO-STERLING, 2000, p. 15), e rotular alguém como homem ou mulher é pura decisão social que não advém do conhecimento científico e sim, de “nossas crenças sobre o gênero [que afetam] o tipo de conhecimento que os cientistas produzem sobre o sexo” (FAUSTO-STERLING, 2000, p. 15). De tal maneira que a dimensão cultural não fica de fora do contexto da diferença sexual. A categoria binária: “masculino” versus “feminino” é uma simplificação excessiva que ignora inúmeras condições, o que a questão da intersexualidade apenas melhor evidencia.

se a natureza realmente nos oferece mais do que dois sexos, segue-se que nossas noções atuais de masculinidade e feminilidade são conceitos culturais [...] Técnicas cirúrgicas modernas ajudam a manter o sistema de dois sexos. Atualmente crianças que nascem “ou/ou nenhum/ambos” – um fenômeno bastante comum – frequentemente desaparecem de vista porque médicos “corrigem” logo no início com cirurgia (FAUSTO-STERLING, 2000, p. 31).

Fausto-Sterling (2000) propõe tratamentos mais centrados no aconselhamento psicológico, uma vez que as condições intersexuais não são em si mesmas doenças, o mantra do tratamento deveria ser “terapia, não cirurgia” e as comunidades científicas e médicas teriam ainda que adotar uma linguagem capaz de descrever a diversidade que há fora do molde dimórfico platônico. Curioso notar, que rapidamente a autora recebeu uma resposta em *How common is intersex? A response to Anne Fausto-Sterling*, no qual Sax (2002) afirma que “uma definição de intersexo que englobe indivíduos fenotipicamente indistinguíveis do normal provavelmente confunde clínicos e pacientes” e que “desvio do ideal platônico [...] não é um critério clinicamente útil para definir *uma condição médica* como o intersexo”. Resposta que consideramos paradigmática do que está em jogo no discurso biomédico: a distinção entre o normal e o patológico, “uma espécie de dogma, cientificamente garantido” (CANGUILHEM,

1966/1982), irônica despolitização de uma questão eminentemente política. A natureza binária (macho e fêmea) e exclusiva da anatomia genital como protótipo de normalidade, nega a natureza humana diversa.

Essa “naturalidade dos corpos”, artifício criado e utilizado pelo discurso biomédico esquece-se que há um cruzamento e um espectro menos linear entre cromossomos, hormônios e genitálias que se possa crer (FAUSTO-STERLING, 2000). Os corpos intersexo impõem uma questão social, mas ao serem tratados como uma “condição médica”, opera-se pelo social, pois as singularidades corporais são destituídas do caráter digno e ético, tornando-se assim motivo de exposição e imposição. Cheryl Chase (2000), ativista intersexo, ressalta: “a medicina deveria servir às pessoas intersexo, ao invés de se constituir em um poder que opera através de nossos corpos de modo a normalizá-los, independente de nossa vontade (CHASE, 2000, p. 128).

Quem são as pessoas intersexo? Pessoas que vivem sem ter um corpo previsível, corpos que não cabem nos padrões, encontram uma humanidade como possibilidade e como limite (CABRAL, 2006), o que nos leva a uma articulação com a teoria da “vida habitável” [*livable life*] de Butler (2004). A diferença aparece como algo que deve ser ocultado, calado, corrigido. Um trauma intrínseco à vulnerabilidade e à precariedade dessa relação conturbada e perplexa com a alteridade. Um corpo intersexo fica excluído da noção de ser humano e é em larga medida colocado no limite do impossível, fora das categorias: homem e mulher. Como Butler (2004) nos lembra: que vidas e que corpos podem ser vividos fora desses parâmetros? Um corpo que não remete a nenhum dos dois gêneros é submetido ao campo do desumano, do abjeto (BUTLER, 2004), “até ter o seu sexo definido, é um outro absoluto, sem nome nem lei, como um bárbaro” (SANTOS, 2012).

No caso clínico relatado, Pedro Lucas desenha “um sereio”, alguém que está se constituindo como homem, mas será ele humano? Uma figura andrógina que naquele momento serviu como identificação e é o que ele entrega à analista, como seu segredo, que tem algo de segregado. Askofaré (2009) aponta que a exclusão “tem sempre a ver com a desidentificação, a desfiliação e mesmo com a errância” (ASKOFARÉ, 2009, p. 404). No pós-cirúrgico, passados alguns dias de internação, Pedro Lucas questiona: “eu sou só uma criança... Por que tenho que sofrer tanto assim”? Pergunta para a qual não espera resposta e segue uma sequência: “para que essa bomba de infusão”?, “por que você não veio no final de semana”?, “Por que o soro fica em cima desse negócio”?.

No meio de tantas perguntas, ele mesmo se interrompe e diz: “eu tenho um segredo que eu nunca vou contar para ninguém”! Cabral (2006) afirma que na autobiografia de muitos intersexuais, a constatação de marcas corporais, de traços mnêmicos e de dados dispersos forma

um enigma angustioso: o enigma da história pessoal, do corpo antes do corpo, do nome e da identidade e, também, raivosamente, “o enigma do absurdo, o enigma do porquê. O enigma do dano”.

Quinze dias depois, Pedro Lucas chega ao hospital para retirar a sonda que fora colocada por ocasião da cirurgia. Diz não entender o que é uma “bexiga”. Como uma sonda tão grande estava dentro dele? O que estaria acontecendo? Diz que não está entendendo nada e pensa que não quer entender mesmo. Com a retirada da sonda que coletava a urina, não poderá ir embora antes de “fazer xixi” pelo canal da uretra. Urina em pé pela primeira vez. Ao sair do banheiro, visivelmente emocionado, diz: “hoje é o dia mais feliz da minha vida”! Frase que nos deixa emocionados, mas, ao mesmo tempo, questiona tantas teorizações.

A clínica da intersexualidade exige do psicanalista, de forma paradigmática, levar em conta a posição de cada sujeito na sua singularidade. Freud sempre sustentou que a clínica do sujeito, implica necessariamente o *heteros*, o diferente, e que sem tal referência, estaremos sempre novamente calando a singularidade de cada um. A relação do sujeito com a alteridade não se resume à alteridade sexual: masculino/feminino (NADAUD, 2006), existem várias possibilidades de diferenciação e, nesse sentido, de construção de um modo de vida (ARÁN, 2009). Todavia, quando essa diferença advém naquilo que nos dá sustentação, ao menos imaginária, de nossa identidade sexual, quais seriam as implicações? Pedro Lucas queria ser “normal”, contudo, normatizar diz respeito à ação de “endireitar” que acaba apontando o outro polo como “tortuoso”, “desviante”. Se a norma não é inquestionável, haveria a possibilidade de reincorporação das diferenças à unidade correspondente ao normal mesmo na questão do sexo?

No âmbito dos estudos de gênero e teorias contemporâneas do corpo, Preciado (2014) – que em entrevista deu a seguinte declaração: “se sou homem ou mulher? Esta pergunta reflete uma obsessão ansiosa do ocidente. Qual? A de querer reduzir a verdade do sexo a um binômio. Eu dedico minha vida a dinamitar esse binômio. Afirmo a multiplicidade infinita do sexo”! –, trabalha para desmascarar os binarismos enganosos que se escondem por trás de oposições que servem não só “de fundamento da filosofia moderna”, mas também como “reflexão das teorias feministas” (BOURCIER, 2014, p. 11). Preciado (2018) assinala que “o sexo se tornou parte tão importante dos planos de poder que o discurso sobre a masculinidade e a feminilidade e as técnicas de normatização das identidades sexuais transformaram-se em agentes de controle e padronização da vida”¹⁰⁰ Em seu artigo, “Multidões *queer*: notas para uma política dos

¹⁰⁰ Disponível em: <http://clinicand.com/historia-da-tecnossexualidade-por-paul-preciado/>

‘anormais’”, Preciado (2011) aponta a sexopolítica como uma das formas dominantes da ação biopolítica no capitalismo contemporâneo

com ela, o sexo (os órgãos chamados “sexuais”, as práticas sexuais e também os códigos de masculinidade e de feminilidade, as identidades sexuais normais e desviantes) entra no cálculo do poder, fazendo dos discursos sobre o sexo e das tecnologias de normalização das identidades sexuais um agente de controle da vida (PRECIADO, 2011).

Essa sexopolítica tem em Foucault seu ponto de partida, contudo contesta a concepção de política deste, uma vez que para Foucault (1976) o biopoder não faz mais do que produzir as disciplinas de normalização e determinar as formas de subjetivação. Retomando os estudos de Lazzarato (2002), que distingue o biopoder da potência de vida, Preciado (2011) compreende “os corpos e as identidades dos anormais como potências políticas, e não simplesmente como efeitos dos discursos sobre o sexo”. Introduzindo assim uma inflexão importante, pois ao considerá-los como potência política implica repensar as linhas de assistência à saúde de pessoas intersexo. Amiel Vieira (2019), ativista trans intersexo, assinala que

apontar a manutenção da desumanização como política e reclamar por uma existência plena a fim de que se produza uma reflexão sobre como se apresentam diante de nós os corpos à margem da existência, é ultrapassar a fronteira do ininteligível para o inteligível. É permitir a leitura e o reconhecimento desse novo corpo-símbolo, e que corpos escrevam novas histórias e façam de si signos que penetrem na fissura social da discussão civil da sexualidade e gênero, marcando presença e causando impacto positivo (VIEIRA, 2019, p. 485)

Nesse contexto, urge “construir uma outra lógica de alteridade que desloca o assistencialismo passivo para um cuidado da diferença dentro do comprometimento dialógico de seguimento centrado na pessoa” (DA SILVA, 2018, p. 388). Diante da imposição de um sistema sexo-gênero binário (BUTLER, 1990/2018), a denúncia realizada pelos “corpos incoerentes” ataca o próprio sistema de poder-saber que nega a sua inteligibilidade (PORCHAT, 2017). Afirmar a existência de corpos intersexuais seria então uma questão política que, eventualmente, pode se querer deixar esquecida quando se pratica imediata intervenção cirúrgica nesses corpos de recém-nascidos. Com base em nossa clínica cotidiana no hospital, podemos acrescentar que é difícil não apenas para médicos, mas para a sociedade em geral, imaginar uma existência fora da dicotomia sexual anatômica binária masculino / feminino.

Preciado (2020) em “O preço da sua normalidade é a nossa morte”¹⁰¹ aponta que se os anos 1960 foram o momento dos movimentos feministas e homossexuais, o novo milênio se caracteriza pela visibilidade crescente das lutas trans e intersexo. Para além de políticas de

¹⁰¹ Crônica escrita em 2017. Crônicas reunidas no livro *Um apartamento em Urano: crônicas da travessia*, nas quais Preciado trata de seu processo de transição de gênero como num diário de sua transformação.

identidades, a nova revolução seria “constituída por alianças de múltiplas minorias em face da norma” (PRECIADO, 2020, p. 278). A medicina ocidental, logo após a Segunda Guerra, dotada de

novas tecnologias que davam acesso a diferenças do ser vivo que não eram visíveis até então (diferenças morfológicas, hormonais, cromossômicas), confronta-se com uma realidade desconfortável: existem, desde o nascimento, corpos que não podem ser caracterizados simplesmente como masculinos ou femininos: pênis pequenos, testículos não formados, falta de útero, variações cromossômicas que vão além do XX/XY... Bebês que põem em xeque a lógica do binarismo (PRECIADO, 2020, p. 278).

Essa crise do paradigma epistêmico da diferença sexual, a qual poderia modificar o marco cognitivo da designação sexual, abrindo a categoria humana a qualquer forma de existência genital, foi suplantada com a peremptória afirmação de que todo genital fora da norma binária devia ser considerado “monstruoso”, “inviável” e “deficiente”. Esse corpo deveria ser submetido a cirurgias e terapia hormonal que pudesse adequá-lo à morfologia genital dominante. Com efeito, a mutilação genital de bebês se inscreve numa rotina hospitalar.

Preciado (2020) postula a diferença sexual como uma “estética arbitrária e historicamente superestimada” que funda critérios de estética genital heterocêntrica, segundo os quais só existem duas possibilidades para o humano: pênis penetrante e vagina penetrada. Aos corpos que não se inscrevem nessa norma binária, normalização terapêutica! Neste contexto, “o regime sexo-gênero binário é para o corpo humano o que o mapa é para o território: uma grande política que define órgãos, funções e usos. Um marco cognitivo que estabelece as fronteiras entre o normal e o patológico” (PRECIADO, 2020, p. 280). O acesso das demandas dos movimentos intersexo ao debate público insurge como denúncia à violação do direito de um corpo em sua integridade morfológica. Nas palavras de Preciado, ainda que fomentada por um discurso científico, a mutilação genital deve ser considerada crime. “Outras estéticas genitais são possíveis e merecem ser politicamente viáveis. [...] É o regime binário de sexo-gênero que precisa ser modificado, não os corpos chamados intersexuais. O preço da sua normalidade é o nosso intersexualicídio” (PRECIADO, 2020, p. 280-81). O único tratamento que deveria ser oferecido aos corpos intersexo é a mudança de paradigma. Contudo, o paradigma da diferença sexual e de gênero “é a garantia da manutenção de um conjunto de privilégios patriarcais e heterossexuais”, logo o que a história nos ensina é que “essa mudança não será possível sem uma revolução política” (PRECIADO, 2020, p. 281). Preciado (2020) aposta numa revolução política que leve ao reconhecimento da irreduzível multiplicidade do ser vivo e do respeito a sua integridade física.

Do ponto de vista da psicanálise, a tessitura simbólica do discurso do Outro aparece nas normas que fazem parte da cultura. Tratar-se-ia de perguntar: de qual cultura se trata? Por outro lado, a condição do sujeito depende do que se articula para ele no lugar do Outro. Nesse contexto, introduzimos um conceito da metapsicologia freudiana o qual consideramos poder dialetizar a questão da norma imposta: a pulsão. Não há pulsão fora do campo da fala e da linguagem, contudo ela porta em seu bojo uma dimensão real. As relações ao corpo, os orifícios pulsionais, fazem furos e constituem apoio para troca com o Outro.

No estágio do espelho, Lacan (1949/1998) reitera que a imagem unificada do corpo se constrói a partir do Outro, de tal maneira que o corpo da criança não é inicialmente vivido como seu, mas alienado ao Outro em cujos olhos se vê projetado. O narcisismo primário é uma ação psíquica que tem como efeito a constituição do eu pelo investimento da imagem do corpo pelo Outro materno. Soler (2018) aponta que “sem o Outro da linguagem, sem os significantes do Outro, o sujeito não pode sequer sustentar a si mesmo na posição de Narciso” (SOLER, 2018, p. 54). Neste sentido, só nos percebemos como amáveis, em todos os sentidos, por meio da mediação do Outro e até mesmo a conformação do corpo é atravessada pela complexidade dessas relações que se sustentam na articulação dos três registros: real, simbólico e imaginário.

A anterioridade do discurso do Outro em relação ao ser falante significa que, nas palavras de Lagache, “antes de existir em si, por si, para si, a criança existe para e por outrem; já é um polo de expectativas, projetos e atributos”.

[...] o lugar que a criança ocupa na linhagem segundo a convenção das relações de parentesco, o prenome, talvez, que já identifica com o avô, os funcionários do registro civil e até o que nela denotará seu sexo, aí está algo que se preocupa muito pouco com o que ela é em si: *pois ela que apareça hermafrodita para ver só!* (LACAN, 1960/1998, p. 658-59).

A dimensão simbólica tem uma precedência lógica em relação ao imaginário, já que o *não nascido* é falado pelos outros, está no discurso, sem, contudo, poder ser visto, e comparecer com a sua realidade. Lacan afirma que há um erro de pessoa quanto ao Ideal de Eu que os pais projetam em seus filhos, que, apesar de necessário na constituição do sujeito e de seu narcisismo, jamais será alcançado por este.

É a partir da fala do Outro que é possível uma identificação com a imagem no espelho, antecipando no bebê uma unidade de eu imaginária. A função do imaginário seria justamente a de, através da projeção, proteger o sujeito de sua *falta-a-ser*, que seria experimentada segundo Lacan a partir do *drama do sujeito no verbo*. No sentido inverso, a relação com o simbólico se daria através da introjeção, que aponta o furo, e instala-se no *coração do ser*.

Dado que o sujeito deve surgir dos significantes que o abarcam em um Outro, na medida em que o desejo do sujeito advém do desejo do Outro, saber até que ponto é possível e preciso escolher pelo outro que se inaugura no campo da linguagem coloca-se como uma questão muito delicada! Toda situação em torno do intersexo desafia padrões éticos e questiona o vocabulário cotidiano

2.7 A pulsão vem do Outro

Foram esses jogos de ocultação que Freud, numa intuição genial, produziu, a nosso ver, para que neles reconhecêssemos que o momento em que o desejo se humaniza é também aquele em que a criança nasce para a linguagem¹⁰².

Butler (2004), em *Desfazendo o gênero*, aponta a pulsão como potência daquilo que emana do corpo, uma condição para a transformação social. Para elaborar seu conceito de “performatividade”, Butler recorre ao conceito freudiano de pulsão o qual serve aos seus propósitos políticos e, além disso, ao não poder se reduzir nem a biologia, nem a cultura, mas no limite entre estes dois pontos, torna-se essencial em sua argumentação. Por ora, voltemos a Freud e sua mitificação do real ao forjar o conceito de pulsão.

Em sua *démarche* científica, Freud (1915/2017) cunhou o conceito de pulsão [*Trieb*] o qual considerou um dos conceitos fundamentais [*Grundbegriff*] que lhe fora imposto a partir de um lugar teórico. Freud (1915/2012) define a pulsão como um conceito fronteiro [*Grenzbegriff*] entre o somático e o anímico. A pulsão é responsável pela ruptura de um espaço unitário psicofísico na medida em que assinala uma disjunção entre o somático e o psíquico. Com efeito, do ponto de vista da psicanálise, os fenômenos subjetivos não se inscrevem como psicológicos (inscritos no espaço psicofísico) já que tal disjunção introduz o corpo como não apenas somático, mas como pulsional (ELIA, 1995). Além disso, a pulsão não prescreve comportamentos, uma vez que é uma “medida de exigência de trabalho imposta ao anímico em decorrência de sua relação com o corporal” (FREUD, 1915/2012, p 25). A pulsão exige o trabalho psíquico, mas não há nada nela, que tal qual o instinto, prescreva o comportamento individual.

¹⁰² LACAN, J. 1953/1998, p. 320.

Na montagem pulsional freudiana, pressão, meta, objeto e fonte [*Drang, Ziel, Objekt, Quelle*] se articulam, a tal ponto que se a pulsão não possui um objeto específico, a satisfação é sempre parcial o que faz com que ela seja uma força constante [*kostante Kraft*] que persiste numa procura indefinida e indestrutível.

A diversidade [*Verschiedenheit*] das fontes pulsionais diferencia as realizações psíquicas das pulsões entre si. Com efeito, o desejo nasce dessa impossibilidade de satisfação particularizando a sexualidade humana. Freud (1933/2010), em suas “Novas conferências introdutórias à psicanálise”, afirma que a teoria das pulsões é, por assim dizer, nossa mitologia: “as pulsões são seres míticos, formidáveis em sua indeterminação” (FREUD, 1933/2010, p. 241). Lacan discorda do termo mito e a descreve como uma “ficção fundamental” (LACAN, 1964).

A civilização, por sua vez, exige uma renúncia pulsional do sujeito e esse aparelhamento do gozo é feito pelos laços sociais. A noção de discurso (LACAN, 1969-70) implica diretamente a pulsão em sua função de laço social, pois este é um enquadramento da pulsão que resulta em um mais-de-gozar. Nos termos de Lacan (1954-55/2010), “a função simbólica constitui um universo no interior do qual tudo que é humano tem de ordenar-se” (LACAN, 1954-55/2010, p. 47). Assim, o registro simbólico, ou seja, a linguagem, dá ao sujeito humano suas particularidades.

É da cultura que recebemos a malha simbólica, o esqueleto significante sem significado algum, que não cessa de nos convocar ao trabalho de significação pelo qual nos tornamos sujeitos (ELIA, 2005), ou seja, não há pulsão fora do campo das demandas ($\$ \langle D \rangle$). A linguagem ao incidir no mais íntimo do organismo, desnaturaliza o corpo, dito de outra forma, a função orgânica é habitada pela pulsão. É a relação do ser com a linguagem, com as demandas lógicas do discurso, que inscreve as possibilidades de subjetivação, que nos humaniza. Assim,

nem naturalista nem culturalista, Freud é antes de tudo um pensador que teve a coragem de ir aos confins da relação da natureza com a cultura, para ali encontrar não o ponto de junção mas sim o de disjunção, interseção vazia que nodula, sem continuidade, essas duas dimensões da experiência (ELIA, 2004).

Nesse contexto, a sexualidade é produto, necessariamente, da relação do sujeito com o Outro, suas leis, seus ditos (ALBERTI, 2005). Por ser falante, o humano advém a partir da sexualidade que é infantil. O corpo é erogeneizado pelo “outro auxiliar” que o banha de significantes, através de fantasias, nas zonas erógenas. A inserção social por meio do Outro depende das interdições, limites, normas, prescrições e aprendizagens.

Por meio do circuito pulsional, os órgãos e as funções biológicas se inscrevem enquanto funções de gozo. Contudo, as pulsões sejam elas oral, anal, invocante ou *voyeurista*, são a-sexuadas, elas não engajam o sexo. Freud chega a se perguntar como, a partir de pulsões parciais a-sexuais, os indivíduos chegam a algo como uma relação com o outro corpo (SOLER, 2010). Não há pulsão genital, o que significa dizer que a atração dos corpos não se instaura automaticamente, além disso o que há é escolha de objeto.

Senão vejamos. Um sujeito criado como menina, aos treze anos é vítima de uma tentativa de estupro perpetrada por três adolescentes que a trancaram em galpão abandonado. Desvela-se uma genitália atípica e a menina é surrada porque “não tinha buraco”. Chegando ao Ambulatório, tendo feito o exame de cariótipo, 46, XY, e ouvindo as explicações médicas, revela que sempre se sentiu um menino e opta por mudar de nome e fazer uma *mimésis* de puberdade masculina. Se a família, numa situação de vulnerabilidade social, em um primeiro momento sente um estranhamento, após as palavras dos médicos, a quem supõe um saber, começa a ressignificar todos os momentos nos quais Claudia, que agora escolheu para si o nome de Jeferson, “não se parecia com uma menina”. A mãe relembra o quanto a filha sempre pareceu “um moleque de rua” e, em suas palavras, se os médicos dizem que o “sexo dela é de menino”, ela acredita nisso.

Lacan (1964/2008) em seu *O Seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*, constitui a repartição de dois campos, do sujeito e do Outro, em relação à entrada do inconsciente, sendo o Outro o lugar em que se situa a cadeia do significante que “comanda tudo que vai poder presentificar-se do sujeito, é o campo desse vivo onde o sujeito tem que aparecer. E eu disse – é do lado desse vivo, chamado à subjetividade, que se manifesta essencialmente a pulsão” (LACAN, 1964/2008, p. 193-94). Deste modo, podemos afirmar que a pulsão é uma ficção fundamental do objeto *a* e não do Édipo.

O saber afeta o corpo do ser que só se torna ser pelas palavras, isso por fragmentar seu gozo, por recortar este corpo através delas até produzir as aparas com que faço o (*a*), a ser lido objeto pequeno *a* – ou então, abjeto, como dirão quando eu houver morrido, ocasião em que enfim me entenderão -, ou ainda, a (*a*)causa primária de seu desejo (LACAN, 1971-72/2003, p. 548).

É pela função do objeto *a*, que o sujeito se separa, deixa de estar ligado à vacilação do ser, ao sentido que constitui o essencial da alienação (LACAN, 1964/2008). Esse objeto se aparenta à lógica e isso o torna operante no real (LACAN, 1974).

Soler (2010) retomando o arcabouço lacaniano, afirma que a linguagem não é apenas perda, mas princípio do agenciamento daquilo que resta para o ser falante de relação com o gozo: “ela se faz, portanto, causa do corpo pulsional, esse corpo que colocamos na cama, mas

que ele mesmo, eu cito, ‘faz o leito do Outro’, é um tabuleiro de jogo, diz ainda Lacan” (SOLER, 2010, p. 13). Neste contexto, “eu falo com meu corpo pulsional”, pois

as pulsões são, no corpo, o eco do fato de que há um dizer. Esse dizer, pra que ressoe, para que consoe [...] é preciso que o corpo lhe seja sensível. É um fato que ele o é. Porque o corpo tem alguns orifícios, dos quais o mais importante é o ouvido, porque ele não se pode tapar, se cerrar, se fechar. É por esse viés que, no corpo, responde o que chamei de voz (LACAN, 1975-76/2007, p. 18-19).

Alguém ocupa o lugar de onde se fala. O corpo do bebê, sensível às palavras, entra no “jogo do Outro” na constituição do circuito das demandas que tem como lastro as zonas erógenas. É no encontro do ser vivente com a língua materna que o corpo se constitui não apenas como imagem, mas como eco pulsional do dizer do Outro. A capacidade do dizer do Outro afetar o corpo, imprimir suas marcas, é evidenciada na substância corporal.

Ao extrairmos consequências dessa articulação teórica, podemos nos confrontar com a evidência clínica de crianças intersexo diagnosticadas como “autistas”. Em nossa experiência, foram muitos os casos nos quais a mãe diante do fato de “não saber o sexo” do filho, ou mesmo de colocar a cirurgia como aquilo que seria a “solução”, não conseguir investir no filho, colocando-o no tempo da espera. Crianças levadas seguidamente em médicos que falam “sobre elas” e nunca “com elas”.

Eva nasceu com genitália atípica. Na primeira consulta no HUPE, aos dois anos e meio da criança, a equipe médica definiu o primeiro atendimento nos seguintes termos: “é um caso para você”! Segundo o relato, ninguém entendeu nada do caso, pois o pai só gritava que a filha não seria *gay*, a mãe queria mostrar o genital da filha para todos os médicos e a criança era autista e só sabia chorar e colocar as mãos no ouvido. “Está acontecendo alguma coisa que a gente não sabe”! – chama a psicóloga!

Na consulta seguinte estávamos no Ambulatório e pudemos receber os pais. Eles contaram que a filha nasceu com um “genital horrível” e que, após vários exames, recebeu o diagnóstico de disgenesia gonadal mista, cariótipo 45, X; 46, XY; que jamais entenderam do que se tratava. Foi escolhido o sexo de criação feminino, pois já esperavam por uma menina durante toda a gestação. Nas palavras dos pais, o primeiro cirurgião daquele Serviço, um senhor, disse: “vou fazer uma vagina perfeita e tudo ficará bem com sua filha”! No entanto, este cirurgião se aposentou antes de fazer o que disse que faria, e foi substituído por um “mais jovem” que recebeu os pais com a seguinte fala: “não vou fazer a cirurgia porque isso seria uma mutilação! Ela pode querer ser um homem quando crescer”.

O pai, diante do que considerou uma “ideologia de gênero que quer transformar todo mundo em *gay*”, começa a fazer tratamento psiquiátrico passando a tomar remédios

controlados. Furioso, afirmava que em sua casa não seria possível sua filha “mudar de time”, que ela seria para sempre uma mulher. A mãe mantinha-se sempre cabisbaixa. Não conseguia levantar o olhar. Apenas quando insistia em mostrar o genital “horrível e assustador” da filha, persistindo em dizer que a filha estava em perigo com um genital assim, que ela criava a filha trancada em casa e que jamais poderia ir à escola: “depois de você olhar quero ver se vai ter coragem de me dizer que ela estará em segurança andando por aí com *isso* no meio das pernas”. Eva, por sua vez, gritava repetidamente e colocava as mãos no ouvido toda vez que “alguém de branco” entrava no consultório. Começamos a conversar com os pais e, primeiramente, falamos sobre identidade de gênero e orientação sexual procurando diferenciá-los. Dissemos que todos ali víamos Eva como uma menina, que ninguém colocava isso em questão. “O que podemos conversar aqui é como vocês estão criando a filha de vocês. Nós estamos vendo uma menina”.

Os pais respiraram aliviados. Estavam desesperados tentando convencer os médicos de que sua filha era uma menina e que por isso precisava de uma cirurgia imediatamente. Ao invertemos a questão, se ela é uma menina para quê uma cirurgia agora? Algo pode circular. Em relação à mãe, pontuamos que ela não estava conseguindo olhar para a filha. Que ela não estava vendo a filha que crescia tão linda bem ali na sua frente. Que ela só via o genital quando a filha era muito mais do que isso. Aproximamo-nos de Eva e começamos a falar com ela. A mãe disse que ela ainda não falava, que tinham dito que ela era autista. Tínhamos uma caixa com brinquedos, Eva pegou as panelinhas e preparou uma comida. Serviu-nos e ali, ludicamente, foi distribuindo um pouco de comida para o pai, a mãe e a analista. Dissemos-lhe que ela era muito bonita, muito esperta e que cozinhava muito bem. Eva riu. Algo havia sido simbolicamente repartido.

Na consulta seguinte, um mês depois desse encontro, para surpresa de toda a equipe, é Eva quem vem trazendo os pais pela mão. Animada, conversa com o que denomina de “meus médicos”. Os pais, mais calmos, dizem que Eva mudou desde então. “Agora ela aprendeu a falar”, diz a mãe entusiasmada e não mais cabisbaixa. Quando lhe perguntamos: agora quando? Ela é enfática ao responder: “naquele dia que ela saiu daqui”! Eva já sabia falar, não havia quem a pudesse ouvir.

Com a pandemia da COVID19, os pais estiveram por um longo período sem irem ao hospital. Recentemente quando retornaram - Eva agora com 5 anos, estudando e muito falante - estavam calmos e apenas queriam dar seguimento ao tratamento hormonal da filha. Contudo, a mãe pede ao cirurgião que examine o genital da filha, que ele possa *olhar* porque para ela é como se alguma coisa tivesse mudado nesse tempo. O cirurgião examina e advertido, pergunta: “o que você acha que mudou”? A mãe responde: “não sei! Nada! Acho que fui eu quem mudei,

né”? A assistência integral à saúde também é feita na escolha das palavras e o analista opera com a palavra, com os cortes, ainda que em um contexto hospitalar.

2.8 Angústia - “quando a norma vem a faltar”¹⁰³

Levando a sério o normal, dizem que ele é mais uma norma masculina [*norme male*].¹⁰⁴

Jean-Pierre Vernant (1985), em *A morte nos olhos. Figurações do Outro na Grécia antiga: Ártemis e Gorgó*, trabalha três figurações do Outro: Gorgó (a Medusa), Dionísio e Artemis (Diana). Todos se relacionam à alteridade, “eles dizem respeito à experiência que os gregos tiveram do Outro, nas formas que lhe atribuíram” (VERNANT, 1985, p. 12). Artemis, enquanto Outro,

age de maneira a estabelecer uma delimitação precisa entre meninos e meninas, entre jovens e adultos, animais e homens, para que se possam articular corretamente a castidade que a donzela deve observar e o casamento que realiza a condição adulta da mulher, as pulsões da sexualidade e a ordem social, a vida selvagem e a vida civilizada (VERNANT, 1985, p. 25).

Esse Outro, alteridade, *heteros*, se coloca como zona limítrofe, onde o Outro se manifesta no contato que regularmente se mantém com ele. Segundo Millot, Lacan gostava de representar a feminilidade pela figura de Artemis (ou Diana), a caçadora que encarna a solução de continuidade que assegura a possibilidade das passagens do selvagem para o civilizado. Além disso, Lacan aproxima Diana da verdade como impossível de dizê-la toda, “é que a verdade se revela complexa por essência, humilde em seus préstimos e estranha à realidade, insubmissa à escolha do sexo, aparentada com a morte e, pensando bem, *basicamente desumana*” (LACAN, 1955/1998, p. 437. Grifo nosso).

Esse “basicamente desumana” ligado à insubmissão à escolha do sexo, atrela-se, em nossa clínica, à “ambiguidade sexual”, termo que causa muita confusão entre anatomia genital, identidade de gênero e práticas sexuais. A etimologia do significante “ambíguo” vem do latim *ambiguitas, ambiguus*, “o que tem duplo sentido, duvidoso, mutável”. O ambíguo, o dúbio, o dubitativo, o flutuante, o hesitante, o incerto, o indeciso, o indefinido, o indeterminado, o mutante, o oscilante, o titubeante, o vacilante, o vago, o vários... quando incide na anatomia genital do filho recém chegado remete os pais a uma angústia de não poder dizê-lo. “Pergunta

¹⁰³ LACAN, J. 1962-63/2005, p. 53.

¹⁰⁴ LACAN, J. 1972/2003. *O Aturdido*.

dolorosa”, é como uma mãe define o quão insuportável é ter que responder “é menino ou menina?” repetidas vezes sem “saber qual é o certo”. No contexto biomédico, poucas vezes as crianças são chamadas a falar, ficando sempre à mercê dos ditos do Outro. Esse Outro representado pelos pais, entretanto, muitas vezes, tem seu encadeamento significativo interrompido à espera de uma resposta do discurso da ciência. Dessa forma, a clínica do intersexo é marcada por um silêncio sintomático. Para avançar em nossa argumentação, vejamos a fala desse pai:

Doutora, eu posso falar uma coisa para a senhora que eu ainda não falei para ninguém? Eu estou com muito medo! A médica lá na minha cidade disse que pode ser uma coisa simples, ou *pode ser outras coisas*.... Eu pesquisei e vi que esse genital dele, desse jeito assim, pode ser até uma *ambiguidade sexual*! Ambiguidade sexual quer dizer o quê?!? Que ele é menino agora, mas podem ter que fazer uma vagina nele e virar menina? Ambíguo é o que parece de um jeito, mas é de outro? Que ele é homem, mas pode virar mulher? Tem a ver com *gay*? Não dormi essa noite... Estou apavorado!

Depois de ter passado por uma longa consulta com a endocrinologista, pudemos entrar na sala e conversar com os pais de Saul, um bebê de cinco meses que nascera com genitália atípica. Durante a consulta com a médica, o pai não trouxe nenhum tipo de preocupação além da “investigação de outras coisas”, contudo quando nos colocamos na posição de fazê-lo falar, ele pode trazer algo daquilo que lhe tira o sono, que lhe causa angústia e para o que a ordem simbólica se mostra insuficiente. Costa (2009) ressalta que

Não há continuidade possível entre razão e angústia. Para que alguém possa ser transportado de um lugar para outro – ou seja, da experiência reduzida a seu corpo, para uma significação compartilhada - é preciso ser acompanhado, produzir um leitor dessa experiência (COSTA, 2009).

Esse “leitor dessa experiência”, raramente pode ser o médico, pois em tudo o que os pais dizem, eles, os médicos, são convocados a responder. Nesta interconsulta relatada com os pais de Saul, a médica, ao ouvir a fala do pai, demonstrou intenso desconforto que, encerrada a consulta, ela pode formular da seguinte forma: “que pesadelo vive esse pai! Como você aguenta ouvir essas coisas”?

Neste contexto, é importante ressaltar que o primeiro discurso que recebe o corpo intersexo no mundo é o discurso médico numa instituição hospitalar, o que não é sem consequências¹⁰⁵. Frente à angústia presente ao nascimento de um bebê ao qual não se pode

¹⁰⁵ Cabe ressaltar que no contexto de nossa pesquisa, realizada num Hospital Universitário do SUS, nunca encontramos qualquer criança que tenha, ainda no pré-natal, recebido o diagnóstico de intersexo. Ao contrário, embora as imagens de ultrassom não apresentassem uma forma genital definida, o binário: é menina ou menino predominava. De tal maneira que, seja para o médico na sala de parto, pediatra, profissionais de saúde e para os próprios pais, o corpo intersexo foi recebido sempre com surpresa e estigmatizado.

dizer se é menino ou menina, a equipe de saúde que recebe a criança no mundo não apenas não está preparada, como também complica a situação com frases que oscilam entre estigmatizantes e pseudoconfortadoras: “seu bebê nasceu com dois sexos”, “é um pseudo-hermafrodita”, “a genitália é ambígua, mas dá para ajeitar”, “nasceu com um probleminha no genital, mas o cirurgião vai consertar”, “tem uma anomalia. Nasceu com genital anormal, mas tem solução”... Frases difíceis de dialetizar quando recebemos a criança que dará início ao processo de investigação do sexo num contexto ambulatorial. Por outro lado, não dizer nada e apenas encaminhar para um centro de referência para investigar “outras coisas”, não impede que os pais vivam momentos de extrema angústia. Se, por vezes, nenhuma das ficções que nos amparam são suficientes para transpor o impasse que se coloca, por outro lado, a cirurgia ou o silêncio não podem estar vinculados a uma forma de ultrapassamento do horror, como única maneira de tratar a angústia dos pais.

A tema da angústia relacionada ao “infamiliar” [*Das Unheimliche*], aparece na obra freudiana (1919/2019) quando este aponta que o psicanalista raramente se sente estimulado a investigações estéticas, contudo ele pode se interessar por um domínio específico da estética que é negligenciado pela literatura especializada: o “infamiliar” [*unheimlich*], afeto inquietante, aquilo que diz respeito ao aterrorizante, ao que suscita angústia e horror, todavia “é uma espécie do que é aterrorizante, que remete ao velho conhecido, há muito íntimo” (FREUD, 1919/2019, p. 33). No ano seguinte, Freud faz uma distinção importante entre horror [*Schreck*], pavor [*Furcht*] e angústia [*Angst*], na qual observa que a angústia já é uma forma de o eu se defender contra a invasão de real que o horroriza. Quando não há angústia, o sujeito pode ser tão afetado pelo horror que se mantém no pavor do acontecimento, constituindo uma neurose traumática cuja repetição pode permanecer por anos. Ora, o tema da angústia é absolutamente central, tanto em Freud quanto em Lacan, que a define como o afeto propriamente dito, em psicanálise. Para Freud, toda angústia é angústia de castração! Falta simbólica que retroage sob o sujeito nos diferentes registros.

Em seu *O Seminário, livro 10: a angústia*, Lacan (1962-63/2005) formaliza sua importante invenção para a psicanálise, o objeto *a*, que ele ali define como o objeto da angústia por excelência. Enuncia que quando a norma vem a faltar, quando não há a regra que permita que os objetos sejam distribuídos em normais ou anormais, surge a angústia.

muitas coisas podem produzir-se no sentido da anomalia, e que não é isso que nos angustia. Mas se, de repente, faltar toda e qualquer norma, isto é, tanto o que constitui a anomalia quanto o que constitui a falta, se esta de repente não faltar, é nesse momento que começará a angústia (LACAN, 1962-63/2005, p. 52).

Lacan (1962-63/2005) aponta a angústia como ligada a tudo aquilo que pode aparecer no lugar de menos *phi* ($-\phi$), um fenômeno de *Unheimlichkeit*. Essas aparições do objeto causam angústia, pois apontam a vacilação dos semblantes. Nesse *Seminário*, Lacan introduziu o objeto *a* como uma falta real que vale sem distinção de sexo que opera como causa real do desejo e que foi antecipada por Freud com a noção de objeto originalmente perdido. “Essa alteridade que me escapa e me escandaliza é de uma estranha proximidade de mim mesmo. [...] Uma estranheza inteiramente íntima - *Unheimlichkeit*, dizia Freud - que nos surpreende em certos atos que não reconhecemos... mas que são nossos” (JULIEN, 1996, p.52).

Em seu texto “Introdução aos Nomes-do-Pai” (1963/2005), Lacan retoma a fórmula já enunciada em *Seminários* anteriores “a angústia é um afeto do sujeito”. Na angústia, o sujeito é afetado pelo desejo do Outro, sendo a angústia o que não engana e não é sem objeto. “A angústia que não engana é substituída, para o sujeito, pelo que deve ser operado por meio do objeto *a*” (LACAN, 1963/2005, p. 60). Assim, para além da angústia, o sujeito deve encontrar seu instrumento nessa sua dupla hiância ao objeto dele caído. Na angústia, o objeto *a* cai, sendo uma queda primitiva, a diversidade das formas assumidas por esse objeto da queda encontra-se em certa relação com o modo sob o qual o desejo do Outro é apreendido pelo sujeito (LACAN, 1963/2005).

A angústia, tal como definida a partir da psicanálise, é o afeto por excelência, ou seja, é o sinal de que diante de algo que acomete um sujeito, sua única reação é afetiva por falta de palavras, por falta de conceitos e por falta de parâmetros estabelecidos pela linguagem para dar conta daquilo que está acontecendo. Com Lacan, a angústia é o afeto frente ao real que ele define como impossível de ser dito por falta de significantes para dizê-lo. O fato é que o ser humano afetado pelo real pode apresentar reações diversas, e no mundo da ciência, da civilização e da cultura, essa diversidade é bastante interessante. Mas ela também presentifica reações segregacionistas, *a priorísticas*, às vezes até grupais, que têm por fundamental finalidade jogar os problemas para debaixo do tapete. Quanto mais uma reação se fixa numa única vertente, mais é testemunho de que não se quer nem saber das questões que estão em jogo, não se quer nem saber que, muitas vezes, não há respostas prontas e definitivas. Lidar com questões que dizem respeito diretamente a sujeitos, pessoas, com suas histórias e suas próprias angústias, é antes de mais nada sempre garantir um lugar para o que não se sabe, para o furo no saber, como se expressa a psicanálise.

Os termos pelos quais somos reconhecidos como “humanos” são socialmente articulados e mutáveis, contudo, as atuais hibridações entre natureza e cultura não asseguram um mundo nem mais nem menos humano (SANT’ANNA, 2000). O humano é entendido

diferentemente caso se considere a raça, a classe, o gênero, o sexo ou a morfologia, uma “proliferação de diferenças” (PRECIADO, 2011), que, segundo Preciado (2011), não são “representáveis” porque são “monstruosas” e colocam em questão, por esse motivo, os regimes de representação política, mas também os sistemas de produção de saberes científicos dos “normais”, encetando assim “os corpos e as identidades dos anormais como potências políticas, e não simplesmente como efeitos dos discursos sobre o sexo” (PRECIADO, 2011).

A linha argumentativa condutora desta tese toma como pressuposto que tal afirmativa parece dialogar com Lacan em *O aturdito* quando afirma que “levando a sério o normal, dizem que ele é mais uma norma masculina” [*norme male*] (LACAN, 1972/2003, p. 480). Lado todo fálico, no qual as *heteridades*, aquilo que *ex-siste*, os (a)normais, não encontram lugar e sua abordagem é reflexo de uma relação perturbada e perplexa com a alteridade! Prates (2019) aponta que é fundamental “retomarmos a orientação pela *Heteridade*, a partir do impasse inverificável do sexo” (PRATES, 2019, p. 69). Essa *heteridade* é introduzida pela psicanálise com o não-todo fálico do feminino, ali onde vige o todo masculino. “Quando há do psicanalista, opera-se um forçamento em direção à heteridade” (PRATES, 2019, p. 74). Neste ponto, reiteramos a importância da contribuição da psicanálise nesse debate, “na medida em que o Discurso do Analista é orientado pela *heteridade*, ou seja, a sustentação do radicalmente outro e indeterminado, mais além do sexo anatômico, embora não sem relação com o semblante anatômico e seu valor social” (PRATES, 2018, p. 60). O intersexo aponta de forma radical para o fato de que em toda assumpção subjetiva do sexo há um real em jogo. E, segundo Lacan (1973-74), há coisas no nível daquilo que emerge do real sob a forma de um funcionamento diferente. Com o conceito de real, Lacan nomeia a função do impossível e permite articular as questões do sexo pela via lógica do real da castração (LACAN, 1971-72). Temática que destrincharemos no próximo capítulo.

2.9 A clínica da cirurgia genital no bebê: o que se opera?

Se a psicanálise é uma erotologia, e não uma sexologia, ela tem a ver com sujeitos, eventualmente desejantes, representados por sua fala, e não diretamente por seu corpo.¹⁰⁶

O assunto sexo é complexo, a etimologia da palavra remete ao latim *seccare*, que quer dizer dividir, partir, cortar, separar... introduzindo a *sex ratio* que separaria claramente em dois

¹⁰⁶ SOLER, C. 2020, p. 43.

sexos biologicamente distintos e incomensuráveis. Muitos optam por tratá-lo do ponto de vista da corporeidade, sustentando-se em diferenças anatômicas, genéticas, fenotípicas... um corpo masculino e um corpo feminino diferem muito pouco, exceto com relação à anatomia genital e é justo em relação a essa anatomia que se diz: esse é um corpo de homem, esse é um corpo de mulher. Contudo, os corpos intersexo introduzem questões politicamente urgentes ao romperem com esse binarismo sendo imediatamente patologizados pelo discurso médico que, na atualidade, é dominante e, portanto, determina outros, em particular, o familiar e o pedagógico. Uma “anomalia” toma o lugar de uma definição, assim é preciso “normatizar” esse corpo para devolvê-lo à norma binária cisheteronormativa. Mas de onde vem tal norma binária se nem mesmo na natureza ela existe, o que, justamente, os sujeitos intersexo testemunham.

De acordo com a campanha “Livres e iguais”¹⁰⁷ da Organização das Nações Unidas (ONU) e das Nações Unidas dos Direitos Humanos, entre 0.05% e 1.7% da população nasce com características intersexuais. O que o intersexo escancara é que mesmo nesse domínio biológico não há esse corte em duas partes. Um mundo binário, dualista e dicotômico não dá conta do Real que nos constitui, como assinalam Denez e Volaco na apresentação que fazem do *Seminário 21, os não tolos erram* de Lacan (DENEZ & VOLACO, 2016).

Já o assunto gênero, que embora tenha advindo do pensamento médico com Money (1954) e Stoller (1978), foi devidamente apropriado pelas ciências sociais, de tal maneira que dizer, hoje, que o gênero é uma “construção social”, não causa tanta surpresa quanto quando tal consideração é feita em relação ao sexo (LAQUER, 1992). A Medicina, o Direito, as Ciências Sociais, acompanham mais de perto as mudanças discursivas, no entanto são os psicanalistas que estariam mais preparados para receber os sujeitos “fora da norma” sem patologizá-los (SOLER, 2020). Quando se parte da nossa disciplina, a psicanálise, se não há diferença anatômica e nem diferença de gênero, que parâmetros usamos na diferenciação dos sexos?

Soler (2020) se propõe a fazer uma “clínica analítica da diferenciação do sexo”. A autora parte da definição de que “o sexo não é, portanto, o real, é uma realidade discursiva, um produto dos discursos que ordenam os laços sociais” (SOLER, 2020, p. 26). Ao tomar o sexo como discursivo, situa-o como histórico e os laços sociais como diversos. Nesse contexto, alvitra perguntar: o que o “bípode” (LACAN, 1972/2003) deve ao discurso para obter suas configurações? Para responder, retoma a definição de clínica psicanalítica proposta por Lacan (1974): “é o que se diz em uma psicanálise”, sem desconsiderar que “o sujeito, aquele que nós escutamos, não é individual, ele depende do que se passa no Outro” (SOLER, 2020, p. 27),

¹⁰⁷ Disponível em: <https://www.unfe.org/>

assim procura dar uma nova fórmula da relação entre o laço social e as subjetividades que se modelam nele ao propor que as subjetividades são, elas mesmas, modeladas pelos laços sociais nos quais elas aparecem (SOLER, 2020).

A campanha “Livres e Iguais” (2018), busca preservar a integridade física de crianças intersexo. Para tal, questiona as cirurgias e outros procedimentos médicos desnecessários, com o propósito de adequar seu aspecto aos estereótipos binários de sexo. Os corpos infantis são submetidos, frequentemente, a procedimentos irreversíveis que podem causar infertilidade permanente, dor, incontinência, perda do prazer sexual, assim como sofrimento mental ao longo da vida, incluindo depressão (ONU, 2018). São os pais que autorizam esses procedimentos, uma vez que as crianças não são convocadas a participar do processo de decisão, contudo, esses procedimentos podem violar seus direitos à integridade física, a não ser objeto de tortura e maus tratos, e a não ser submetida a práticas nocivas (ONU, 2018).

O que se pode verificar na prática cotidiana é que frequentemente as intervenções cirúrgicas são justificadas com base nas normas culturais e de gênero e em discriminação e preconceito com crianças intersexo, muitas vezes, atribui-se a elas uma única possibilidade de sua integração na sociedade. Além disso, justificam-se, em alguns casos, como um suposto benefício à saúde que não se verifica em longo prazo e sem discutir soluções alternativas que protejam a integridade física e o respeito à autonomia (ONU, 2018).

Kessler (1990) em *A construção médica do gênero: acompanhamento de casos de recém-nascidos intersexo*, já apontava que na literatura sobre intersexualidade, questões como a notícia da ambiguidade genital e seus desdobramentos com os pais, bem como as consultas com pacientes na adolescência eram consideradas apenas periféricamente às questões médicas, à etiologia, ao diagnóstico e aos procedimentos cirúrgicos. Além disso, numa sociedade onde os crimes relacionados a gênero e as diferentes vivências sexuais são cotidianos, não é surpreendente que os pais se desesperem caso o diagnóstico seja tornado público e optem pelo silêncio. Certa feita, um pai, cujo filho é portador de hipospádia proximal¹⁰⁸, nos questionou: “como ele vai sobreviver a essa onda reacionária? Tenho muito medo do que pode acontecer com ele”. Outro pai que, em suas palavras, “tomava o maior cuidado com sua privacidade” para que o filho, aos três anos, portador de hipospádia proximal, não notasse a “evidente diferença que havia entre eles”, preocupa-se com o “dia da revelação”. Para evitar tal “trauma”,

¹⁰⁸ Hipospádia é uma condição congênita em que a abertura do pênis se encontra na parte inferior do órgão podendo ser distal, proximal ou perineal dependendo do local em que o desenvolvimento da uretra fora interrompido. Definida amplamente como uma malformação congênita/genética da uretra, preconiza-se o tratamento cirúrgico a despeito das complicações inerentes à cirurgia.

é enfático ao dizer que gostaria que o filho realizasse a cirurgia logo. Ao ouvir dos cirurgiões que não havia qualquer urgência clínica em realizar a cirurgia, diz que seu coração se apaziguou, pois temia não estar oferecendo ao filho “o que havia de melhor”. Contudo, algo o atemorizava: quando o filho lhe perguntasse: “por que eu faço xixi sentado”? ou “por que o meu *piru* é diferente”? ou “porque eu não sou igual aos outros meninos”?, como ele poderia responder? Já sabia como começar a resposta: “filho, você tem um probleminha aí”? Questionado sobre porque diria que o filho tem um problema, o pai surpreso, retruca: “e não tem”? Lembrando Diamond (2008) quando aponta, depois de quase vinte anos de experiência com intersexo, que “pessoalmente, até agora eu não encontrei pais ou adulto algum que esteja satisfeito quando informado de que ele ou o filho dele tem uma anormalidade. Eu já conheci muito que aceitam que há diferenças”, pontuamos: “genital? Cada um tem o seu! O dele é diferente, não tem um problema”? O pai respira aliviado, pode então colocar uma preocupação latente - desde o dia do nascimento do filho -, os pais esperavam por uma menina, embora o pai jurasse que “via um volume” a cada ultrassonografia e só tenha se conformado que não seria um menino no último mês de gestação. Mas, ao nascimento, o bebê tinha genitália atípica e não pode ser registrado. Um geneticista “olhou o bebê de cabo a rabo e garantiu que se tratava de um menino”, já o cirurgião pediátrico, olhando a aparência do genital, dissera: “em minha opinião, é melhor que seja uma menina e se faça uma vagina. Para mim, é menina”? Os pais afirmam que optaram pelo sexo masculino após o exame do cariótipo, 46, XY, no entanto ele questiona: “vocês não irão fazer essa cirurgia porque acham que é uma perda de tempo consertar o pênis de um menino que pode vir a mudar? Construir uma coisa que não será para sempre assim”? Tal questionamento, colocado assim de maneira tão clara, mostrava por um lado que o pai não era leigo quanto às questões dos “gerenciamentos sociomédicos” (MACHADO, 2009) no que tange os corpos intersexos. Por outro, lançava luz sobre a questão que ainda não havia sido colocada: “se você vê seu filho como menino, aliás, era por ele que você sempre esperou. Está o criando como um menino. As pessoas o reconhecem como menino. Ele se vê como menino. Por que fazer uma cirurgia nele agora”? Este fragmento clínico levanta pelo menos duas questões. Primeiro, mostra que o desejo dos pais por uma cirurgia imediata é atravessado por questões diversas e algumas decisões podem ser muito difíceis de tomar. Em segundo lugar, o fragmento mostra que o “sexo” pode não se referir tão diretamente à anatomia.

Acompanhando há anos os pais e seus bebês num Ambulatório clínico cirúrgico, uma distinção importante aventava-se naquele cotidiano: os pais ao receberem a notícia da necessidade de uma cirurgia não eletiva em seus filhos, desesperavam, não a desejavam, preocupavam-se com a anestesia, o pós-operatório... e todo seu movimento ia em direção à

pergunta: é inevitável? Por outro lado, no que diz respeito às consideradas “cirurgias cosméticas genitais”, que não visam a função do órgão, mas a “correção” da morfologia anatômica, muitas sem indicação médica, necessidade ou urgência, o desejo dos pais pela cirurgia colocava-se como imperioso, a ponto de um médico da equipe nos dizer: “não é meu papel convencer os pais a não querer uma coisa que eles querem”!

Uma pergunta se impunha no caso a caso: o que os pais querem operar? Bastava dar-lhes espaço para falar e o que percebíamos é que o que eles pretendiam operar, extirpar, construir, pouco tinha relação com a técnica cirúrgica. Um exemplo disso é o de um pai que demandava uma cirurgia no pênis do filho, o qual ele considerava “minúsculo”¹⁰⁹, para que ele não fosse *gay*. Não raro, preconceitos, discriminações e pressões sociais se fazem presentes no discurso médico, bem como no discurso das famílias, os quais não são sem consequências nas demandas de intervenções. Contudo, os pais muitas vezes não recebem informações sobre as consequências a curto e longo prazo de tais cirurgias, tampouco têm contato com outras pessoas que se encontram na mesma situação. A primeira recepção do corpo intersexo no mundo é feito por um médico que não raras vezes diz: “seu filho é anormal”, “nasceu com um probleminha, é preciso consertar”, “uma cirurgia vai deixar normal”, “tem que fazer a cirurgia antes dos dois anos de idade”... Há falas determinantes cujos efeitos marcam profundamente o funcionamento do corpo, há também os atos médicos que têm a mesma consequência.

É indicação da ONU (2018) que as crianças intersexo e suas famílias recebam aconselhamento e apoio adequados. Contudo, sabemos que os profissionais de saúde frequentemente não possuem o treinamento, o conhecimento e o entendimento necessários para levar em consideração as necessidades de saúde específicas das pessoas intersexo, para oferecer o cuidado de saúde apropriado e para respeitar a sua autonomia e seus direitos à integridade física e à saúde (ONU, 2018). Como medidas de proteção de violação de direitos e reparação, a ONU propõe que tais violações sejam investigadas e seus supostos perpetradores processados. As falas dos pais insurgem-se como denúncias: “pegaram o meu filho e levaram ele para a UTI, nem eu e nem meu marido fomos informados de nada. Disseram que ele tinha um ‘probleminha’... Depois a médica apareceu com um papel com os dois sexos marcados. Perguntei o que estava acontecendo, ela só me disse que não sabia o sexo do meu filho”, conta uma mãe aos prantos. “Levaram minha filha e ninguém falou nada com a gente. Eu perguntava e eles diziam que estavam fazendo exames, mas não me diziam para o quê. Aí meu marido

¹⁰⁹ O diagnóstico de “pênis embutido” embora não se inscreva nos “distúrbios do desenvolvimento sexual” causa muita angústia nos pais, pois muitas vezes não é possível visualizar o pênis do filho.

ouviu no corredor do hospital que tinha um bebê hermafrodita no CTI. Tive certeza que não era sobre minha filha que eles estavam falando, eu não podia ter gerado um monstro”.

Os relatos de sentimento de culpa dos pais imiscuem-se nas demandas cirúrgicas. Certa feita recebemos uma mãe que chorava ao contar que veio do Nordeste em busca da cirurgia genital do filho, em suas palavras, ela queria resolver tudo logo, pois não queria ser acusada, por seus familiares, de “não ter corrido atrás”, menos ainda suportaria que o filho lhe dissesse que ela “simplesmente não se importou com ele”. Dessa forma, a intervenção cirúrgica a deixaria “em paz”. Outra mãe, nos conta que a filha ter ficado desse jeito “dentro dela”¹¹⁰ é algo que ela jamais poderia se perdoar, em suas palavras, a cirurgia a ajudaria esquecer de tudo.

Telles-Silveira (2009) num trabalho realizado com pacientes portadores de hiperplasia adrenal congênita afirma que “quando o sexo precisa ser diagnosticado” se presentifica o desafio de colocarmos frente a frente o saber do médico e o do paciente e/ou seus familiares, discursos diferentes, de tal forma que estes saberes possam ser escutados. Partimos da concepção de que quando a cirurgia genital ocupa a centralidade do tratamento, colocando-se como única alternativa de integração da criança à sociedade, não é possível sequer se formular outras demandas de atenção à saúde das pessoas intersexo. Quando uma perspectiva “binária genitocêntrica” está na proa do tratamento, há a impossibilidade de circulação de outros discursos. Por outro lado, quando o desejo dos pais é confrontado com o “acontecimento de real” (SOLER, 2018) da indefinição do sexo do filho, ao nascimento, quando não se pode dizer “é menino”! ou “é menina”!, o desejo dos pais fica em suspenso e muitas vezes terá que ser ressignificado e até mesmo simbolizado para que o dizer parental “que faz sujeito da anatomia” advenha, já que esse “é um dizer sexuante *a priori*, ele dá ao sujeito uma pré-identidade sexual que está antes de qualquer verdadeira sexuação” (SOLER, 2020, p. 44). Quando os pais, diante de um arsenal de informações moleculares, são convidados a “escolher” o sexo do filho, o que estaria em jogo?

Como já mencionado, no contexto biomédico, poucas vezes as crianças são chamadas a falar, ficando sempre à mercê dos ditos do Outro. Esse Outro representado pelos pais, entretanto, muitas vezes, tem seu encadeamento significativo interrompido à espera de uma resposta do discurso da ciência. Dessa forma, a clínica da intersexualidade muitas vezes é marcada por um silêncio.

Uma outra dificuldade se insere na clínica com crianças intersexo. A “prescrição de gênero” (AYOUCH, 2014) incide de maneira paradigmática, de modo que uma menina que

¹¹⁰ A filha tinha o diagnóstico de hiperplasia adrenal congênita.

goste de jogar futebol é entendida como masculinizada. Um menino que goste de brincar com bonecas é “feminino”. Meninas agitadas, que gostem de correr, de luta, não gostem de vestidos... Incide sobre elas uma temerária pergunta colocada pelos pais: será que escolhemos o sexo certo, doutor? “Sabe o que é, doutora? É que eu amo bola desde que eu nasci! Não sei de onde vem isso... O problema é que eu sou menina e todo mundo acha que eu gosto de boneca, mas eu não gosto. Nunca gostei! Meu amor é a bola”, nos conta Helena, oito anos, portadora de hiperplasia adrenal congênita e que tem seu corpo e seu comportamento escrutinado pelos saberes médicos.

Por fim, não podemos deixar de elencar a dificuldade de dar seguimento ambulatorial nesses casos. Ao propormos um “processo de designação sexual” que incluiria o acolhimento das crianças e seus pais, um projeto terapêutico longitudinal singular construído no caso-a-caso, além de atendimentos interdisciplinares, a não adesão ao tratamento se mostra de forma patente. A fala de Priscila, sete anos, acompanhada no Ambulatório desde o nascimento e que ficara mais de um ano sem aparecer nos atendimentos é esclarecedora. Quando nos dirigimos a ela e dissemos: “Há quanto tempo, Priscila! Você sumiu”!, ela foi muito rápida na resposta: “quem sumiu foi minha mãe”! Priscila tinha toda razão em retrucar assim: a mãe relata uma situação de vulnerabilidade social e precariedade que a impede de levar a filha ao hospital, embora entenda a importância do acompanhamento.

No *Prefácio à edição inglesa do Seminário 11*, Lacan (1976/2003) finaliza o texto dizendo que os casos de urgência o atrapalhavam enquanto ele escrevia, “mas escrevo, na medida em que creio dever fazê-lo, para ficar a par desses casos, fazer com eles par” (LACAN, 1976/2003, p. 569). Bousseyrux (2014) aponta que responder aos casos de urgência “mais que dizer algo a alguém, é comprometer-se, pôr-se a favor de aplicar-se com firmeza, fazer-se responsável, tal como indica a expressão: responder por si mesmo” (BOUSSEYROUX, 2014, p. 31) e no mais além da resposta por meio da palavra ou do corte, está aquele frente ao qual o analista há de responder. Isto posto, escolhemos relatar três casos clínicos nos quais a questão da temporalidade, da urgência, não nos foi indiferente.

2.9.1 Antony Antônio, “a insustentável leveza do ser”¹¹¹

Os shows de aberrações ou *Freak Show* foram muito populares entre os anos de 1849 a 1970, compostos basicamente de casos de teratologia. Pessoas eram expostas por suas “anomalias” e pessoas pagavam para assistir como num circo. O que mudou desde então?

¹¹¹ KUNDERA, M. 1984.

Antony é acompanhado pela Endocrinopediatria desde os quinze dias de vida quando fora encaminhado pela Maternidade para o processo de investigação do sexo. Nasceria com a genitália atípica e não foi possível designar seu sexo. Fora diagnosticado com Síndrome de insensibilidade androgênica parcial (PAIS)¹¹² cariótipo 46, XY, “respondeu bem” ao tratamento hormonal com testosterona, o que significa dizer que seu pênis cresceu, e ficou aguardando a “cirurgia de correção da hipospádia proximal” que seria realizada pela equipe da Urologia. O caso de Antony é paradigmático da questão da invisibilidade e inexistência que assola as questões dos intersexos e de como o discurso médico engendra questões para as quais não encontra respostas.

Aos quatro anos, encontramos Antony e sua avó materna, pela primeira vez, na sala de espera do Ambulatório. Enquanto conversávamos com uma mãe que descobrira recentemente que a filha de cinco anos tem o cariótipo 46, XY durante uma cirurgia de “hérnia”, que na verdade era uma gônada¹¹³, a avó de Antony começou a falar que o neto nascera com os “dois sexos” e estava “esperando a cirurgia para tirar o outro sexo”¹¹⁴. Diante da incredulidade e horror da mãe com quem conversávamos, a avó tirou o *short* do neto, que dormia em seu colo, e mostrou a genitália como forma de provar o que ela dizia. Em suas palavras, tudo que o neto precisava era de uma cirurgia para tirar o segundo sexo e ser um menino normal. Nesse momento, intervimos. Intervenção feita tanto com a avó quanto com a equipe médica. Para a avó dissemos-lhe que apenas cirurgia não é tratamento. Que as coisas estavam muito confusas e que precisávamos conversar com toda família para começarmos a pensar em algum tipo de intervenção. Exigimos a presença da mãe, inclusive tivemos que ligar para ela reiterando a importância de sua presença na consulta seguinte, ainda que a avó insistisse muito dizendo que a mãe não queria saber do filho, que ela o abandonara porque ele tinha dois sexos. Com a equipe questionamos como era possível uma criança ficar no sistema de saúde por quatro anos esperando uma cirurgia como se fosse a única coisa de que precisasse.

Cabe aqui retomar como fora feito o processo de acolhimento e investigação do sexo logo após o nascimento de Antony o que só pudemos recolher quando a mãe concordou em vir ao Ambulatório. A equipe entendeu que a mãe, por ser adolescente, rejeitava o filho por considerá-lo uma “aberração” e teve “depressão pós-parto”. Mas a mãe conta uma outra

¹¹² A síndrome de insensibilidade parcial aos andrógenos (PAIS) é uma condição congênita com herança ligada ao cromossomo X que afeta sujeitos com cariótipo 46, XY, nos quais há prejuízo do processo de virilização intra-útero devido à alteração funcional do receptor de andrógenos (AR).

¹¹³ Já na síndrome de insensibilidade total aos andrógenos (CAIS) não há a presença de uma genitália atípica e mesmo diante do cariótipo 46, XY o sexo de criação é feminino sendo o diagnóstico feito mais tardiamente.

¹¹⁴ No caso de uma hipospádia proximal, o canal da uretra só se desenvolve até a base do pênis.

história. Logo após o nascimento do filho, fora encaminhada para uma psicóloga que lhe sugeriu: “dividir seus problemas com alguém” já que ela não conseguia falar sobre isso e passava os dias trancada em casa sem nem ao menos aceitar ajuda nos cuidados básicos com o filho. Diante disso, contou o problema de seu filho para um vizinho “que era *gay*”, pois imaginou que ele poderia entender melhor dessas coisas. Esse vizinho contou para toda vizinhança que nunca tinha visto “uma *xota* e um *pau* juntos” (sic). De repente, a casa ficou cheia. Todos queriam ver a genitália de Antony. Uma vez chegaram a pegar Antony dos braços da mãe para ir mostrá-lo na rua. Sabemos que no hospital, não escutar o contexto, que tem forte ligação com a classe social, muitas vezes um contexto de vulnerabilidade social, é também ideológico. A mãe prossegue:

eu acho que nem os médicos entendem isso que o meu filho tem... só os especialistas mesmo. Quando ele tinha meses, ele teve uma febre e eu levei ele numa emergência lá na Baixada. Para que eu fiz aquilo?!? Colocaram meu filho numa maca e começaram a tirar foto da genitália dele. Não parava de chegar gente. Médicos, enfermeiros, estudantes... Todo mundo queria ver e fotografar. Socorrer meu filho mesmo, ninguém queria. Tive que arrancar meu filho de lá e levar ele para se curar em casa, comigo. Dizem que eu tive depressão pós-parto, mas ninguém sabe as coisas que eu passei.

A mãe relata o quanto é difícil a convivência com a própria família: “meu irmão chama ele de *viadinho* o tempo todo”. “O pai dele não aceita que ele faça xixi sentado. Fala que ele tem que ser homem e mijar igual homem... Por causa desse problema dele, se ele pega uma boneca, ficam falando que ele é menina. Se ele gosta de carro, que é menino... Outro dia ele me perguntou: ‘mamãe, eu sou menino ou menina?’”? Segundo a mãe, as coisas estão piorando porque Antony está crescendo e entendendo tudo, “ele já vê como é o pênis dos homens. Que homem mijar em pé e ele não consegue... Se ele mijar sentado ele pensa que é menina, porque todo mundo diz que quem mijar sentada é menina, mas ele não consegue mijar em pé, mesmo que ele queira”. A mãe afirma que se pudesse traria toda a família para conversar, porque são eles que “causam problema na cabeça do garoto”, mas que eles não têm interesse em “vir conversar”. Conta que hoje vive trancada com o filho em casa:

comigo eu sei que ele está bem... Eu não tenho medo do que o meu filho tem, eu tenho medo é do que a sociedade pode fazer com isso. A sociedade me assusta! Agora todo mundo fica falando... Que ele é *viadinho*... Que é metade homem, metade mulher... todo mundo se intromete. Ele fica o tempo todo sendo observado. Todo mundo quer saber se ele vai ser homem ou mulher. Pior, todo mundo tem uma opinião e fica tentando enfiar isso na cabeça dele. Desisti de vir ao tratamento porque acho que os médicos não resolvem nada. Agora só falam que tem que esperar pela cirurgia... e antes?

Perguntada sobre o porquê de Antony não estar na escola, a mãe responde:

ele queria muito ir para escola porque ele é muito esperto, mas quando minha mãe foi matricular ele na escola e explicou que ele precisava de ajuda para ir no banheiro porque fazia xixi sentado ou se molhava todo, falou esse negócio de “dois sexos”... a diretora não quis fazer a matrícula dele porque disse que isso causaria constrangimento nas outras crianças. A diretora disse que as crianças não estavam preparadas para lidar com uma aberração como o meu filho.

Quando nos dirigimos a Antony, ele disse que estava bem, que gostava do Homem Aranha, que queria ir à escola. Falou sobre os amigos, sobre as primas... “Eu queria que meu nome fosse Antony Antônio. Não queria ser Antony Costa”. Por quê?, perguntamos. “Ah... Eu acho mais bonito”. A mãe diz que ele “cismou com isso”, que fica o tempo todo dizendo que queria se chamar Antony Antônio. Levantamos a hipótese de ele ter identificado em Antony o nome de seu problema, Antônio não deixaria mais dúvidas, ele seria um menino. Antony se dirige ao cirurgião e pergunta: “é você que vai me ajudar me dando um pinto”? Enquanto a mãe diz estar preocupada com como o filho “irá mijar em pé”, Antony, por sua vez, diz estar preocupado com a “falta de pinto”. Essa preocupação reflete não só a projeção de ideal dos pais, mas também das normas sociais, anatômicas e científicas, isto é, do Outro.

Se para Lacan, no que diz respeito à entrada do *infans* no mundo da linguagem, há um erro de pessoa, que se refere às expectativas dos pais quanto ao filho, no que tange a entrada em análise, ele diz haver um erro subjetivo (LACAN, 1953/1998), referente à ilusão do sujeito que acredita que o analista detenha uma verdade *a priori* sobre ele. O estabelecimento da transferência de saber, suposto no analista, tem como efeito a transformação da demanda transitiva, demanda de ser curado de seu sintoma, em demanda intransitiva, demanda de amor. Nas consultas interdisciplinares que realizamos, muitas vezes, essa transferência se dá com o cirurgião, aquele que tem um saber sobre como “construir um órgão”.

2.9.2 “Meninos mijam em pé, meninas mijam sentadas”

Henrique e Ricardo, gêmeos bivitelinos, nasceram de parto normal numa maternidade na periferia. Ao nascimento, foi constatado que Ricardo possuía “malformações faciais, anomalia genital e manchas café com leite pelo corpo”, o que indicava presença de alguma síndrome, além de impossibilitar a definição do sexo. Os pais lembram que naquele momento uma médica teria dito que era melhor registrar como menina e “ver como fica depois” porque este seria o “caminho mais fácil”, afinal: “como ele seria um homem sem pênis”? Após investigação, fora diagnosticado como síndrome de Leopard, cariótipo 46, XY¹¹⁵. Começaram

¹¹⁵ Síndrome de LEOPARD (LS) é uma condição congênita rara, caracterizada principalmente por múltiplas anomalias cutâneas, faciais e cardíacas. LEOPARD é um acrônimo para as características mais importantes

um processo de construção do canal uretral devido a constantes infecções urinárias, no entanto os tempos cirúrgicos não saíram como esperado e Ricardo teve uma série de complicações, entre elas estenose de uretra¹¹⁶. Depois de reiteradas cirurgias, procedimentos e internações, Ricardo desenvolveu intensa angústia de estar no hospital. Bastava olhar para o jaleco do médico para começar a gritar, chorar e se debater ininterruptamente, nada era capaz de aplacar tal angústia. Certa feita, nos aproximamos de Ricardo com nossas canetinhas e papel e perguntamos se ele gostava de desenhar, disse que sim. Seu primeiro desenho foi de “um dinossauro bem grandão”, tal qual o que estampava sua imensa mochila que nunca tirava das costas. Fizemos um desenho em nossa mão, Ricardo pediu que fizesse o mesmo desenho na mão dele, bem ali onde não havia as “manchinhas café com leite” que cobriam quase todo seu corpo. Dinossauros, super-heróis, corações, nuvem, sua família... Tudo era desenhado no papel com nossa ajuda e depois cuidadosamente recebia “pintinhas”, de tal maneira que foi possível criar um espaço para que Ricardo estivesse no hospital sem sentir tanta angústia. Contudo, a situação se complicou e foi preciso fazer uma cirurgia de emergência para preservar os rins e a bexiga de Ricardo. Na entrada do centro cirúrgico nada parecia aplacar a angústia de Ricardo. Arrancou o acesso venoso pelo qual seria feita a anestesia e gritando muito se recusa a ingerir a sedação. Nesse momento, pegamos nossas canetinhas e papéis e começamos a desenhar. Ricardo foi apaziguando e engoliu o xarope. Adormeceu.

O canal da uretra foi aberto na base do pênis, implicando que Ricardo passasse a fazer xixi sentado quando as cirurgias anteriores o haviam possibilitado fazer xixi em pé, tal qual seu irmão gêmeo. Na época do desfralde, a mãe alegava que Ricardo estava em intenso sofrimento por não conseguir mijar em pé como irmão. A cirurgia reconstrutora visava levar o canal da uretra até a ponta do pênis, foi o que fora feito e Ricardo passou a urinar em pé, o que durou pouco tempo antes da estenose e da cirurgia, agora necessária, de reabertura do canal da uretra na base do pênis, de modo que, anatomicamente, tudo voltava a ser como antes das muitas cirurgias.

Depois da cirurgia e retirada da sonda, Ricardo chega a dizer que ficou com um “pinto grandão”. A mãe, após o susto de quase perder o filho, decide que não vai querer mais saber de cirurgia por enquanto e opta por “dar um tempo de hospital”. Na consulta de revisão, um tiroteio na comunidade a impede de ir ao Ambulatório. Sucessivos acontecimentos a impedem de

desta doença, incluindo Lentigos múltiplos, anomalias de condução no ECG, hipertelorismo ocular, estenose pulmonar, anomalias genitais, atraso de crescimento e surdez neurossensorial.

¹¹⁶ Na estenose de uretra o canal da uretra fecha o que impede que a criança urine causando retenção da urina na bexiga e comprometimento renal.

chegar, até que passados meses a encontramos aflita esperando pelo médico para remarcar a consulta do filho. Ao observarmos sua extrema angústia, convidamo-la para ir até a nossa sala conversar um pouco. Laura diz que está muito preocupada, pois depois da cirurgia, Ricardo, agora com três anos, começou a dizer que ele é uma menina. Não quer mais ser chamado de super-herói, quer ser uma super-heroína. Afirma que o irmão é menino porque ele mijar em pé e ele é uma menina porque mijar sentado. Pediu para comprar um vestido porque ele vai ser uma menina. Além disso, na escola faz xixi nas calças por se recusar a fazer sentado.

Tratamos de convocar a família toda. O pai diz que dos dois filhos Ricardo é o mais esperto e não entende “esse papo de querer ser mulherzinha”, embora lembre que uma médica, ainda na maternidade, tenha sugerido “fazer uma vagina porque seria mais fácil”. Fica nervoso ao pensar nessa possibilidade e teme ter escolhido errado. A mãe por sua vez, repete reiteradas vezes: “a mamãe é menina e faz xixi sentada, você é menino, tem que fazer xixi em pé”. Nossa intervenção, nesse caso, vai no sentido de questionar porque mijar sentado ou em pé faria uma menina ou menino. A mãe responde: “porque o normal é o menino fazer xixi em pé”. Questionamos esse “normal” e reiteramos que cada um pode fazer xixi como quiser e isso não determina nada. O pai diz então que poderia passar a fazer xixi sentado. Ricardo sorri. Quinze dias depois, Ricardo aparece no Ambulatório muito falante. Fala sobre a escola, sobre a família, pede para desenhar. A mãe relata que “aquilo de querer ser menina já passou. Estamos todos bem melhor. A *gente tá* inventando o nosso normal e ele faz xixi do jeito que quiser”!

Cabe ressaltar que o fato de se tratar de um atendimento inserido numa instituição, cujo valor primeiro é a “normalização”, torna necessário que as coordenadas do trabalho, possam encontrar lugar dentro da oferta de recursos da instituição e dentro de seu funcionamento.

2.9.3 Somente a cirurgia não trata angústia dos pais. Caso Aimée: entre palavras, hormônios e bisturis

Recebemos Aimée, sete anos, portadora de hiperplasia adrenal congênita (HAC), por encaminhamento do endocrinopediatra. O médico afirmara que sempre desejou que os pais procurassem um acompanhamento psicológico, pois em suas palavras, “eles nunca se recuperaram do trauma que viveram ao receberem a notícia de que a filha tinha genitália ambígua”.

Imediatamente após ao nascimento, Aimée passou por uma série de intervenções cirúrgicas com o intuito de “normalizar” a genitália, construir “algo mais próximo a uma vagina”. Foram quatro cirurgias ao longo dos primeiros dois anos de vida que incluíram:

clitoroplastia e construção de pequenos e grandes lábios. A cirurgia de construção do canal vaginal está planejada para o futuro, “quando for usada para penetração”. A mãe conta que Aimée sabe o mínimo possível sobre essas cirurgias e no que dependesse dela, não saberia de nada, “mas não tem como esconder dela, né”? Não sabe como irá abordar esse assunto no futuro. “É um tipo de fantasma terrível que nunca vai embora”.

Aos quatro anos, Aimée apresentou seu “primeiro tique”, ficava piscando os olhos sem parar. Atualmente, apresentou o mesmo tique, que foi controlado pelos pais com tratamento clínico e medicação, no entanto, um outro tique “abrir a boca inesperadamente e repetida vezes” foi o que levou os pais a procurarem ajuda psicológica, mesmo diante de toda resistência que eles apresentavam em “ouvir uma psicóloga”.

Na primeira entrevista apenas com os pais, a mãe é logo taxativa: “me sinto culpada por tudo que aconteceu. Eu gerei ela assim... Isso tudo aconteceu dentro de mim”. Conta, aos prantos, que quando a filha nasceu e recebeu a notícia de que não sabiam o sexo do bebê, que era preciso esperar o resultado dos exames, desesperou-se.

Não conseguiu acompanhar a filha até o CTI, pois não tinha coragem de olhar “tamanho monstruosidade”. “Como eu iria olhar para uma genitália que não era nem um pênis, nem uma vagina? Aquilo era uma aberração e eu não queria ver de jeito nenhum”, diz a mãe aos prantos. Lembra que um dos piores momentos vividos na maternidade fora o que ouvira da psicóloga da instituição. “Eu não queria olhar para a minha filha no CTI. Não conseguia. Então chamaram uma psicóloga para me acompanhar... Ela só falava idiotices... Totalmente despreparada. A voz dela me irritava profundamente. A gota d’água foi o dia que ela me fez a seguinte sugestão: ‘já que você não consegue ir ver sua filha, nem falar comigo, você deve escrever num diário tudo o que está lhe acontecendo. Tudo que você pensar, você escreve. Aí um dia você rirá disso tudo que está acontecendo’”. Ana conta que ficou furiosa e colocou a psicóloga para correr, “eu entendi que quem estava rindo de mim era ela. Como eu poderia achar graça um dia de uma desgraça dessas”? Ana conta ainda que não aceitava de jeito nenhum ter esperado por Aimée, sua filha tão amada, e receber outra coisa. “Ela para mim era uma menina e só podia ser uma menina. Tem que ser menina, não pode virar um *homenzinho*. Ia fazer o quê? Ser *lésbica* no futuro? Não existe isso de *hermafrodita*... muito menos de mudar de sexo”.

O pai, por sua vez, não se lembra do que pensou na época, “eu só ficava acompanhando elas”. Conta que “por causa do diagnóstico”, não consegue deixar Aimée “cair”. Pretende evitar a todo custo que ela se machuque, pois tem medo do corpo dela não reagir. O pai relata uma cena deveras traumática: “estávamos dormindo e ela como sempre no meio da cama junto com a gente. Ela tinha apenas dois aninhos. De repente coloquei a mão na testa dela e ela estava

fervendo. Febre de 40 graus. Corremos para o hospital e ela precisou ficar internada. Aí eu pensei: ‘se ela não estivesse aqui com a gente, podia ter morrido sozinha no quarto’. O corpo dela não reage, nós é que precisamos reagir por ela”. Fala sobre algo que acontece todas as noites: chega exausto do trabalho e tira um cochilo. Por volta das 10 da noite acorda e não consegue voltar a dormir. Uma insônia que vai até meia-noite, momento que respira e pensa: “mais um dia *prá* conta”. Contando os dias, cada dia de vida da filha como um dia de sobrevivência frente ao risco de ela “não reagir”. O pai, nessa ocasião, pretendia assumir o lugar do “corticoide faltante”¹¹⁷.

Aimée, por sua vez, é uma garotinha linda, espreitada e muito falante. Logo em sua primeira entrevista deixa muito claro que sua paixão é o futebol para desespero dos pais. Embora tenham cedido a matriculá-la numa escolinha de futebol, não se acostumam com a ideia. Temem que o futebol a “masculinize”. Acreditam que Aimée é muito viciada em coisas de futebol e que deveria dividir seu interesse com outras coisas, “mas não tem jeito, ela só pensa em futebol. Deixa de sair para assistir *Sport TV!*”. Quando pergunto a ela em que um psicólogo poderia ajudá-la, ela é taxativa: “poderia me ajudar com a minha mãe. Ela que precisa de ajuda, porque ela faz cada coisa que a senhora nem iria acreditar”. A agenda de Aimée é lotada: academia duas vezes na semana, natação, escolinha de futebol... além da escola preparatória para colégio militar, mais rotina de estudos diários. Aimée estuda em casa todos os dias de 3 a 4 horas junto com a mãe que lhe passa uma série de exercícios além dos regulares da escola. “Aí um dia eu copiei uma folha todinha. Tinha feito tudo, tia. Minha mãe esperou eu acabar e foi lá e arrancou a folha com toda força. Ela não gostou da minha letra... mas não podia ter arrancado quando eu comecei a escrever? Tinha que esperar acabar para arrancar e me fazer escrever tudo de novo? Nesse dia eu fiquei muito irritada com ela”. Como suas consultas são à noite, único horário disponível em sua agenda abarrotada de atividades, Aimée reclama que o horário está atrapalhando seus jogos de futebol. Inclusive naquele dia tinha jogo do Fluminense, seu time do coração e ela iria perder.

Na sessão seguinte, diz que tem uma dúvida: “sábado tem copinha de matemática, mas essa opção foi eliminada, tem campeonato de natação e tem o torneio de futebol. Eu não sei em qual dos três eu vou”. Aimée fica extremamente agitada. Diz não saber o que escolher. Sabe

¹¹⁷ Na HAC os hormônios cortisol e aldosterona são produzidos em menor quantidade. Eles participam de várias funções importantes e são responsáveis pela manutenção do nível de glicose (açúcar) no sangue e pela conservação da água e sal no organismo, dentre outras funções. O cortisol é também o principal hormônio que atua na resposta ao estresse.

que os pais preferem que ela vá na copinha de matemática, mas ela queria mesmo o torneio de futebol, mas como escolher seu desejo em detrimento do dos pais?

Aimée nunca apresentou seu “sintoma” de abrir a boca nas consultas. A mãe relata que o acompanhamento psicológico tem feito mais bem para ela do que para a própria filha, pois se percebeu muito contraditória. Ela questiona: “como eu posso amar tanto a minha filha, querer o melhor para ela e ao mesmo tempo ser tomada por tanta fúria e ser tão agressiva com ela? Eu só queria que ela fosse uma menina *normal*”. O caso de Aimée nos parece paradigmático em elucidar que intervenção precoce apenas nos moldes cirúrgicos, sem um espaço de construção da história, não trata angústia dos pais. O trabalho com Aimée teve por consequência uma elaboração, por parte dos pais, daquele primeiro momento que vivenciaram em silêncio e cuja angústia eclodia no sintoma da filha.

3 A ANATOMIA GENITAL, UM DESTINO? UMA ESCOLHA, UMA APOSTA: CLÍNICA COM ADOLESCENTES INTERSEXO

Constituídos como um fenômeno social na esfera pública, meu corpo é e não é meu. Entregue desde o início ao mundo dos outros, carrega sua marca, é formado dentro do cadinho da vida social; somente mais tarde, e com certa insegurança, posso reclamar meu corpo como meu, se, de fato, eu alguma vez o fizer¹¹⁸.

As pessoas intersexuais têm seus problemas “resolvidos” na sala de cirurgia, com uma estrutura de segredo e silêncio que se estabelece com um aporte teórico. Há um pacto para que esses corpos não estejam diante da sociedade. [...] O corpo intersexo é parte da humanidade¹¹⁹.

Figura 9 – “Galeria da Vulva”¹²⁰



A pergunta colocada como título deste capítulo: a anatomia: um destino? Antes de remeter-nos a uma aporia, visa um melhor discernimento sobre os fundamentos dessa questão na psicanálise. É a anatomia que inscreve o sujeito no simbólico? Ao nascimento, um corpo que não possa ser caracterizado simplesmente como masculino ou feminino, pela sua anatomia genital, coloca uma série de questões e definitivamente põe em xeque a lógica do binarismo sexual.

¹¹⁸ BUTLER, 2004. Tradução nossa.

¹¹⁹ Amiel Modesto (2018). Ativista intersexo. Trecho da entrevista concedida ao Jornal Nexo. *O que é intersexualidade. E como é se descobrir intersexual*. Disponível em:

<https://www.mpms.mp.br/noticias/2018/02/o-que-e-intersexualidade-e-como-e-se-descobrir-intersexual>

¹²⁰ <https://revistak7.com.br/post/ilustradora-cria-a-galeria-da-vulva-para-celebrar-a-diversidade-das-vaginas>

A incidência do corpo enquanto campo do imaginário, no que tange a diferença sexual, se verifica em toda sua magnitude nos casos de corpos intersexo. Nesses casos, as cirurgias de redesignação sexual de bebês recém nascidos cujo genital é atípico visam reproduzir a diferença sexual anatômica, pênis e vagina, nem que seja às custas de mutilação genital, dores e sofrimento. Como pudemos deslindar no capítulo anterior, essa ortopedia discursiva em nome da anatomia imaginária-simbólica, cuja medição se faz na régua e na “faca da norma” (BUTLER, 1990), impossibilita o reconhecimento do corpo intersexo como uma variação natural. Se sexo é um espectro (FAUSTO-STERLING, 2000), ser intersexo é natural e não um defeito. É uma variação, não há nada errado com o corpo, contudo o peso do imaginário-simbólico do genital incide também sobre questões de existência. Mas afinal, o genital tem relação com a formação do gênero? Pergunta que nos força a afinar o rigor da originalíssima noção de sexuação com a qual a psicanálise opera e qual seria nossa concepção de diferença sexual.

Preciado (2017) retoma Thomas Kuhn para afirmar que nossa concepção de corpo e de diferença sexual depende de um paradigma científico-cultural. As representações biológicas tanto quanto os códigos culturais permitem o reconhecimento de um corpo como masculino ou feminino. Emily Martin (1996), sinologista, antropóloga e feminista, em “O óvulo e o espermatozoide: como a ciência construiu um romance baseado em papéis estereotípicos de gênero” denuncia os estereótipos de gênero escondidos dentro da linguagem científica da biologia. Neste contexto, o corpo intersexo rompe com o imaginário dos ideais de uma sexualidade biológica e desafia o saber médico em termos de sexualidade naquilo que ele tem de mais sólido: seu suposto caráter científico (GAUDENZI, 2018).

No artigo intitulado “Os dilemas da definição sexual: como proceder com a criança nascida com graves alterações genitais?”, publicado na *Revista Bioética* do Conselho Federal de Medicina, Novato Silva *et. al.* (2011), introduzem o texto com a seguinte questão:

Na maioria dos casos, crianças do sexo masculino com alterações anatômicas significativas da região genital, que inviabilizam a construção cirúrgica de um pênis, são fenotipicamente transformadas em mulheres. Progressivamente, essa posição vem sendo criticada, inclusive por associações civis de pessoas com intersexo. Ao lado de argumentos como a necessidade de definir precocemente o sexo social e psicológico, surgem outros tais como: por que para a definição do sexo é necessário haver órgãos sexuais externos definidos? (p. 77).

Pergunta que consideramos importante no escopo dessa tese. No que diz respeito à diferença sexual anatômica, que remete diretamente à questão do sexo, psicanalistas como Morel (2008) já questionaram: podemos falar de sexo em psicanálise sem fazer referência à diferença dos sexos?

Ao nascimento de uma criança com genitália atípica, amostragem fenotípica¹²¹, a definição de sexo: masculino ou feminino, fica em suspenso, problemática que buscamos desenvolver no capítulo anterior. Contudo, após a designação do sexo, incorrem uma série de outras problemáticas que evidenciam que vivemos numa sociedade organizada em torno do genital, dito melhor, do peso que o imaginário genital exerce na definição da identidade sexual. Podemos citar como exemplo a demanda constante de mães por cirurgias estéticas no pênis do filho, portador de hipospádia, seguida da seguinte frase: “eu não quero que esse probleminha prejudique ele como homem”! Frase que traz em seu bojo um engodo, mas que ao mesmo tempo revela aquilo que parece estar em jogo: a dimensão fálica que cada mulher porta em si e transfere para o filho recém-chegado. Uma mãe, que fizera todo o seu pré-natal e estava à espera de um menino, mas ao nascimento o bebê nascera com uma genitália atípica que foi “feminilizando” durante o processo de investigação do sexo, nos questiona: “para mim tanto faz ser menina ou menino, mas como vai ser se for um menino sem as *partes*? Eu penso no futuro... Se ele for menino nos exames, mas não tiver nada aqui fora? Onde estão as *bolas* dele? Outras mães são mais enfáticas: “é só uma correção na ‘arminha’ dele”!

O pênis tem uma dupla função biológica: reprodutora, “inocular o esperma no útero” e excretora. Nos casos de hipospadias, raramente essas funções estão comprometidas. Algumas mães preocupam-se com a dimensão da fertilidade: “ele não vai poder ter filhos com o buraco fora do lugar. Tem que consertar”! Por outro lado, o temor da “homossexualidade” parece sempre à espreita: “e se por ser desse jeito assim, ele se interessar por homens”?, questiona uma mãe.

A relação entre as fantasias maternas para o filho recém chegado e as frases impositoras de médicos que vaticinam a cirurgia como necessária para “consertar” o pênis considerado “anormal”, que faria o menino “mijar sentado” e que “não seria fértil”, não nos foi indiferente. Entretanto, no processo de construção de nossa pesquisa pudemos construir um Ambulatório de Urologia pediátrica e do adolescente não interventor precoce *a priori*, no qual o próprio cirurgião acolhia as demandas forjadas por outros médicos e que, muitas vezes, chegavam com o tempo contado: “o médico me disse para fazer a cirurgia até os dois anos porque assim ele não vai lembrar de nada”. Ainda que o cirurgião dialetizasse tal urgência e demanda dizendo que o pênis não era anormal, apenas diferente, muitos pais optavam por não seguir o acompanhamento e buscar a cirurgia o mais rápido possível em um outro Serviço.

¹²¹ O fenótipo refere-se ao que é visível ou detectável em um organismo. Um conjunto de características observáveis.

O imbróglio existente entre sexo biológico, identidade sexual e sexualidade impõe um questionamento radical das relações sociais do sexo (LÖWY, 2003), desvela as problemáticas que envolvem a existência intersexo enquanto identidade política, uma vez que o “corpo da norma” é o único considerado politicamente existente e, o ponto que procuraremos avançar nesse capítulo: uma ditadura cosmética da genitália (FAUSTO-STERLING, 2000; CHASE, 2002) enquanto um corpo referido ao simbólico. Por outro lado, quando a correção hormonal e cirúrgica é consequência do desejo do sujeito, isso pode favorecer a assunção de sua sexualidade? Aquilo que a teoria psicanalítica conceitua como gozo, seja este fálico ou não-todo fálico, é independente do sexo anatômico que o sustenta?

A anatomia genital, a sexuação e as incertezas quanto a escolha de objeto, condensam o enigma da diferença sexual. A desnaturação operada pela linguagem faz com que a diferença dos sexos só tenha consequências subjetivas ao ser significantizada. Só ressoe no nível do *falasser* ao passar pelas sutilezas e armadilhas do discurso. Soler (2020) afirma de forma peremptória que o “dizer sexuante” a partir de ter o pênis, é um menino, é uma menina, predica sobre o ser do sujeito, sobre sua identidade, e é uma pré-identidade. “Para cada sujeito, tudo começa com o dizer *a priori*. Mas nem tudo se detém aí, porque a função desse significante fálico depende do discurso, esse discurso que os próprios pais do dizer sexuante transmitem” (SOLER, 2020, p. 47). Uma mãe relata-nos que a filha, portadora de um genital atípico, aos cinco anos, começara a dizer que é um menino. “Eu falo para ela que ela é do sexo fe(menino), mas ela só escuta menino. Já falei para ela que é fe(menino) e não ‘ser menino’”. Outra mãe conta-nos sobre a dificuldade de entendimento entre ela e a filha cujo cariótipo é 47, XXY: “eu falo XX e ela entende XY. Parece que ela não entende nada do que eu falo. Já falei que ela é uma menina, mas ela entende o contrário”.

Na abordagem psicanalítica do processo de diferenciação sexual, faz-se *mister* retomar as “consequências psíquicas” apontadas por Freud (1925) a partir da diferença anatômica, bem como os avanços lacanianos ao propor o falo como estruturador do desejo humano. Enquanto muitos anunciam a “queda do falocentrismo”, Soler (2020) propõe questionar se efetivamente a referência ao falo é posta em questão com as novas sexualidades de nosso tempo. Retomando as teses lacanianas sobre o falo, Soler (2020) demonstra que a referência ao falo é histórica e estrutural ao mesmo tempo, sendo um problema crucial para o nosso campo laciano que se pretende estar à altura da “subjetividade de sua época” (LACAN, 1953/1998, p. 322).

Nossa proposta no presente capítulo, a partir da perspectiva da adolescência como o “segundo florescer” da sexualidade após o período de latência (FREUD, 1905), acarreta consequências importantes. A adolescência está fundamentada na puberdade e além das

transformações corporais dela decorrente, implica um desligamento da autoridade dos pais. Alberti (2009) o indica assim: “o sujeito adolescente se experimenta em tentativas de elaborar a castração do Outro e dos encontros que tem com o real, já sem a ilusão da infância de que os pais podem protegê-lo” (ALBERTI, 2009, p. 276). Esse encontro que preconiza uma escolha de objeto, no momento da adolescência, ao incluir a diferença sexual, se realiza em um plano no qual o corpo sexuado inclui as marcas que a cultura dispõe como legíveis para interpretar a dita diferença (ROSTAGNOTTO, 2020). Quanto ao que tange a escolha da posição sexuada, a clínica com a qual nos deparamos nos dias atuais, levanta uma série de novas questões. Ayouch (2014) salienta que grande parte da dimensão política da psicanálise consiste em lutar contra o simplismo do pensamento, o que implica que o discurso psicanalítico não se deixe engessar em proposições simples. Nesse sentido, sendo a genitalidade o lugar onde a problemática do “não há relação sexual” se instaura no corpo (ELIA, 1995), que outros impasses o sujeito adolescente intersexo presentifica? Dito melhor, que desmontagem do sexual poderíamos fazer ao seguirmos pela via do não estabelecido?

3.1 Puberdade: “masculino, feminino e plural”¹²²

Eu prefiro uma filha morta do que uma filha *gay*. Comigo não tem esse negócio de virar homem, não. É menina e vai ser menina para sempre. Esse negócio de que quando crescer escolhe, na minha casa não! Isso é coisa que o Diabo inventou e a minha casa é de Deus.¹²³

Clinicamos em um hospital e, nele, prima o discurso médico. Rousseau¹²⁴ percebe a diferenciação sexual como um processo evolutivo que envolve corpo e mente e que tem na puberdade um momento crucial. Aliás, a puberdade é descrita como uma verdadeira crise médica na qual a ordem da economia animal de cada indivíduo é rearranjada (ROHDEN, 2003). No que tange a função sexual, Freud (1940[1938]/2018) ressalta que “as alterações biológicas da vida sexual, como justamente esse começo em dois tempos da função sexual, a perda da característica da periodicidade da excitação e a mudança na relação entre menstruação feminina e excitação masculina” (FREUD, 1940[1938]/2018, p. 245) devem ter sido importantes na

¹²² VELOSO, C. 1988. *Falou amizade*.

¹²³ Fala de um pai de uma menina de um ano e meio cujo diagnóstico é disgenesia gonadal mista 45, X/46, XY.

¹²⁴ In: PERROT, M. *História da Vida Privada 4: da Revolução Francesa à Primeira Guerra*. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

evolução do animal para o homem. Contudo, adverte que a biologia mostra aqui uma lacuna. Por outro lado, quando após o período de latência o processo somático da maturação sexual reavivará as antigas fixações libidinais, a vida sexual se mostrará dividida em tendências conflitantes (FREUD, 1940[1938]/2018).

Em 1905, Freud assume a puberdade como fase complementar do desenvolvimento da sexualidade infantil, ou seja, último momento em que o sujeito se depara tanto com a necessária rejeição das fantasias de conteúdo claramente incestuoso nas quais o pequeno Édipo se constituiu como desejante e em relação às quais se organizou o corpo pulsional sob o primado do falo (FREUD, 1923/2011), quanto o momento em que o sujeito precisa realizar a tarefa mais significativa, árdua e dolorosa, ou seja, a do desligamento da autoridade dos pais (FREUD, 1905/2016). Articular ambas essas características com o que seria a puberdade para Freud, é articular esta não como fenômeno biológico, mas como fato psíquico, jamais independente da relação do sujeito com o Outro, referência lacaniana para a Outra cena, o inconsciente, com o Outro primordial, indivíduo mais experiente atento às necessidades da criança, como o identificava Freud num texto que muitos julgam pré-psicanalítico, “O Projeto para uma psicologia” em que observa, com todas as letras, que o organismo humano só consegue exercer uma ação específica a partir de um auxílio de um outro, um indivíduo experiente que tem sua atenção voltada para a situação em que a criança se encontra (FREUD, 1895/1975, p. 325), um *Nebenmensch*, outro que se coloca ao lado da criança, que é também esse *Anderer*, o Outro (FREUD, 1895/1975, p. 336-7). É em relação com este Outro que a criança se vê no desamparo, que Freud identificará como o desamparo fundamental, “fonte original de todos os motivos morais” (FREUD, 1895/1975, p. 325). É pois, desde sua primeira relação com os pais que a criança cresce fundamentalmente desamparada, diante do que desenvolve ações que buscam chamar a atenção deles, se fazer amada, constituindo fantasias de desejo, incestuosas, mas visando seu amparo da forma como de algum jeito for possível. É essa ligação com os pais que deve ser desconstruída na puberdade, momento da árdua tarefa de desligamento dos pais da infância, mas momento também no qual, o desligamento da autoridade dos pais “constrói a contradição tão importante para a evolução cultural entre a nova geração e a antiga” (FREUD, 1905). Sabemos que no terceiro dos seus *Três ensaios*, “As metamorfoses da puberdade”, Freud aponta para um alvo e objeto sexuais normais da pulsão sexual, mesmo anteriormente tendo asseverado que não haveria alvo e objeto predefinidos. Tal hipótese sustenta-se na unificação das pulsões parciais sob a primazia do genital. Se na sexualidade infantil o alvo da pulsão é autoerótico, na organização genital seu substituto será a escolha de objeto do outro sexo. Assim, a teoria da maturação sexual passaria por organizações pré-genitais para chegar à unificação

das pulsões genitais. Ayouch (2014) aponta que a biologização do alvo e do objeto sexual devem ser submetidos a uma análise das concepções culturais do gênero, da historicidade da teoria, e da sua inscrição em formações discursivas próprias a uma época e uma cultura.

No texto freudiano “O romance familiar dos neuróticos” (1908[1909]) [*Der Familienroman der Neurotiker*] a questão da adolescência aparece como o “progresso da sociedade” que repousa sobre a oposição entre as gerações sucessivas, “o componente de desejo que anima a história que cada um conta de si mesmo” (SOLER, 2018, p. 37). Donde podemos afirmar que não existe continuidade entre infância e adolescência, o que do real se apresenta não é o mesmo, há um abismo entre elas.

A adolescência é a presentificação do ser-para-o-sexo, subversão freudiana da filosofia, e que pressupõe o encontro com o real da castração ocorrido, portanto, na primeira infância no contexto do desamparo fundamental. Um adolescente portador de hipospádia que nunca foi operado é enfático ao dizer: “minha mãe atrapalhou meu pênis de crescer! Ela nunca me levou para operar”. No entanto, ao colhermos a história do adolescente, a mãe relata que diversas vezes, quando o filho ainda era pequeno, chegou a marcar a cirurgia, mas este sempre sucumbia a algum tipo de virose que impedia sua internação por falta de condições clínicas. Com o decorrer dos atendimentos, ele pode formular que já tinha vida sexual ativa, que não tinha “nenhum tipo de complexo” e que não desejava submeter-se à cirurgia, pois a considerava apenas como uma questão estética, salvo se o cirurgião garantisse que poderia aumentar o tamanho de seu pênis, “aí sim, eu iria para a cirurgia feliz! Qualquer centímetro valeria” - discurso que não difere do de nenhum homem que sempre gostaria de ter um centímetro a mais...

Lacan (1957-58) em seu *O Seminário, livro 5: as formações do inconsciente*, afirma que

não estou dizendo que desde logo e imediatamente ele seja um pequeno macho, mas ele pode tornar-se alguém, já está com seus títulos de propriedade no bolso, com a coisa guardada, e, quando chegar o momento, se tudo correr bem, se o gato não comê-lo, no momento da puberdade, ele terá seu pênis prontinho, junto com seu certificado – *Aí está papai que no momento certo o conferiu a mim.* (LACAN, 1957-58, p. 176)

Esse “pênis prontinho”, no momento da puberdade, ao qual se refere Lacan, remete à reedição do Édipo na adolescência, correlata às “duas ondas” que atingem o sujeito que lança mão da referência paterna, ou melhor do Nome-do-pai, que o certificara enquanto desejante, conferindo-lhe um lugar na partilha dos sexos.

E quanto ao feminino em psicanálise?

Já foi bastante alardeado o fato de que, quando Freud se perguntou sobre como a mulher vem a ser, e se deparou com a impossibilidade de responder completamente a essa questão,

metaforizou-o na imagem de um “continente negro” (FREUD, 1926) que, para quem gosta de arte, é indissociável com o primeiro plano da tela de Gustave Courbet, “A Origem do mundo” (1866). A propósito da diferença sexual, em 1989, a artista francesa Orlan, fundadora do movimento “arte carnal”, apresentou uma obra intitulada, significativamente, como “A Origem da guerra”, sua versão do quadro de Courbet. Na imagem, o mesmo recorte de cena, a mesma posição do corpo e do enquadre: o corpo de um homem com o pênis em ereção. A anatomia sexual representada por dois órgãos genitais, pênis e vagina, não apresenta uma representação biunívoca, cada órgão corresponde uma representação. Essa apresentabilidade empírica da realidade genital anatômica não é recoberta pela representabilidade inconsciente (ELIA, 1995). Para Freud, ambos os sexos, na infância, desconhecem o orifício vaginal, para ele o genital feminino só é conhecido na puberdade, até lá permanece “jamais descoberto”, “desconhecido”, “irrevelado”, “não descoberto” (FREUD, 1924; 1919; 1938).

Figura 10 – Quadro “A origem da guerra”, de Orlan, 1989

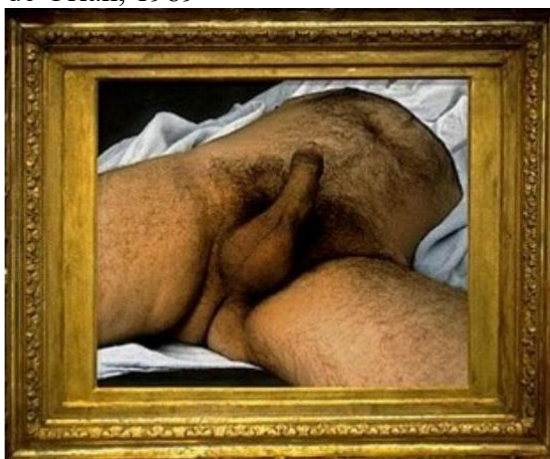
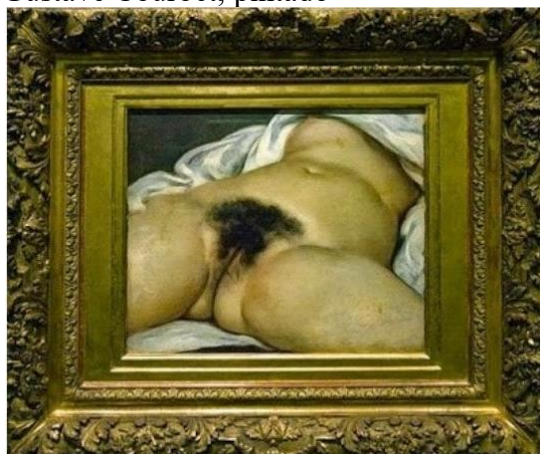


Figura 11 – Quadro “Origem do mundo”, de Gustave Courbet, pintado



Em 1931, Freud afirma que há muito tempo renunciou à expectativa de um perfeito paralelismo entre o desenvolvimento sexual masculino e feminino, no entanto, aponta que na fase fálica a diferença entre os sexos recua completamente diante das semelhanças: “a menina é um homenzinho”. Interessante notar que em 1923, ao fazer uma interpolação à sua teoria da sexualidade, Freud afirma que a principal característica da fase fálica, a primazia fálica, é a principal diferença da organização genital do adulto. Podemos extrair como consequência que ambos os sexos se constituem pelo referencial fálico e que a distinção anatômica entre os sexos, a “pequena diferença” (LACAN, 1971/2009), se expressa em consequências psíquicas. Do lado da pequena diferença há a grande diferença que é – A diferença – o Outro sexo. Foi ao introduzir o complexo de castração em sua teoria, que Freud (1933/2018) pode esclarecer a dissimetria entre os caminhos da sexualidade masculina e feminina. No entanto, e mesmo assim, observa que “o que constitui a masculinidade ou feminilidade é uma característica desconhecida, que a anatomia não pode apreender” (FREUD, 1933/2018, p. 266).

A posição sexuada do sujeito não pode ser definida exclusivamente no imaginário. Quando Lacan se opõe à frase freudiana, “anatomia é o destino”, o faz apoiado no próprio Freud. A falta marcada no corpo imaginário se inscreve pela ação do significante. As históricas de Freud revelavam um corpo significante cujas marcas faziam-no sintomático e, ao mesmo tempo, sensível ao campo da linguagem e da função da fala. Lacan, seguindo Freud, estabelece o falo como um significante fundamental e a operação fálica como a única a permitir estabelecer a diferença sexual.

Soler (2020) ao retomar a frase freudiana “a anatomia é o destino”, questiona suas razões e confronta, inclusive, com a cirurgia de transgenitalização, na qual é possível suprimir ou construir um pênis. Contudo, ao retomar “destino”, segundo a proposta de Lacan, enquanto efeito de linguagem, refere-o a “sempre um dizer performático que precede a experiência, mas que a decide” (SOLER, 2020, p. 32), de tal maneira que para que a anatomia seja destino, é necessário, portanto, que seja falada, localizada no dizer do Outro. “A anatomia faz destino há tanto tempo que há um dizer para colocá-la como significante mestre da relação entre os sexos” (SOLER, 2020, p. 32). Dessas considerações, incorre uma distinção importante a ser feita entre: a significantização da anatomia, que está *a priori*, e a função que lhe reservam *a posteriori* as ordens discursivas dos laços sociais.

3.2 O quinhão de trabalho freudiano

Doutora, a senhora tem que ver! Tem que ver o genital horrível que minha filha tem e, depois de ver, eu quero ver se a senhora vai ter a coragem de dizer que minha filha está em segurança com um genital desse no tipo de mundo que a gente vive!¹²⁵

Ainda nos prolegômenos de seu emblemático texto, “Algumas consequências psíquicas da diferença anatômica entre os sexos” [*Einige psychische Folgen des anatomischen Geschlechtsunterschieds*], Freud (1925/2016) justifica o porquê de publicar um material cujos resultados são importantes, embora ainda não demonstrem ser “universalmente válidos”. Freud deixa seu legado, *o quinhão de trabalho*, para ávidos colaboradores dispostos a fazer uso também do que está incompleto ou incertamente conhecido, “algo que requer urgentemente verificação, para que se reconheça se tem valor ou não” (FREUD, 1925/2016, p. 286). Freud é bastante didático ao aventar a significação da anatomia promovida pelo complexo de Édipo, reiterando que a diferença anatômica entre os sexos não se inscreve no inconsciente senão por suas consequências. Freud manifesta uma ambivalência ao concluir o texto com os seguintes termos: “todos os indivíduos humanos, graças à disposição bissexual e à herança genética cruzada, reúnem em si caracteres masculinos e femininos, de modo que a masculinidade e feminilidade puras permanecem construções teóricas de conteúdo incerto” (FREUD, 1925/2016, p. 298), de tal forma que masculino e feminino não se deixam reduzir a uma diferença de sexo binária, apontam para uma diversidade. Ao mesmo tempo, o apelo explícito à anatomia presente no texto freudiano, na definição dos destinos psíquicos, não deve deixar de nos fazer questão (POLI, 2004), sua incompletude autoriza que o tratemos de maneira parcial (MILNER, 1996). Urge procurarmos resgatar a novidade do texto freudiano hoje, sem tentar eliminar as contradições, dificuldades e ambiguidades.

Em seu terceiro ensaio, “As transformações da puberdade” (FREUD, 1905), no item que trata sobre a diferenciação do homem e da mulher, Freud acrescenta uma longa nota de rodapé, em 1915, na qual enfatiza ser indispensável compreender que os conceitos “masculino” e “feminino”, “estão entre os mais confusos da ciência, podendo ser decompostos em pelo menos três orientações diversas” (p. 139): no sentido de atividade e passividade, no sentido

¹²⁵ Fala da mãe de uma menina de dois anos portadora de genitália atípica no primeiro dia de atendimento no Ambulatório de endocrinologia. O diagnóstico fora dado em outro Serviço, disgenesia gonadal mista 45, X/46, XY.

biológico e também no sociológico. Aponta o primeiro como o mais essencial e mais proveitoso na psicanálise e dele decorre a designação da libido como masculina, uma vez que a pulsão é sempre ativa mesmo quando coloca para si uma meta passiva. Em suas palavras, o biológico é o que permite uma definição mais clara, pois “são caracterizados pela presença de espermatozoides ou óvulos, respectivamente, e pelas funções que dele decorrem” (p. 139). Já o sociológico, nasce a partir da observação dos indivíduos masculinos e femininos “em sua *existência efetiva*”. Freud conclui que “no caso do ser humano, nem no sentido psicológico nem no biológico se acha *uma pura masculinidade ou feminilidade*” (p. 139. Grifo nosso). Já em “Psicogênese de um caso de homossexualidade feminina” [*Über die Psychogenese eines Falles von weiblicher Homosexualität*], Freud (1920) propõe uma distinção em três níveis para situar a constituição de uma identidade sexual: características sexuais somáticas (hermafroditismo físico); característica sexual psíquica (atitude masculina-feminina), e tipo de escolha do objeto. Não há dependência mútua entre eles. No campo da sexualidade, tal afirmação freudiana é bastante ousada, até hoje, cem anos depois.

Em “A cabeça da Medusa” [*Das Medusenhaupt*]¹²⁶ (1940[1922]/2011), instigante texto freudiano, no qual retoma o mito para interpretar a horripilante cabeça cortada da Medusa, Freud assevera: “decapitar = castrar. O horror à Medusa é, portanto, horror à castração, ligada à *visão de algo*” (p. 327) e “a multiplicação dos símbolos fálicos significa a castração”. Representação da castração materna, a imagem condensa o horror à castração e seu repúdio. Apresenta o feminino através da cabeça e substitui a falta de pênis por serpentes, causa do horror. Ainda nesse texto, Freud retoma a exibição dos genitais como “ato apotropaico”, “que se supõe evitar ou anular malefícios” e cita Rabelais¹²⁷, no qual “o Diabo foge depois que uma mulher lhe mostra a vulva”. O membro masculino ereto também serve como apotropeu, mas devido a outro mecanismo, mostrar o pênis seria: “não tenho medo de ti, te enfrento, possuo um pênis”. Esse poder apotropaico dos genitais pode ser verificado em diferentes culturas e momentos históricos.

¹²⁶ Manuscrito datado de 14 de maio de 1922, publicado primeiramente em *Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse*. In: Companhia das Letras [1920-1923], 2018.

¹²⁷ Freud refere-se a um trecho da obra do escritor francês renascentista François Rabelais (1494-1553) em que o diabo é afugentado quando uma mulher mostra-lhe sua vulva. Refere-se ele ao quarto livro de Pantagruel (*Le quart livre des faits et dicts héroïques du bon Pantagruel*, 1552) e precisamente ao capítulo XLVII intitulado “Como o diabo foi enganado por uma velha de Papefiguière”.

Figura 12 – Ilustração para O Diabo da Ilha da Figo-Papa, onde o diabo tem medo da vulva de uma mulher¹²⁸



Contudo, trata-se de “a visão de algo”, assim como é pelo olhar sobre esta “região genital” da menina, que o menino, comparativamente, deduz a diferença sexual, é pelo olhar que a teoria reduz esta diferença à binariedade de ter/não ter. Mas é também pelo olhar que o menino atribui à menina uma identidade de gênero e é pelo mesmo olhar que a teoria reproduz esta atribuição de identidade sexuada (AYOUCH, 2014).

Com efeito, em 1924, o posicionamento freudiano da anatomia como destino pode ser verificado. Em “A dissolução do complexo de Édipo” [*Der Untergang des Ödipuskomplexes*], Freud delega à anatomia genital a definição das identificações, das escolhas objetais e até do desejo de gerar um filho. Freud é taxativo: “a diferença morfológica tem de manifestar-se em diferenças no desenvolvimento psíquico. Anatomia é destino” (FREUD, 1924/2016, p. 211). Enquanto a menina encara a castração como um fato consumado, o menino teme a possibilidade de sua ocorrência. É dessa forma que a diferença anatômica entre os sexos, concebida em termos de ausência/presença do falo imaginário, participa da construção da subjetividade. Para compensar a falta de pênis, a menina buscará ter um filho (isto é, um falo) do pai, entrando assim no complexo de Édipo, Freud (1924/2016, p. 212) afirma: “a renúncia ao pênis não é

¹²⁸ <https://www.theroaringgirls.co.uk/post/fanny-facts>

tolerada sem uma tentativa de compensação”. O menino abandonará o desejo incestuoso pela mãe, com medo de que sua realização acarrete a perda do órgão estimado (FREUD, 1924/2016).

A diferença entre os sexos definida de forma binária (ter/não ter) procede então desta captação imaginária da percepção do corpo (AYOUCHE, 2014). A diferença sexual está dada *a priori*, diferentes contingências serão vivenciadas de maneiras diferentes em se tratando de um menino ou uma menina. Nesse ponto, aliás, é preciso lembrar: Freud não está só, ele compartilha da opinião corrente em sua época. Ou melhor: ele expressa o pensamento do século XIX no auge da ebulição, nos anos 1920, de um novo paradigma, próprio a esse novo século como vimos no segundo capítulo. Contudo, Freud promove um esgarçamento com a ciência. Ali onde não era mais possível os princípios científicos, o sujeito, como baliza absoluta e invariável, inessencial, invisível, abolido e recalcado, ou seja, inconsciente (ELIA, 2017).

Mais tarde, em “Conclusões, ideias, Problemas” [*Ergebnisse, Ideen, Probleme*] (1938/2018)¹²⁹, Freud faz a seguinte anotação:

12/07. Em substituição à inveja do pênis, identificação com o clitóris; a melhor expressão da inferioridade, fonte de todas as inibições. Ao mesmo tempo – no caso X. – rejeição da descoberta de que tampouco as outras mulheres têm pênis. “Ter” e “ser” para as crianças. As crianças gostam de expressar a relação objetual pela identificação: “eu sou o objeto”. O “ter” é posterior, recai no “ser” após a perda do objeto. Modelo: o seio. “O seio é um pedaço de mim, eu sou o seio”. Somente depois: “eu tenho ele”, isto é, “eu não sou ele”... (FREUD, 1938/2018, p. 363-64).

Não obstante sua defesa em relação à premissa fálica, estruturação sexual para ambos os sexos, Freud (1937/2018) em “Análise terminável e interminável” [*Die endliche und die unendliche Analyse*], mantém a ideia de que a anatomia seria um limite que não pode ser ultrapassado, a “rocha da castração”, que teria duas versões ligadas à distinção existente entre os sexos: rejeição da feminilidade, que “pode não ser outra coisa senão *um fato biológico*, uma parte do *grande enigma da sexualidade*” (FREUD, 1937/2018, p. 325 Grifo nosso), para homens, e a inveja do pênis – tão criticada –, para as mulheres, uma “aspiração a possuir o genital masculino” (FREUD, 1937/2018, p. 324). Por fim, em seu texto “Esboço de Psicanálise” [*Abriss der Psychoanalyse*] (1940 [1938]), publicado postumamente, Freud adverte que o sexual e o genital se “distinguem de maneira aguda” (FREUD, 1940 [1938], p. 200) e, embora após o declínio do Édipo ambos os sexos coloquem sua atividade intelectual a serviço das pesquisas sexuais, e partam da premissa da presença universal do falo, “os caminhos dos sexos divergem” (FREUD, 1940 [1938], p. 203). No entanto, o campo biológico parece fazer ligação com a intensa implicação de Freud com o discurso da ciência do fim do século XIX. Para esse

¹²⁹ Parte de algumas anotações de 1938 com esse título. In: Companhia das Letras [1937-1939], 2018.

discurso, a questão da diferença anatômica entre os sexos era uma premissa necessária e fundamental (POLI, 2004).

3.3 Consequências anatômicas da variação biológica do sexo

Uma vida para sempre *em* médico... e para sempre sem saber... Não dá para entender nada do que eles falam, mas pelo menos eles sabem... Alguns eu acredito que sabem¹³⁰.

A configuração complementar dos órgãos genitais, segundo a imagem da chave e da fechadura, ou do próprio significado da palavra vagina, “bainha que cobre a espada”, é interrompida nos casos de intersexo. Vaginas não penetráveis, pênis não penetrantes, *phallus*¹³¹ indecidíveis, desvela-se uma “ditadura cosmética da genitália” (FAUSTO-STERLING, 1993, 2000). A distinção ovários/testículos, bem como espermatozoide/óvulo, até mesmo os cromossomos 46,XX, 46,XY, ditam um binarismo que, nesses casos, nos obrigam a questionar. Se em Freud a anatomia constitui um limite que não pode ser ultrapassado, no que se refere à diferença sexual humana (PRATES, 2018), indagamos: quando na clínica com adolescentes o corpo não se coloca como suporte da diferença sexual, no seu sentido biológico, o que podemos extrair daí? A anatomofisiologia está na berlinda, indaguemos os seus propósitos.

“O que é pior nessa doença são as pessoas... Eu ando na rua e as pessoas me apontam, *xingam*, ficam implicando... Falam muita, muita besteira para mim. Falam que eu não sou mulher. Que eu sou um homem vestido de mulher... ‘Como pode uma mulher com barba’?, eles me perguntam o tempo todo. Outro dia disseram que eu sou aquela coisa horrível... Esqueci o nome... Lembrei! Hermafrodita. Cruzes! Por que eles dizem isso de mim? Tenho vontade de sumir do mundo”, nos diz Letícia ainda em seu primeiro atendimento.

Recebemos o encaminhamento de Letícia pela clínica médica com as seguintes palavras: “pelo amor de Deus! Vocês da Urologia têm que dar um jeito nessa aberração. Não pode uma menina com uma vagina assim desse jeito”! Letícia, portadora de hiperplasia adrenal congênita¹³², aos dezessete anos, apresentava um quadro de intensa virilização que incluía pelos, barba, músculos e um “clitóris imenso” (sic). Além disso, os médicos descreveram Letícia como “embotada psiquicamente” e “muito sofrida” por “uma percepção traumática de

¹³⁰ Fala da mãe de uma criança nascida com genitália atípica logo após o diagnóstico de hiperplasia adrenal congênita.

¹³¹ Quando não se pode nomear como vagina ou pênis a medicina opta pelo nome *phallus*, falo em latim.

¹³² Como dito anteriormente a Hiperplasia adrenal congênita está associada à superprodução de androgênios adrenais. Na puberdade, com controle medicamentoso irregular, esses androgênios virilizam a menina.

si” causada por sua genitália, considerada, nesse contexto biomédico, como expressão máxima da diferenciação entre homens e mulheres, e cuja virilização apontava para um sofrimento que só poderia ser extirpado pela cirurgia.

Quando chega ao Ambulatório, encontramos uma Letícia com sobrancelhas bem delineadas feitas de henna, cílios postiços, batom vermelho, uma roupa decotada. Ela apenas respondia às perguntas feitas. Não sabia explicar por que abandonara o tratamento por tantos anos, nem porque voltara a procurar agora. Contudo, quando sozinha com a analista, Letícia pode falar de suas dificuldades e contar um pouco da sua história, que naquele momento se resumia a ter um corpo que não se comportava como o esperado: ao invés de caracteres sexuais secundários femininos, virilização. Isso não lhe causava sofrimento, tampouco o “clitóris gigantesco”, inclusive era casada e tinha vida sexual ativa com “algumas dificuldades na penetração” que “dependiam da posição”. Em suas palavras, o sofrimento advinha dos outros, inclusive dos médicos que tomavam sua variação corporal como “inaceitável”. “O mundo é meu trauma”¹³³, enuncia Letícia.

Gherovici (2019) aponta que “o rosto tem o papel mais importante como um marcador do corpo para a atribuição de gênero [...] Na maioria das interações sociais vemos os rostos uns dos outros, e não a genitália uns dos outros” (GHEROVICI, 2019, pp. 109-10). Ser uma “mulher com barba” fazia com que Letícia não sentisse seu corpo como completamente seu? Além disso, como ela, tão feminina, poderia não ser vista como mulher? Abre então a questão: “doutora, eu poderei ter um filho? Porque ser mulher é poder ter um filho. Cuidar desse filho. Ver o filho crescer e amar”.

Questionamos o quanto esse caso evidencia que vivemos sob os auspícios de um ideal de gênero baseado no genital. Dito de outra forma, nos antípodas das concepções biomédicas de sexo biológico, Letícia parece melhor distinguir entre gênero e sexo a partir de sua própria visão de feminilidade. A demanda de Letícia por uma mudança cirúrgica parece ser uma demanda por algo que garanta sua possibilidade de maternidade e não por uma mudança genital.

É fato que, para prosseguirmos numa argumentação psicanalítica, precisaremos nos deparar com uma questão cuja resposta não nos parece tão óbvia: qual é o estatuto do sexo anatômico na teoria psicanalítica? Elia (1995) ao tratar sobre psicanálise e genitalidade questiona: “qual o estatuto do genital na psicanálise? Será a genitalidade um dos nomes do ideal inatingível, correlato do bem-estar? Sonho irrealizável?” (ELIA, 1995, p. 91). Aponta o genital como “o ponto de inconsistência simbólica, o ponto real que faz furo no simbólico, o ponto, portanto, que se situa para além do primado do falo” (ELIA, 1995, p. 92). De tal maneira que o

¹³³ MOMBAÇA, J. 2017. Disponível em: <https://piseagrama.org/o-mundo-e-meu-trauma/>

genital, em psicanálise, não é uma ordem consistente, mas “o furo na aparente consistência – fálica – do simbólico, e também o ponto em que o falo se ancora como significante que garantirá essa mesma inconsistência” (ELIA, 1995, p. 92). Para Elia (2004) na organização genital infantil, trata-se de submeter a própria genitalidade à lógica, já estabelecida anteriormente para as organizações ditas pré-genitais, da sexualidade infantil, ou seja, no registro em que já era impossível uma sexualidade psicobiológica.

Em *Feminilidade e experiência psicanalítica*, Prates (2017) pergunta: o que a realidade do corpo tem a ver com o posicionamento simbólico? E além disso, como ela se relaciona com o real? Com ela, seguimos questionando: o que os casos de variações biológicas do sexo colocam em evidência no momento da puberdade, ou seja, da “segunda diferenciação sexual”? Na mesma via de indagação, Elia (2016) questiona: como é que o meu corpo, posta de carne no real, responde às incidências da linguagem na lógica? Um adolescente intersexo que não desenvolvera um genital tipicamente masculino nos coloca uma questão: “se eu namorar uma menina, uma hora ela vai colocar a mão ‘lá’ e vai descobrir que eu não sou homem”!

Elia (2004) nos indica uma direção de tratamento importante: “trato do corpo, faço-lhe curativos, logo eu o enxugo. E com isso incluo o corpo, sexualizando-o, faço com que ele retorne do exílio em que a ciência o confinou para, incluído em um campo de gozo, deprender as consequências que as operações próprias à experiência psicanalítica colocam em jogo” (ELIA, 2004, p. 35).

Em nossa clínica, alguns adolescentes intersexo parecem apresentar uma “questão” de identidade de gênero, relacionada à sua variação biológica do sexo. Houk & Lee (2012) apontam que

a insatisfação ocorre com mais frequência em indivíduos com DDS do que na população em geral. Não é previsível por cariótipo, exposição a androgênio (EA), grau de virilização genital ou sexo designado e não foi bem estudado em relação a fatores sociais, pessoais ou biológicos.

Por variantes genéticas, hormonais ou fenotípicas, ao chegarem à puberdade os caracteres sexuais secundários não se desenvolvem ou se desenvolvem em oposição ao sexo designado ao nascimento, o que parece dificultar ainda mais uma nomeação sexuada do corpo próprio. Podemos citar como exemplo, os casos de hiperplasia adrenal congênita com controle medicamentoso irregular. As meninas “virilizam”: crescem pelos, barba, músculos, a voz engrossa... Numa das consultas de Carla, adolescente de quatorze anos, ela diz que odeia a mãe, declara a mãe como “sua maior inimiga”, que se fosse menino as coisas seriam bem mais fáceis e traz em seu discurso “manifestações ideais ou típicas dos comportamentos de cada um dos sexos” (LACAN, 1958/1998, p. 694): poderia voltar para casa na hora que quisesse, poderia

jogar bola, não teria que usar essas roupas ridículas de menina, não teria que ajudar nas tarefas de casa, em resumo: seria livre!

A Associação Americana de Psicologia (2006) em “Respostas às suas perguntas sobre indivíduos com condições intersexo” sinaliza que “meninas com hiperplasia adrenal congênita são mais propensas a serem *tomboy*¹³⁴ do que meninas sem uma condição intersexo”. Contudo, a fala de Carla extrapola os limites biológicos procurados numa identidade de gênero apontando que a diferença sexual se dá no nível da relação entre semblante¹³⁵ e gozo, a fala “forja o semblante do que é chamado um homem ou uma mulher” (LACAN, 1971/2009, p. 60). Quanto ao corpo, ele testemunha tão diretamente uma atribuição de sexo masculino ou feminino? Levantar a questão da diferença entre os sexos, enquanto diferença anatômica observada através do testemunho do corpo, equivale a se perguntar o que o corpo atesta aqui (AYOUCHE, 2014). Nesta diversidade de fios que se atam e se entrecruzam, se potencializam as interrogações: como o corpo afeta a sexuação?

3.4 Mapas anatômicos e genéticos atípicos

Este princípio da ausência, na qual algo que existe é tornado ausente
[...] O existente passa a ausente e deixa assim de existir¹³⁶.

A linha entre os corpos das mulheres e dos homens é desafiada pelo desenvolvimento somático único dos corpos intersexo e uma narrativa declaradamente cultural se forja sob um disfarce anatômico (ARÁN, 2009). Há pelo menos quarenta variações de corpos intersexuais que questionam a normatividade do dimorfismo sexual (AINSWORTH, 2015). A diversidade encarnada na genitália, que varia do padrão culturalmente vigente do binarismo sexual, nas gônadas, nos cromossomos intersexo questiona o sexo como uma construção cultural, tanto quanto o gênero, constatação já evidenciada na obra de Butler cujo trecho escolhemos como epígrafe desse capítulo.

É bastante relevante e revelador, notar que esse debate, do qual não devemos nos esquivar enquanto analistas, toca no âmago da questão da diferença sexual. Butler (1990/2018)

¹³⁴ *Tomboy* é um termo nascido nos Estados Unidos usado para definir: gostar de brincar em espaços abertos, especialmente com atividades atléticas, um espírito corajoso e independente e uma tendência de vestir roupas masculinas e de adotar um apelido masculino. Cabe aqui referência também ao filme de Sciamma (2012), *Tomboy*, que conta a história de Laure, que usa cabelo curto, gosta de vestir roupas masculinas e para os amigos da cidade para onde se muda, diz chamar-se Michel.

¹³⁵ Quinet (2018) aponta que Lacan transformou o semblante “num conceito que indica aparência, representação e parecer, porém não se opõe ao verdadeiro” (QUINET, 2018, p. 392).

¹³⁶ KILOMBA, G. 2020. In: *Memórias da plantação: episódios de racismo cotidiano*.

em seu livro *Problemas*¹³⁷ de gênero: *feminismo e subversão da identidade*, fomenta alguns questionamentos, entre eles, o que nos interessa particularmente neste capítulo: da dimensão natural da diferença anatômica entre os sexos. Em sua perspectiva, revisita profundamente as relações entre sexo e gênero, e define outros sentidos da diferença entre os sexos. Longe de negar a existência de uma diferença natural entre os sexos, Butler propõe desfazer a relação que o sexo estaria para a natureza como o gênero estaria para a cultura; o sexo seria o gênero desde o início.

É interessante observar que, Lacan (1971/2009) aponta o “natural” como “tudo aquilo que se veste com a *libré*¹³⁸ do saber” (LACAN, 1971/2009, p. 35). O discurso universitário é feito unicamente para que o saber sirva de *libré*. A roupa de que se trata é a ideia da natureza. “Não imaginem que sou dos que opõem a cultura à natureza, até porque a natureza é, precisamente, um fruto da cultura”. Indicação lacaniana importantíssima, para retomarmos a confusão entre o chamado “real do sexo” e a anatomia genital.

Soler (2005), retomando os postulados lacanianos, aponta que o caráter binário do sexo não é um simples efeito da distribuição natural entre machos e fêmeas, mas “decorre de uma necessidade totalmente diversa, lógica, ligada às coerções da significância, e que, curiosamente, reduz a facticidade do sexo unicamente à escolha entre o todo e o não-todo fálico” (SOLER, 2005, p. 138). Contudo, Soler (2015) aporta na obra freudiana o sexo anatômico como real, “o *real da anatomia* faz destino, comanda, mas, ao mesmo tempo, a necessidade dessas identificações com os símbolos e imagens do homem e da mulher edipiana mostra muito bem que Freud sabia que não basta a anatomia para orientar os gostos eróticos” (SOLER, 2015, p. 138).

Não nos parece que essa seja também a conclusão de Prates (2018) quando levanta a hipótese de que

A suposição do dois do sexo é bem mais uma construção do imaginário, com forte prevalência do olhar, como já afirmava Freud, que tende a partir de uma variedade enorme de elementos dispersos – a “fechar”, digamos assim, a partir de uma *Gestalt*, dois sexos, tendo o falo como parâmetro da diferença (PRATES, 2018, p. 57).

Prates (2018) avança e questiona: “se a própria noção de gênero pressupõe uma construção que ultrapassa a anatomia; qual seria, portanto, a necessidade de uma conformação anatômica para que um sujeito se sentisse identificado a uma determinada identidade sexual”?

¹³⁷ A autora define “problemas” como sendo inevitáveis e nossa incumbência seria descobrir a melhor maneira de criá-los, de tê-los. Cabe salientar que a primeira versão em português do livro data de 2003.

¹³⁸ *Libré* (do francês *livrée*: liberada, isto é: veste entregue a um servo ou criado, do latim *vestis libera* ou *vestis concessa*) é um tipo de capa sem mangas, com aberturas nas cavas, por onde passam os braços e na frente, onde é presa apenas no colarinho, deixando aparecer a veste inferior, na sua parte do peito. Disponível em: <https://pt.wikipedia.org/wiki/Libr%C3%A9>

(PRATES, 2018, p. 59). E por fim, Prates (2018) trata “do peso do imaginário genital na formação do semblante sexual humano”.

A afirmação de que o real do sexo na natureza é binário supõe à ciência o saber sobre o real do sexo. Contudo, “como fruto do Discurso Universitário, os mapas anatômicos referem-se mais ao que Lacan chamou de corpo simbólico (*o corps*, ou cadáver) do que ao corpo real” (PRATES, 2020). Prates (2020) levanta a hipótese de que a suposição do dois do sexo é mais uma construção do imaginário, com forte prevalência do olhar que tende a “fechar” – a partir de uma variedade enorme de elementos dispersos – uma *Gestalt* que divide dois sexos, tendo o falo como parâmetro da diferença.

Claire Ainsworth (2015), jornalista científica, publicou na *Nature*, uma das revistas científicas mais conceituadas do mundo, o artigo *Sex redefined*, no qual afirma que “a ideia de dois sexos é simplista” e apresenta uma nova classificação do “espectro sexual”:

	Cromossomos	Gônadas	Genitais	Outras características/exemplos
Macho típico	XY	Testes	Genitais masculinos internos e externos	Características sexuais secundárias masculinas
Variações sutis	XY	Testes	Genitais masculinos internos e externos	Diferenças sutis, como baixa produção de esperma. Alguns são causados por variação nos genes de desenvolvimento sexual.
Variações moderadas	XY	Testes	Genitais externos masculinos com variações anatômicas, como abertura uretral na parte inferior do pênis.	Afeta 1 em 250–400 nascimentos.
46, XY DDS	XY	Testes	Frequentemente ambíguo	O distúrbio hormonal persistente da síndrome do ducto de Müller resulta nos genitais externos e testículos masculinos, mas também no útero e nas trompas de Falópio.
DDS ovotesticular	XX, XY ou mistura de ambos	Tecido ovariano e testicular	Ambíguo	Relatos raros de pessoas predominantemente XY concebendo e gerando uma criança saudável.
46, XX testicular DDS	XX	Testículos pequenos	Genitais externos masculinos	Geralmente causada pela presença do gene <i>SRY de</i> determinação do sexo masculino.
Variações moderadas	XX	Ovários	Genitais femininos internos e externos	Variações no desenvolvimento sexual, como desligamento prematuro dos ovários. Alguns são causados por variação nos genes de desenvolvimento sexual.
Variações sutis	XX	Ovários	Genitais femininos internos e externos	Diferenças sutis, como excesso de hormônios sexuais masculinos ou ovários policísticos.
Mulher típica	XX	Ovários	Genitais femininos internos e externos	Características sexuais secundárias femininas

Nesse contexto, o binarismo não cabe mais na categoria científica do sexo (SILVA, 2020). Frente a essa diversidade do sexo biológico por variantes de cariótipo, genótipo e fenótipo, como a hipótese do binarismo se sustenta?

3.5 “Leis da segregação urinária”

Os corpos aprisionados pelo discurso¹³⁹.

Na década de 1950, o ensino lacaniano é marcado pela definição de que a cadeia significante equivale à ordem simbólica pela qual se determinam as “leis da segregação urinária” (LACAN, 1957/1998, p. 503) entre homens e mulheres. Dependência de dois significantes, que apontam para traços idealizados, em torno dos quais outros significantes vêm se articular. São as regras que prescrevem a conduta social, distinguem dois gêneros – as portas são idênticas, “as placas no banheiro”, as palavras, não são – e ordenam que a satisfação de necessidades fisiológicas se faça por separado. Lacan, no que poderíamos chamar de “primeira escrita da sexualização lacaniana” (PRATES, 2017), ao colocar em questão o lugar do significante na realidade, escolhe como exemplo o que ele denomina de “*vivência da verdade*”:

Um trem chega à estação. Numa cabine, um menino e uma menina, irmão e irmã, estão sentados um em frente ao outro, do lado em que a vidraça dando para o exterior descortina a visão das construções da plataforma ao longo da qual o trem parou: “Olha!, diz o irmão, chegamos a Mulheres!”; “Imbecil!, responde a irmã, não está vendo que nós estamos em Homens?” (LACAN, 1957/1998, p. 503).

Nessa “vivência da verdade” o significante é binário. Nesse contexto, o simbólico “designa uma concepção de estruturas linguísticas que são irreduzíveis às formas sociais que a linguagem toma” (PORCHAT, 2014, p. 137). A diferença aparece enquanto noção simbólica criada pela incidência do significante e o falo é o significante que “no conjunto dos significantes, designa o lugar do significado” (LACAN, 1958/1998, p. 697). Sua “incidência sobre o significável” determina o significante como significado.

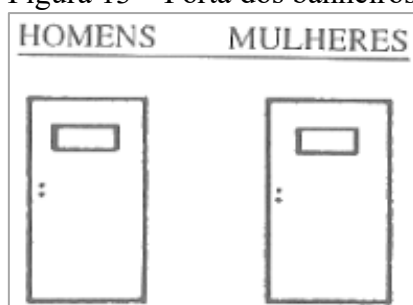
A diferença é sempre inscrita num sistema de oposições simbolicamente e, portanto, socialmente instituídas, não opera psiquicamente de forma isolada (AYOUCH, 2014). Em “O mal-estar na civilização” [*Das Unbehagen in der Kultur*], Freud (1930/2010) já havia sinalizado a cultura como aquela que “prescreve manifestações de vida sexual nas crianças”, torna o “amor genital heterossexual” a única forma permitida, e ao fazer isso pega a criança, “um organismo

¹³⁹ MILLER, J. *Seminário 19*. Título da última lição do *Seminário*.

animal (como outros) com uma inconfundível tendência bissexual” e molda-a para ser ou um homem ou uma mulher. Não obstante, tudo o que é da sexualidade humana passa pelo desfiladeiro do significante, pela fragmentação, pela moenda do simbólico (ELIA, 2004).

[...] a partir desse momento, Homens e Mulheres serão para essas crianças duas pátrias para as quais a alma de cada uma puxará sua brasa divergente, e a respeito das quais lhes será tanto mais impossível fazer um pacto quanto, sendo elas em verdade a mesma, *nenhum deles poderia ceder da primazia de uma sem atentar contra a glória da outra* (LACAN, 1957/1998, p. 504. Grifo nosso).

Figura 13 – Porta dos banheiros.



Nesse contexto, o gênero aparece como norma simbólica. Elaboração que Soler (2017) aponta como “imagem serva” de um simbólico soberano. Julien (1996) ressalta que “a identificação sexuada segundo dois gêneros conduz diretamente à *segregação* sexual. É esse o ponto de partida de todo ser humano como ser falante situado na ordem simbólica” (JULIEN, 1996, p. 146. Grifo do autor). Morel (1996) aponta que:

A natureza sugere uma diferença, mas desde que o se profere “é um menino”, “é uma menina”, ele o faz, sem saber, na dependência de critérios fâlicos [...] A natureza, aí, sucumbe ao peso de um significante único que categoriza a diferença sexual em termos de falo e castração (MOREL, 1996, p. 122).

Em seu segundo *Seminário, O eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise*, Lacan (1954-55/2010), comenta um caso acompanhado por Fairbairn, psicanalista escocês, de “uma mulher que tem uma anomalia genital real – ela tem uma vaginazinha de nada, e que se respeitou, ela é virgem, e a esta vaginazinha de nada não corresponde nenhum útero” (LACAN, 1954-55/2010, p. 366). Ressalta que muitos pontos importantes do caso estão esquivados na teoria e na condução do tratamento, o que leva à “sanção prática de um erro teórico” (LACAN, 1954-55/2010, p. 369). Qualquer espécie de identificação narcísica é ambígua, no entanto, pondera Lacan, para a paciente de Fairbairn, a situação será certamente mais difícil, uma vez que ela se acha justamente numa posição ambígua e que cabe na teratologia. Em contrapartida, não há melhor ilustração da função do *Penisneid*,

É na medida em que a mulher se acha numa *ordem simbólica de perspectiva androcêntrica* que o pênis adquire este valor. Aliás, não é o pênis, porém o falo, ou

seja, algo cujo emprego simbólico é possível porque se vê, porque está erigido. Do que não se vê, do que está escondido, não há emprego simbólico possível (LACAN, 1954-55/2010, p. 368. Grifo nosso).

Ao não saber se é homem ou mulher, ou seja, achar-se inteiramente metida na questão de sua identificação simbólica, nesta mulher a função do *Penisneid* desempenha completamente seu papel, assevera Lacan. Além disso, a “anomalia real se acha duplicada por outra coisa que talvez não deixe de ter relação com esta *aparição teratológica*, isto é, na família o lado masculino está apagado” (LACAN, 1954-55/2010, p. 368. Grifo nosso). Lacan ressalta que tudo isto tem as mais precisas incidências, não só na compreensão do caso, mas também da técnica.

A relação entre a genitália e o gênero, palavra que surgiu na psicanálise na obra de Robert Jesse Stoller (1968), é muito complexa, como sugerem os estudos desse psicanalista sobre o sexo ambíguo. Stoller introduz a noção de “núcleo de identidade de gênero” na psicanálise, no entanto o reduz a uma mera construção social que se sobrepõe ao sexo como um dado biológico e ontológico. A convicção de ser homem ou mulher estaria fundamentada numa “identidade de gênero” cuja congruência com a anatomia estabeleceria uma diferença entre o normal e o patológico. Stoller (1968) pode dizer com acerto: “normalmente, os órgãos genitais masculinos indicam ao indivíduo e à sociedade que ele é um macho, mas não são essenciais para produzir o sentimento de ser macho” (STOLLER, 1968, p. 68). Contudo, Stoller partia da importância do pênis o que o levou a sistematizar uma distinção entre: transexual, travesti e homossexual feminino. Em sua observação, constatou o contraste entre os transexuais e os travestis e homossexuais masculinos. Enquanto os primeiros abominavam o pênis, os outros, o tomavam como insígnia de masculinidade e fonte de prazer. Para ele a transexualidade masculina difere da feminina clínica, dinâmica e etiologicamente (STOLLER, 1975).

Arán (2009) afirma que

se compreendermos a lei como uma estrutura anterior e transcendente às manifestações sociais, políticas e necessariamente históricas, o simbólico na sua versão diferença sexual será apresentado como uma força que não poderá ser modificada e subvertida sem a ameaça de psicose ou perversão. Ao contrário, se compreendermos a lei como algo que é vivido e constantemente reiterado de forma imanente às relações de poder, as possibilidades de modificação e subversão, inclusive do simbólico, não necessariamente significarão uma ameaça à cultura e à civilização.

No processo de constituição do sujeito trata-se de verificar o que o sujeito faz, ou a forma como ele lida, com a falta estrutural. O sujeito é produto de uma operação de linguagem (uma metáfora), “a falta preparada no sujeito pela linguagem, para que nisso se exercitem como rivais *os partidários do desejo e as recorrentes do sexo*” (LACAN, 1958/1998, p. 745. Grifo

nosso). É com ela, com essa falta na linguagem, que ele opera para produzir o objeto causador de seu desejo.

A intrusão da linguagem marca no corpo o falo como significante, gozo extraditado para fora do corpo (QUINET, 2004). Incidência significante que cobra o preço na carne, nomeada por Lacan (1962-63/2005) como a “libra de carne”, tal como aquela que se corta na operação da circuncisão. Esse objeto se desprende do corpo: “se o que mais existe de mim mesmo está do lado de fora, não tanto porque eu tenha projetado, mas por ter sido cortado de mim, os caminhos que eu seguir para sua recuperação oferecerão uma variedade inteiramente diferente” (LACAN, 1962-63/2005, p. 246). Elia (2018) assinala que é *do* corpo que são extraídos os objetos *a*, bem como é *no* corpo que é buscado o gozo para o qual trabalha o inconsciente.

A fantasia, em última instância, é uma decorrência do fato de que o sujeito tem corpo, ou, radicalizando, é corpo, é o que torna o corpo familiar ao sujeito. Ela situa o sujeito como objeto, e é regida por um significante primordial, embora não seja tecida de significantes, assumindo o aspecto de uma cena – algo que se configura na espacialidade (ELIA, 2016).

Falo e castração são correlatos no sentido de que se trata de uma perda suposta no corpo dando lugar ao significante. Com Freud há duas formas de lidar com essa perda: masculino e feminino. Com Lacan: lado fálico e lado não-todo fálico (PRATES, 2017). Lacan forja o que, em seu próprio dizer, foi sua única invenção: o objeto *a*. Dando ao registro do Real a sua radical irreduzibilidade, iniciando o que viria a destituir a primazia do simbólico que ele, à maneira científica e cartesiana, lhe atribuíra até o momento (ALBERTI & ELIA, 2008). O objeto *a* é metonímico, ele corre paralelamente ao que se desenrola como discurso, sendo sua causa “é aquilo pelo qual o ser falante, quando está preso nos discursos, se determina. Ele não sabe, em absoluto, o que o determina. E o objeto *a*, no qual ele é determinado como sujeito, isto é, dividido como sujeito, ou, em outras palavras, é presa do desejo” (LACAN, 1971-72/2012, p. 71). Nesse sentido, o objeto *a* é um objeto, mas real, uma vez que substitui definitivamente a ideia de um sujeito sustentado por um objeto (LACAN, 1971-72), uma vez que o desejo é impensável sem o real, não apenas o real que a lógica demonstra por meio do impossível que faz parte do simbólico, mas também o real substancial do gozo, este outro real, fora do simbólico. (SOLER, 2016). “Uma vez tirado, o objeto pequeno *a* que ocupa esse lugar só deixa nele, nesse lugar, o ato sexual tal como eu o acentuo, ou seja, a castração” (LACAN, 1971/2009, p. 71).

3.6 Adolescência e castração

As coisas vão se tornar menos naturais, graças ao real¹⁴⁰.

Lacan (1961-62), em seu *O Seminário, livro 9: a Identificação*, assevera que o “o complexo de castração permanece, até o presente momento, uma realidade não completamente elucidada” (LACAN, 1961-62, p. 234) e que a única pergunta que se tem a fazer é saber por que “o instrumento do desejo, o falo”, toma esse valor tão decisivo, “por que é ele e não o desejo que está implicado numa angústia”. Retoma a relação do desejo do homem com o desejo do Outro para afirmar que não há, de forma alguma, entre eles uma medida comum. “Quem, alguma vez, encontrou uma comum medida entre seu desejo e qualquer pessoa com quem tem a ver como desejo?” (LACAN, 1961-62, p. 242). Lacan reitera que caso não se coloque isso em primeiro lugar em toda “ciência da experiência”, poder-se-ia permitir tudo, inclusive “as pregações delirantes sobre as benfeitorias da genitalidade” (LACAN, 1961-62, p. 242). De tal maneira que o produto de um desejo pelo outro só pode ser uma falta, a falta do sujeito. Com o desejo introduzimos o registro do sexo onde justamente falta o que faria a identidade homem-mulher (SOLER, 2017).

Lacan (1964/1979) em seu *O Seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*, constitui a repartição de dois campos, do sujeito e do Outro, em relação à entrada do inconsciente, sendo o Outro o lugar em que se situa a cadeia do significante que “comanda tudo que vai poder presentificar-se do sujeito, é o campo desse vivo onde o sujeito tem que aparecer. E eu disse – é do lado desse vivo, chamado à subjetividade, que se manifesta essencialmente a pulsão” (LACAN, 1964/1979, p. 193-94).

Lacan (1966/2003) ao questionar a polaridade do sexo afirma que:

Uma *logomaquia* que trata as relações entre o homem e a mulher a partir de uma *harmonia analógica*, que se originaria nas relações entre o espermatozóide e o óvulo, parece simplesmente *grotesca* aos que sabem tudo o que se escalona de funções complexas e questões não resolvidas entre esses dois níveis de uma polaridade – a *polaridade do sexo no ser vivo*, que representa em si mesma, talvez, o fracasso da linguagem (LACAN, 1966/2003, p. 230. Grifo nosso).

Assevera que uma psicanálise de tal ordem estaria a serviço de uma “pregação obscura” colocando uma confusa noção de maturação dos instintos visando a moral. Nesse “obscurantismo sem precedentes” ficariam sem explicação de que modo os efeitos da regressão, tão importantes no progresso do tratamento analítico, teriam como resultado essa “pretensa

¹⁴⁰ LACAN, J. 1974. In: A Terceira.

maturação”. Entrementes, se trata de revelar a estrutura do desejo, avança Lacan, justamente na medida em que “ele é sexualizado pela incapacidade da linguagem de explicar o sexo” (LACAN, 1966/2003, p. 230). Desse modo, “o sexo não define relação alguma no ser falante” (LACAN, 1971-72/2012, p. 13).

Lacan (1964) assinala que nenhuma pulsão representa a totalidade da *Sexualstrebung*, da tendência sexual, “no psiquismo não há nada pelo que o sujeito se pudesse situar como ser de macho ou ser de fêmea” (LACAN, 1964, p. 194). No psiquismo do sujeito só há equivalentes, atividade e passividade, que mesmo em Freud, essa representação, não é tão constrangedora nem tão exaustiva assim, “*durchgreifend und Ausschliesslich* – a polaridade do ser do macho e do fêmeo só é representada pela polaridade da atividade, na qual se manifesta através da *Trieb*, e da passividade face aos estímulos que vêm do exterior, *gegen die äusseren Reize*” (LACAN, 1964, p. 194). Apenas esta divisão torna necessário que “as vias do que se deve fazer como homem ou como mulher são inteiramente abandonadas ao drama, ao roteiro, que se coloca no campo do Outro – o que é propriamente o Édipo” (LACAN, 1964, p. 194).

“Os efeitos de cisalha que a linguagem introduz nas funções do animal falante” (LACAN, 1966/2003, p. 229), por meio da demanda e do desejo que remanejamos radicalmente a necessidade, são maiores na prática sexual do falante, uma vez que “a sexualidade se representa no psiquismo por uma relação do sujeito que se deduz de outra coisa que não da sexualidade mesma. A sexualidade se instaura no campo do sujeito por uma via que é a da falta” (LACAN, 1964, p. 194).

No ensino lacaniano da década de 1960, a sexualidade se instaura no campo do sujeito por uma via que é a da falta, sendo duas faltas que se recobrem: 1. É da alçada do defeito central em torno do qual gira a dialética do advento do sujeito a seu próprio ser em relação ao Outro; 2. É a falta real situada no advento do vivo, quer dizer, na reprodução sexuada². Não há acesso ao Outro do sexo oposto senão através das pulsões parciais, “onde o sujeito busca um objeto que lhe reponha a perda de vida que lhe é própria, por ele ser sexuado” (LACAN, 1966/1998, p.863). O ato sexual em si não faz o homem e nem a mulher, explicitando a disjunção entre a posição sexuada e a escolha de parceiro e, também, das práticas de gozo do corpo. Pollo (1996) salienta que “o real do sexo aguarda o advento da razão fálica, para que haja ‘identificação ao tipo ideal do sexo’, leitura, interpretação ou assunção subjetiva do corpo biológico” (POLLO, 1996, p. 105).

No *Seminário, livro 17: o avesso da psicanálise*, Lacan (1969-70) assinala o sexo como *secare*, cortar, fato do significante:

É aí que nos damos conta de que sexo, com o tom que possui para nós e com sua ordem de emprego, sua difusão significativa, é *sexus*. Em relação ao grego, seria preciso prosseguir a pesquisa em outras línguas positivas, mas em latim isso se liga nitidamente a *secare*. No *sexus* latino está implicado aquilo que salientei primeiro, ou seja, que é em torno do falo que gira todo o jogo (LACAN, 1969-70, p. 71).

Encontramos na aula de 12 de maio de 1965, do *Seminário, livro 12*, a afirmativa de que “na raiz de toda díade há a díade sexual, o masculino e o feminino”. E ele acrescenta:

Eu o digo assim porque há uma bem pequena oscilação em torno da expressão, se eu a dissesse, o macho e a fêmea. As ambiguidades na língua da função do gênero do que alguém como Pichon, que acreditava um pouco demais no pensamento para não ter flutuações singulares em sua maneira de analisar os fenômenos e as palavras, tinha chamado a *sexossemelhança*. Eu acho bom. Eu preferia a *sexolatência*, porque o fato de que o sofá se chame “o sofá”, a cadeira “a cadeira”, não tem *sexossemelhança* senão para os imaginativos. Mas a presença do gênero como simplesmente correlativo da oposição significante, sublinhando justamente a *distinção do gênero e do sexo*, é feita para nos lembrar que no que funda a oposição diádica – e Deus sabe se ela dá a Platão o embaraço, porque é preciso ele inventar o outro para poder fazer nele subsistir o ser — *a oposição diádica tem apenas como fundamento radical a oposição do sexo, sobre a qual nós não sabemos nada*.

Lacan retoma, nessa aula, a oposição masculino-feminino e seus respectivos equivalentes na obra freudiana, os paralelos do ativo e do passivo, do ver e ser visto, do penetrante e penetrado... para concluir que “o masculino e o feminino, nós não sabemos o que é”. Para Lacan (1965) “o sexo, em sua essência de diferença radical, permanece intocado e se recusa ao saber”, ao que pode ser referido pelo significante. Após se defrontar com o enigma “de onde vêm os bebês”? – o sujeito depara-se com a inexistência da relação sexual, um enigma de gozo. Não há um significante que dê conta do gozo, e a própria relação sexual é a experiência de incompletude: o parceiro não está lá onde o experimento, nem eu estou onde ele me experimenta, por isso não deixa de ser enigmático. O ser falante tem uma relação mais elaborada com o gozo do que as outras espécies animais. Isso decorre do fato do *falasser*, ou seja, do gozo sexual emergir mais cedo do que a maturidade sexual.

O infantil - campo no qual a psicanálise localiza a emergência da sexualidade do *falasser* - é marcado pelos gozos qualificados de perverso-polimorfos. O campo do gozo, introduzido por Lacan a partir do *Seminário 17*, com seus tipos definidos na linguagem segundo a divisão dos seres sexuados, marcará uma diferença do sujeito do inconsciente que não tem sexo. De tal maneira que se o falo aparece como único significante para dar conta da repartição do sexo, o gozo é o campo da pluralidade. Ambra *et. al.* (2019) questionam: “a introdução da noção de gozo no ensino de Lacan aportaria uma dimensão real do corpo que não poderia ser considerada como tal a partir de seus desenvolvimentos anteriores”?

3.7 Puberdade e corpo

A gente não sabe o lugar certo
De colocar o desejo¹⁴¹.

Nos anos 1970, na República Dominicana, Julianne Imperato-Mc-Ginley, endocrinologista do *Cornell Medical College* em Nova Iorque, descreveu casos clínicos¹⁴² localmente conhecidos por *guevedoce* (pênis ou testículos aos doze) ou *machi hembras* (primeiro mulheres, depois homens) que são criados como meninas¹⁴³ e que, no entanto, com o desenvolvimento pubertário e o consequente aumento dos níveis de testosterona, passam a ter testículos – que descem – e pênis – que se desenvolve (IMPERATO-MC-GINLEY *et al.*, 1974). Tais sujeitos podem escolher se querem continuar vivendo como meninas ou se desejam tornar-se homens.

Postula-se assim um questionamento sobre qual seria a parte da natureza e da cultura no estabelecimento da identidade, sistematizando as aquisições culturais. Nessa sociedade, os limites entre masculino e feminino não se encontram erigidos de maneira sólida e intransponível. Nesses casos, as metamorfoses da puberdade incidem não apenas nos caracteres sexuais secundários, mas o próprio órgão sexual se vê metamorfoseado reiterando nossa questão sobre o papel da anatomia sexual no destino sexuado do sujeito.

O corpo, tal como a psicanálise o concebe a partir de sua experiência clínica, está enlaçado em três dimensões: a da imagem, a do simbólico e a do real. Essas dimensões dão uma orientação para uma interlocução possível, e já existente, com a medicina, direito, antropologia, sociologia e outros saberes. Com a pulsão, Freud introduz na teoria a questão do gozo do corpo. Com Lacan, avançamos na direção de uma abordagem do gozo. Os corpos são falantes e gozam porque falam, contudo o gozo implica uma dimensão do real como impossível. Entre os corpos não há relação sexual que possa ser estabelecida.

Lacan (1971-72/2012) afirma que “o sexo é apenas uma modalidade particular daquilo que permite a reprodução do corpo vivo” (LACAN, 1971-72/2012, p. 41). Para ele, Freud confundiu demais a função do sexo com a da reprodução. De tal maneira que, não há de um lado o sexo irresistivelmente associado à vida, por estar dentro do corpo (o sexo imaginado

¹⁴¹ VELOSO, C. In: Pecado original. 1978.

¹⁴² Localizados em um lugarejo isolado - *Las Salinas*, província de Barahona.

¹⁴³ Há ausência do pênis e dos testículos durante toda infância por deficiência da enzima 5-alfa redutase que converte a testosterona em di-hidrotestosterona.

como a imagem daquilo que, na reprodução da vida, seria o amor) e de outro, o corpo como aquilo que tem que se defender da morte.

A reprodução da vida emerge de alguma coisa que não é vida nem morte, e que intervém de maneira muito independente do sexo e até por ocasião de algo vivente, ou seja, aquilo que chamaremos de programa, ou ainda códon, como se diz a propósito desse ou daquele ponto localizado de cromossomos. O diálogo entre vida e morte produz-se no nível do que é reproduzido. Isso só assume um caráter de drama a partir do momento em que, no equilíbrio vida e morte, *o gozo intervém*. O ponto essencial, o ponto de emergência de algo de que todos nós aqui acreditamos mais ou menos fazer parte – o ser falante, por assim dizer –, *é essa relação perturbada com o próprio corpo que se chama gozo* (LACAN, 1971-72/2012, p. 41. Grifo nosso).

Em “Radiofonia”, Lacan (1970/2003) volta a tratar do acesso apregoado por certos psicanalistas à maturidade do genital, donde os dois rochedos: o da castração, no qual o significante mulher inscreve-se como privação, e o da inveja do pênis, no qual o significante homem é sentido como frustração, são escolhas “ao sabor do acaso”. Lacan aponta a maturidade genital como “um ideal bastardo”, com que aqueles que se dizem “atuais” mascaram que, aqui, *“a causa é o ato e a ética que o anima sua razão política”* (LACAN, 1970/2003, p. 438. Grifo nosso), “sujeito que se encontra inexoravelmente confrontado ao paradoxo que é a responsabilidade de assumir em ato, a causalidade de que ele mesmo decorre” (COSTA-MOURA & COSTA-MOURA, 2011, p. 227). Soler (2015), retomando a frase de Lacan “não há ato que tenha peso para afirmar no sujeito a certeza que ele é de um sexo”, explicita a disjunção entre identidade homem/mulher e o ato sexual hetero. Questionando-se sobre de onde vem o gozo do ato sexual, afirma: “ele é acontecimento de corpo”. Ele é “como o trauma: isso irrompe, contingente e singular” (SOLER, 2015, p. 64), aportando uma “uma nova economia sexual”. Com o capitalismo, o hiato existente entre “a sexualidade como atividade e o que chamamos de subjetividade com tudo isso que se representa na fala”, deixa de ser dissimulado pelos discursos tradicionais, uma vez que este “desfaz esses discursos e fragmenta os semblantes”, deixando o hiato aparecer a céu aberto. “É que o capitalismo que foraluciu os problemas do amor, diz Lacan, não faz nenhuma oferta a seu sujeito” (SOLER, 2015, p. 65).

“A sexualidade está, sem nenhuma dúvida, no centro de tudo que se passa no inconsciente. Mas está no centro por ser uma falta” (LACAN, 1971/2011, p. 33). O que equivale dizer que no lugar daquilo que pudesse escrever-se da relação sexual, surgem em substituição os impasses gerados pela função do gozo sexual que é especificado por um impasse. De um lado é marcado por esse furo que não lhe deixa outra via senão a do gozo fálico e de outro lado será que algo pode ser atingido (LACAN, 1972-73/2010)?

O gozo sexual é realmente esse objeto que corre, corre, como no jogo do anel, mas cujo estatuto ninguém é capaz de enunciar, a não ser como estatuto supremo. É o auge

de uma curva à qual ele dá o seu sentido, e também, muito precisamente, da qual o auge escapa. E é por poder articular o leque dos gozos sexuais que a psicanálise dá seu passo decisivo. O que ela demonstra é, justamente, que o gozo que se poderia chamar de sexual, que não seria semblante do sexual, é marcado pelo índice, nada mais, até nova ordem, daquilo que só se enuncia, daquilo quem só se anuncia pelo índice da castração (LACAN, 1971/2011, p. 97).

O gozo fálico faz obstáculo à relação sexual, pois ao tomar um significante torna-se um gozo privilegiado e faz obstáculo à complementaridade por ser distinto do Outro gozo. A iniciação sexual do adolescente se inscreve nessa condição subjetiva. A assunção subjetiva da condição de procriação não é algo simples de ser realizado. Implica a máxima redução do corpo e de seus produtos à função significante (POLI, 2004). O corpo está fora do gozo fálico. Alberti (2009) esclarece que a partir do momento em que o sujeito, saído da infância, depara-se com o real do sexo, a puberdade é o próprio encontro, malsucedido traumático, com esse real. “O real do sexo é, por definição, algo que jamais poderá ser totalmente simbolizado, deixando o sujeito – na linguagem do senso comum – ‘sem palavras’” (ALBERTI, 2009, p. 31).

Em “O saber do psicanalista” - nome escolhido pelo próprio Lacan (1971-72/2011) para uma série de “conversas” mensais que faria no Hospital Sainte-Anne²⁸ destinadas aos internos de psiquiatria -, Lacan afirma que é impossível escrever o que seria a relação sexual, que mesmo com todo progresso da ciência no que tange a reprodução sexuada, isso nada tem a ver com o que é a relação sexual. Em suas palavras, duas coisas foram evidenciadas por Freud e pelo discurso analítico: “tudo o que pode ser feito para tratar convenientemente um corpo, ou o próprio corpo, participa, em certa medida, do gozo sexual” (LACAN, 1971-72/2011, p. 33) e

nele entra em jogo tudo o que se constrói a partir do termo *falo*. Este designa um certo significado, o significado de *um certo significante completamente evanescente*, pois, no que tange a definir o que se dá com o homem ou a mulher, a psicanálise mostra que *isso é impossível* (LACAN, 1971-72/2011, p. 33. Grifo nosso).

No *Seminário, livro 21: os não tolos erram* que, como salienta Ambra *et. al* (2019) contrariamente ao que se poderia supor, a noção de sexuação surge apenas e exclusivamente nesse *Seminário* e já no contexto de sua redescritção, Lacan (1973-74) retoma o tema da “iniciação” para afirmar que ela se apresenta sempre como “uma aproximação que não se faz sem todas as espécies de desvios, de lentidões, uma aproximação de alguma coisa, onde o que está aberto, revelado, é alguma coisa que, estritamente, concerne ao gozo”. Afirma que a iniciação está ligada ao que o antropólogo francês Marcel Mauss chamou de *As técnicas do corpo* (1934), o corpo como o primeiro instrumento do homem, e ainda, o primeiro objeto e meio técnico do homem e a técnica, um ato eficaz tradicional. Não há técnica nem transmissão se não houver tradição. Técnicas do corpo referem-se então aos modos pelos quais as pessoas

sabem servir-se de seus corpos de maneira tradicional, o que varia de uma sociedade a outra, dito de outra forma, cada cultura constrói seu corpo à sua medida sem cessar. Lacan conclui que “não é impensável que o corpo, o corpo enquanto que nós o cremos vivo, seja alguma coisa de muito mais sofisticado do que conhecem os anatomo-patologistas. Há talvez uma *ciência do gozo*” (LACAN, Lição de 20 de novembro de 1973. Grifo nosso), no entanto aponta como problema que, atualmente, não há mais nenhum traço de iniciação. Na lição de 11 de dezembro de 1973, retoma o tema da iniciação para relacioná-lo a sua afirmação de que Freud era “tolo do Real ainda que não acreditasse nele. E é disso que se trata. Para o bom tolo, ele, que não era, é preciso que haja em alguma parte um Real de que se seja tolo”. Na *Lição* seguinte, dirá que dizer “não há iniciação” é o mesmo que dizer “não há relação sexual”, para na primeira lição do ano seguinte, esclarecer o que quis dizer com o seu “não há iniciação”:

- Que não há senão véu de sentido

- Que não há sentido senão do que se sela, se posso dizer assim, por uma nuvem: *nuptiae* não se articula, o fim das contas, senão de nuvens. É o véu da luz, que é tudo no que os *nuptiae*¹⁴⁴, os ritos do casamento, apoiam sua metáfora.

Por detrás do véu, não há nada senão os semblantes, “esse semblante é semelhante à articulação do que não se pode dizer senão sob a forma de uma verdade enunciada. Quer dizer, senão como desvelamento necessário, ou seja, incessante”. Dito de outra forma, “não há relação sexual porque a fala funciona num nível cuja preeminência o discurso psicanalítico descobriu, especificando o ser falante em tudo o que é da ordem do sexo, ou seja, do semblante” (LACAN, 1971-72/2011, p. 58). Na relação com o gozo é a fala que garante a dimensão da verdade, contudo só pode semi-dizer a relação e com ela “forjar o semblante, o semblante do que é chamado um homem ou uma mulher” (LACAN, 1971-72/2011, p. 60).

Lacan (1972-73/2010), ao tratar sobre os termos ativo e passivo, aponta-os como uma “grosseira polaridade” e é enfático ao afirmar que “o que os sustenta é um fantasma, por onde se tenta suprimir o que de modo algum pode ser dito [...] a relação sexual” (LACAN, 1972-73/2010, p. 172), sendo o passivo “animado” pelo objeto pequeno *a*. O sujeito só percebe o corpo próprio e o corpo do outro por meio de uma certa simbolização do seu desejo, “a análise presume, do desejo, que ele se inscreve por uma contingência corporal” (LACAN, 1972-73/2008, p. 126): o corpo é sempre abordado a partir da estruturação da fantasia (AYOUCHE, 2014). O desejo é causado por esse furo que denominamos de objeto *a*.

¹⁴⁴ No latim, “pater is est quem justae nuptiae demonstrant” ou seja o pai é o marido da mãe. *Nuptiae*, núpcias.

A “maldição do sexo” (LACAN, 1973/2003), apontada por Lacan como esse impossível de bem-dizer sobre o sexo, surge desse desencontro estrutural entre linguagem e corpo. Dito de outra forma, no que tange o desejo humano não há objeto que possa satisfazê-lo completamente. Não há acesso ao Outro do sexo oposto senão através das pulsões parciais, “onde o sujeito busca um objeto que lhe reponha a perda de vida que lhe é própria, por ele ser sexuado” (LACAN, 1966/1998, p.863). O ato sexual em si não faz o homem e nem a mulher, explicitando a disjunção entre a posição sexuada e a escolha de parceiro e, também, das práticas de gozo do corpo. Lacan (1971-72/2011) reconheceu que o real do qual falava era o de “que nada é garantido do que parece ser a finalidade do gozo sexual, a saber, a cópula, sem esses passos muito confusamente percebidos, mas nunca destacados numa estrutura comparável à de uma lógica, que constituem a chamada castração” (LACAN, 1971-72/2011, p. 64). Esse real, sempre em jogo, desnaturaliza o que pode ser concebido como homem e mulher e aponta que “não há relação sexual”, ou seja, não há proporção entre os sexos, assim como eles não se complementam.

Lacan (1975), em sua “Conferência em Genebra sobre o sintoma”, reitera que a “realidade sexual” é especificada no homem pelo fato de que não há, entre o macho e a fêmea, nenhuma relação instintiva. Que nada faz com que todo homem não esteja apto para satisfazer toda mulher, ao homem “é necessário que ele se contente em sonhar com isso”, porque é absolutamente certo que não só ele não satisfaz toda mulher, mas também que A mulher não existe. Lacan formula: “há mulheres, mas A mulher é um sonho do homem”. De tal maneira que ele se satisfaz com apenas uma, ou mesmo, com muitas mulheres. Por aquelas que não consoam com seu inconsciente, ele não sente desejo. Por sua vez, não há A mulher porque ela define-se por ser não-toda e isso não surge do homem, mas delas mesmas. “É nelas mesmas que elas são não-todas. A saber, elas não se prestam a generalização. Inclusive, digo-lhes aqui, entre parênteses, à generalização falocêntrica” (LACAN, 1975, p. 11). Lacan conclui

Não disse que a mulher é um objeto para o homem. Muito pelo contrário, disse que era alguma coisa com que ele não sabe jamais lidar. Em outros termos, ele jamais deixa de meter os pés pelas mãos ao abordar qualquer uma delas – seja porque se enganou, seja porque era justamente essa que lhe cabia. No entanto ele só se dá conta disso *a posteriori* (LACAN, 1975, p. 11-12).

A essa “generalização falocêntrica”, as não-todas se opõem e apontam para a impossibilidade de alcançar uma totalidade. Lacan (1972/2003) aponta que recorrer ao não-todo, aos impasses da lógica, “é, ao mostrar a saída das ficções da Mundanidade, produzir uma outra fixação [*fixion*] do real, ou seja, do impossível que o fixa pela estrutura da linguagem” (LACAN, 1972/2003, p. 480). É também pelo não-todo que é possível traçar o caminho pelo

qual se encontra, em cada discurso, o real com que ele se enrosca, e despachar os mitos de que ele ordinariamente se supre. As construções teórico-clínicas lacanianas têm como corolário o nó borromeano, o qual, o permite operar uma homologia com o espaço do ser falante. Lacan explicita: “o nó não é o modelo, é o suporte. Ele não é a realidade, é o Real. O que quer dizer que, se há distinção entre o Real e a realidade, é o nó, não como modelo” (LACAN, 1974-75). O nó enlaça os registros do Real, do Simbólico e do Imaginário e mostra como opera a clínica psicanalítica.

Mas foi preciso vir à luz a distinção entre o simbólico, o imaginário e o real para que a identificação com a metade homem e a metade mulher, na qual acabo de lembrar que predomina o que é assunto do eu [*moi*], não fosse confundida com a relação entre eles (LACAN, 1972/2003, p. 457).

3.8 Da *bedeutung* ao dildo¹⁴⁵

O A grávido de O.

Érres e ésses atacando Es.

A multiplicação de agás.

Rios de Us e emes e zês.

Esqueletos de signos fragmentados.

Dança de letras sobrepostas possibilitando diferentes leituras.

Paisagens.

Horizontes ou abismos¹⁴⁶.

Decidimos tratar nesse capítulo do questionamento do sexo anatômico, definido, em Freud, pela alternativa de ter ou não ter o pênis, uma diferença anatômica que desencadeia consequências psíquicas. Contudo, a anatomia freudiana não é a do organismo, com suas funções. É uma anatomia de superfície, imaginária, “o Eu é sobretudo corporal, não é apenas uma entidade superficial, mas ele mesmo a projeção de uma superfície” (FREUD, 1923/2011, p. 32). Cabe ressaltar que desde seus primeiros anos de ensino, Lacan, faz avançar de forma brilhante esse debate, no qual retoma a postulação freudiana de que na fase fálica ambos os sexos incluem a mãe entre os seres fálicos. Lacan assinala o falo como o significante “destinado

¹⁴⁵ Preciado (2014) esclarece que em inglês, o termo *dildo* surge no século XVI e parece derivar do italiano *diletto*, que quer dizer “prazer ou gozo”. Na gíria do século XIX, o significado de dildo era “pênis artificial” ou “instrumento feito de cera, couro, borracha etc., que tem a forma de um substituto do pênis, e que as mulheres utilizam como tal”. Preciado rejeita as fórmulas “consolo” e “cinta peniana” ou “pinto de plástico” uma vez que a maioria dos brinquedos sexuais que se agrupam sob a denominação de dildo não são nem pretendem ser uma mera imitação em plástico ou silicone de um “pinto”.

¹⁴⁶ ANTUNES, A. In: Caligrafia

a designar, no seu conjunto, os efeitos do significado” (LACAN, 1958/1998, p. 697), a partir do qual o ser humano constrói sua identidade sexual. Entretanto, nem por isso deixa de fazer referência às diferenças anatômicas:

pode-se dizer que esse significante foi escolhido como o mais saliente do que se pode captar no real da copulação sexual, e também como o que é mais simbólico no sentido literal (tipográfico) desse termo, já que ele equivale à cópula (lógica). Também podemos dizer que, por sua turgidez, ele é a imagem do fluxo vital na medida em que ele se transmite na geração (LACAN, 1958/1998, p. 699).

A representação fálica era bastante familiar na Antiguidade. Príapo, deus da fertilidade, era representado com um falo em perpétua ereção.

Figura 14 – Príapo, Deus grego¹⁴⁷



Lacan, ao fazer referência ao falo, pondera que “não foi sem razão que Freud extraiu-lhe a referência de simulacro que ele era para os antigos” (LACAN, 1958/1998, p.359). Em Freud, o pênis e o pai são suportes quase naturais do valor fálico (POLI, 2004). Devemos a Lacan a distinção que comporta a quebra da correspondência entre significante e órgão inscrevendo o referente no próprio campo da linguagem. Em “A significação do falo” [*Die Bedeutung des Phallus*]¹⁴⁸, Lacan (1958) argumenta que “o complexo de castração inconsciente

¹⁴⁷ <https://www.mitoselendas.com.br/2020/12/priapo-deus-da-luxuria-e-da-fertilidade.html>

¹⁴⁸ Conferência proferida em alemão, em 9 de maio de 1958, no Instituto Max Planck de Munique.

tem a função de um nó” (LACAN 1958/1998, p. 692), seja na estruturação dinâmica dos sintomas, seja na instalação, no sujeito, de uma posição inconsciente, sem a qual – Lacan listará três consequências –: não poderia identificar-se com o tipo ideal de seu sexo, nem responder às necessidades de seu parceiro na relação sexual e tampouco acolher um filho. Com isso Lacan aponta que há antinomia interna na assunção de seu sexo pelo ser humano [*Mensch*]: “por que deve ele assumir-lhe os atributos apenas através de uma ameaça, ou até mesmo sob o aspecto de uma privação”? (LACAN, 1958/1998, p. 692).

Lacan (1958/1998) aponta que a discussão sobre a fase fálica, foi abandonada entre os anos de 1928-1932, período que representou a “degradação da psicanálise” (LACAN, 1958/1998, p. 694). Postula que “é somente com base em fatos clínicos que a discussão pode ser fecunda”, uma vez que estes “demonstram uma relação do sujeito com o falo que se estabelece desconsiderando a diferença anatômica entre os sexos” (LACAN, 1958/1998, p. 693). Lacan abaliza a fase fálica como a “primeira maturação genital” que, por um lado, na mulher, justifica a dominância imaginária do atributo fálico e o gozo masturbatório e, por outro lado, localiza o gozo da mulher no clitóris (promovido à função do falo). Ele observa que, Freud parece excluir nos dois sexos, até o término da fase fálica (declínio do Édipo), “qualquer localização instintiva da vagina como lugar da penetração genital” (LACAN, 1958/1998, p. 693), mas suspeita de desconhecimento dessa ignorância, “às vezes ela é forjada”. Lacan então se questiona: “o que teria imposto a Freud o evidente paradoxo de sua posição”? Para responder tal questão, Lacan retoma a oposição entre significante e significado da análise linguística moderna, e afirma que, embora Freud não pudesse contar com ela, foi sua descoberta que conferiu o alcance efetivo em que convém entendê-la: “o significante tem função ativa na determinação dos efeitos em que o significável aparece como sofrendo sua marca, tornando-se, através dessa paixão, significado” (LACAN, 1958/1998, p. 695). O falo é assim esclarecido por sua função: o falo não é uma fantasia, o falo não é um objeto, o falo não é o órgão, pênis ou clitóris, que ele simboliza.

Todo significante tem a função de presentificar no simbólico o objeto ali não presente, é o que podemos deduzir desde “Totem e tabu” (FREUD, 1912), Totem que presentifica o pai que já não está lá, porque foi assassinado. O falo é o significante que pode fazer a significação da falta, permitindo ao sujeito se posicionar na partilha dos sexos. Por isso, a mulher pode estar referida ao mesmo sem possuir o pênis. O falo permite ao sujeito o acesso a um ponto para o qual não há significante algum, o ponto em que o sexual como tal não se faz representar no inconsciente (ELIA, 1995). Castração simbólica, que teoriza o significante desvelado do objeto, de modo que o falo ganha o estatuto de significante da diferença sexual, “diferença irreduzível

entre a sexualidade fálica, infantil, inconsciente, própria do falante, e o Outro sexo, não representável no inconsciente” (ELIA, 1995, p. 64).

Isso quer dizer que alguma coisa se produz necessariamente na significância, que é essa espécie de perda que necessita que, quando entra no campo de seu próprio desejo enquanto desejo sexual, o homem só possa fazê-lo pelo veículo dessa espécie de símbolo que representa a perda de um órgão, na medida em que ele assume na ocasião função significante, função do objeto perdido (LACAN, 1967/2006, p. 50).

“A castração é a operação real introduzida pela incidência do significante, qualquer que seja ele, na relação do sexo” (LACAN, 1969-70, p. 121), com isso, o falo, “ponto de mito onde o sexual se faz paixão do significante” (LACAN, 1970), deslocando a sexualidade do biológico para o significante tem como correlato a inexistência da relação sexual. Ao estabelecer a desproporção entre os sexos, retoma a radicalidade freudiana de desconectar a sexualidade humana do âmbito do instintivo. De tal maneira que, feminilidade e masculinidade são posições construídas a partir da combinatória de certos elementos (PRATES, 2017), podendo estar absolutamente descolados da anatomia.

Em psicanálise, o “erro comum” (LACAN, 1971-72, p. 17) do discurso sexual é mudar o estatuto do falo. Confundir falo com pênis é um equívoco, como por exemplo, o de assumir que apenas o pênis pode ser o falo, posição falocêntrica que nega que, como dito acima, o sexo feminino como paradigma do falo justamente porque lhe falta o pênis como objeto.

Poli (2004), inserindo seus estudos na cultura pós-feminista, questiona: “por que o valor fálico se inscreve corporalmente pelo órgão peniano?” (POLI, 2004, p. 22). Responder a essa pergunta exige um aprofundamento da teoria psicanalítica, na contramão do que Laufer (2017) observou como tendo sido a primeira reação dos psicanalistas diante das questões com as quais os movimentos de gênero furavam certezas teóricas: os psicanalistas teriam reagido de forma defensiva, reafirmando mais fortemente o falo como referência única para a sexualidade humana, como se ao impô-la se estaria garantindo um lugar para a psicanálise num mundo que buscava, ao contrário, distinguir-se do que se acreditava que ela era: um discurso misógino, dogmático e monointerpretante.

Prates (2017) a partir de sua retomada freudo-lacanianiana da discussão a respeito do falo, aponta este como aquilo que “constitui o artifício, forjado pela cultura, para lidar com o gozo inalcançável. É a partir desta artificialidade que se dá, no ser humano, o posicionamento sexual” (PRATES, 2017, p. 136). Retomando Canguilhem em *O normal e o patológico* (1966), insere o falo na norma social, ou seja, arbitrária e artificial, instrumentalizando, inclusive, um discurso misógino.

mas, se considerarmos que a regulação da regra pode tê-lo imaginarizado, encarnando-o no pênis enquanto pedaço de carne, dando-lhe um juízo de valor ou transformando-o em uma normatividade, isso pode nos auxiliar a pensar no lugar

ocupado pela mulher nas sociedades que a consideram um ser incompleto, inferior, sem direitos legais, entre outros, por não possuir um pênis (PRATES, 2017, p. 142).

O falo denota o poder da significação. O falo é a significação, é aquilo pelo qual a linguagem significa. Só há uma *Bedeutung*, o falo (LACAN, 1971-72/2012). Lacan (1972/2003) ao tratar do pênis como aquele que se isola na realidade corporal como isca, por nela funcionar como um fânero que se acentua por sua eretividade e por servir de logro que transforma em discurso as voracidades com que se tampona a inexistência da relação sexual, afirma que: “do discurso psicanalítico, um órgão faz-se significante” (LACAN, 1972/2003, p. 456). Ele passa ao significante, e, se um significante pode servir para muitas coisas, tal como o órgão, não servem para as mesmas. Lacan chega a diferenciar a incidência da castração quer se trate do significante, quer se trate do órgão, e se é o órgão que se oferece no anzol na função de isca, o significante, ao contrário, “é o peixe que engole aquilo que os discursos precisam para se sustentar” (LACAN, 1972/2003, p. 456). Essa significantização do órgão tem como consequência a escavação do lugar a partir do qual adquire para o ser falante, naquilo que ele pensa de si, ser a inexistência da relação sexual. “O estado atual dos discursos que se alimentam desses seres, portanto, situa-se, por isso mesmo, deste fato de inexistência, pelo impossível, não a dizer, mas que, cingido por todos os ditos, se demonstra como real” (LACAN, 1972/2003, p. 456).

Em 1975, Lacan propõe retomar “algumas equações tímidas” a respeito do que avançou sobre a significação do falo (LACAN, 1958). Alvitra limpar nosso espírito de toda psicologia defeituosa, que considera que há uma psique aderida a um corpo, e tenta soletrar o alcance da *Bedeutung* do falo, esta que “designa a relação ao real” (LACAN, 1975, p. 11).

Se no primeiro momento do ensino lacaniano, o falo é resultado da metáfora paterna (Φ) e o significante da falta ($-\phi$), posteriormente aparece como obstáculo à relação sexual, “uma falácia que testemunha do real” (LACAN, 1975-76/2007, p. 101). Nesse *Seminário 23*, Lacan (1975-76/2007) retoma sua frase introdutória do texto “A significação do falo” (LACAN, 1958/1998): “o complexo de castração inconsciente tem uma função de nó” (LACAN, 1958/1998, p. 692), para falar sobre sua boa surpresa ao encontrar a evocação do nó como sendo da alçada da castração. No nó borromeano, a essência da cadeia borromeana repousa na verificação do falso-furo¹⁴⁹, que só é verificado pelo atravessamento de um terceiro círculo ou reta.

¹⁴⁹ Um “falso furo” é composto por dois círculos superpostos independentes. Ele se torna um “verdadeiro furo” quando é atravessado por uma reta, ou se um dos anéis superpostos for cercado por um círculo.

Figura 15 – O falso-furo



Fonte: Lacan O Seminário, livro 23: o sinthoma.

Figura 16 – Transformação do falso-furo em real



Fonte: Lacan O Seminário, livro 23: o sinthoma.

É interessante ressaltar que nesse sétimo capítulo do *Seminário 23*, Lacan retoma sua conceitualização do real e marca a diferença entre a esfera (ideia do todo) e o círculo (onde há um furo); entre o todo e o conjunto; entre a evidência pela imediatividade (pseudo-evidência) e a que concerniria o real (evidência-esvaziamento) e, finalmente, entre mostrar e demonstrar. Avançando em sua teorização sobre o falo, Lacan afirma: “é o falo que tem o papel de verificar que o falso-furo é real” (LACAN, 1975-76/2007, p. 114). Como “suporte da função significante”, “que cria todo significado”, o falo é o único real habilitado a verificar a amarração.

Seria possível associar esse falo, “único real”, ao dildo da contrassexualidade? Preciado (2014) em seu livro, *Manifesto Contrassexual: práticas subversivas de identidade sexual*, pondera que ao se propor pensar sobre a sexualidade encontra-se diante de um imperativo conceitual semelhante ao que fora imposto a Marx. Quando este se propusera começar sua análise econômica, tudo parecia conduzi-lo para partir da noção de população, ele, no entanto, centra sua análise em torno da “mais-valia”. De igual feita, no que se espera que Preciado parta das noções como gênero e diferença sexual, ela toma como eixo temático o dildo. Em extensa nota de rodapé, ela explicita a origem anglo-saxã do termo cuja cultura sexual “um pinto é um

dildo de carne” (PRECIADO, 2014, p. 19), diferente do “*cinturón polla* [cinta caralha, cinta pênis ou cinta peniana] ou *polla de plástico* [pinto de plástico]”.

3.9 A contrassexualidade, o dildo e o que faz o homem

O humano é o engano do humano¹⁵⁰.

O que é a contrassexualidade? Não é a criação de uma nova natureza, pelo contrário é mais o fim da Natureza como ordem que legitima a sujeição de certos corpos a outros. Ela é em primeiro lugar uma análise crítica “do contrato social heterocentrado, cujas performatividades normativas foram inscritas nos corpos como verdades biológicas” (PRECIADO, 2014, p. 21). Seu *Manifesto Contrassexual* enfatiza o corpo como espaço de construção biopolítica, como lugar de opressão, mas também como centro de resistência. Preciado avança e postula o gênero não como simplesmente performativo, mas, “antes de tudo prostético¹⁵¹, ou seja, não se dá senão na materialidade dos corpos. É puramente construído e ao mesmo tempo inteiramente orgânico. [...] poderia resultar em uma tecnologia sofisticada que fabrica corpos sexuais” (PRECIADO, 2014, p. 29). Trata-se da relação de corpos falantes, “os corpos reconhecem a si mesmos não como homens ou mulheres, e sim como *corpos falantes*, e reconhecem os outros corpos como falantes” (PRECIADO, 2014, p. 21. Grifo nosso). Visa assim desnaturalizar e desmistificar as noções tradicionais de sexo e de gênero.

Preciado define o sexo como tecnologia biopolítica e não como um lugar biológico preciso, nem natural. Se no discurso médico ele é tomado como órgão, Preciado o identifica sobretudo como prática promovida pela “tecnologia de dominação heterossocial que reduz o corpo a zonas erógenas em função de uma distribuição assimétrica de poder entre os gêneros (feminino/masculino)” (PRECIADO, 2014, p. 25). Isto posto, o processo de criação da diferença sexual refere-se a uma operação tecnológica de redução que consiste em extrair

¹⁵⁰ ANTUNES, A. In: O engano do humano.

¹⁵¹ Prótese e prótese são duas palavras usadas como sinônimos e de origem grega, formadas com o mesmo tema, *thésis*, do verbo *títhemi*, colocar, acrescentar. Diferem entre si quanto ao prefixo pró- ou prós-. Pró- tem o sentido de "na frente", "diante de", e prós- "junto a", "sobre", "próximo". Em grego clássico também já havia, pré-formados, os termos *próthesis* e *prósthesis*, o primeiro na acepção de "colocação à frente", "diante de" e o segundo no sentido de acréscimo, adição (Resende, 2004). In: <http://www.jmrezende.com.br/protese.htm> Preciado, ao escrever em língua inglesa, utiliza-se do termo *prosthesis*, usual nesta língua para designar o que, nas línguas latinas, passou ao uso comum como prótese. No entanto, em português, ambas as formas estão corretas e optamos por manter prótese. A observação de que prótese em grego inclui uma acepção de estar na frente, poderia levar a uma interpretação de privilégio, quando a questão é apenas a de um acréscimo, o que fica evidenciado no prefixo grego “prós”. Eis a razão de termos mantido essa tradução e não seu sinônimo.

determinadas partes da totalidade do corpo e isolá-las para fazer delas significantes sexuais. À vista disso, “o sistema sexo/gênero é um sistema de escritura” (PRECIADO, 2014, p. 26), no qual o corpo é um texto socialmente construído, “fazendo coincidir certos afetos com determinados órgãos, certas sensações com determinadas reações anatômicas” (PRECIADO, 2014, p. 25).

A contrassexualidade de Preciado (2014) retoma as elaborações da teoria *queer* conduzidas durante a década de 1990 por Butler e Sedgwick, nas quais evidenciaram que expressões aparentemente descritivas “é uma menina” ou “é um menino”, pronunciadas no momento do nascimento (ou no ultrassom), não passam de invocações performativas, mais semelhantes a expressões contratuais pronunciadas em rituais sociais tais, como o “sim, aceito” do casamento. A questão aqui denunciada é, então que, tendo em vista os rituais sociais sempre heteronormativos, eles sempre acabam por reproduzir a mesma performatividade.

Esses performativos do gênero são fragmentos de linguagem carregados historicamente do poder de investir um corpo como masculino ou como feminino, bem como de sancionar os corpos que ameaçam a coerência do sistema sexo/gênero até o ponto de submetê-los a processos cirúrgicos de “cosmética sexual” (diminuição do tamanho do clitóris, aumento do tamanho do pênis, fabricação de seios de silicone, refeminilização hormonal do rosto etc.) (PRECIADO, 2014, p. 28-29).

“Menino” ou “Menina” são então expressões contratuais e não enunciados descritivos tais como “esse corpo tem duas pernas”. É interessante observar que aí se centram também as críticas da contrassexualidade, não só à psicanálise de forma geral, mas especialmente a Lacan. Preciado retoma Lauretis em *A prática do amor: sexualidade lésbica e desejo perverso*¹⁵² (1994) para criticar o heterocentrismo que permite a Lacan jogar permanentemente com a ambiguidade falo/pênis. Para Lauretis, com Lacan se coloca a questão de ter ou não o falo a partir de uma perspectiva heterossexual, na qual a diferença sexual homem/mulher e o ato de copular com vistas à reprodução são a norma. É essa norma que impõe a performatividade que opõe o contrato social ao contrato contrassexual. Ora, se o primeiro se mantém na ambiguidade falo/pênis, o segundo, em princípio, permitiria identificar a presença ou não do pênis no corpo como descritiva do modo como “esse tem duas pernas”. Com isso, chegaríamos bem mais perto da questão de nossa tese, que diz respeito à enorme dificuldade com a qual sujeitos e seus pais se defrontam no momento em que um bebê nasce com uma anatomia sexual indefinida... Tratar-se-ia apenas de uma questão de presença ou não de alguma perna...

Só que não é assim que as coisas ocorrem no campo clínico com sujeitos intersexo. Todo nascimento confronta os pais como sujeitos com um real indizível: deram luz a mais um ser

¹⁵² The Practice of Love: Lesbian Sexuality and Perverse Desire , no original.

humano, muitas vezes até sem querer. Instintivamente o bebê é acolhido, e tão mais bem acolhido quanto mais sua imagem corresponder ao ideal dos pais, traços do bebê, semelhanças com os próprios pais, familiares, outros..., presença maior ou menor de cabelo... unhas... pernas...! Haverá, eventualmente, falhas na imagem que então o bebê gestaltizará para os pais. Falhas menores, ou maiores que, em geral, lembram que aquela primeira imagem é apenas uma imagem, há um longo trabalho a ser feito – havendo desejo – para promover daquele pequeno organismo, um ser humano que corresponda de alguma forma aos ideais originalmente nele projetados.

Uma imagem só pode se constituir a partir do simbólico, se estamos no campo da fala e da linguagem. E, como sabemos, o que está fora do simbólico está no real. Sim, Lacan é falocêntrico, justamente por não identificar o falo ao pênis, o falo é para todos na medida em que representa a falta do Outro sexo, aquele que complementaria a sexuação se não houvesse a castração necessária ao ser falante. Necessária para que o ser falante não se embrulhe demais com as palavras, para que um significante seja apenas Um e não se signifique a si mesmo, diferente a ponto de cada um ser um, de a ser diferente de a.

Representado na história da cultura desde tempos imemoriais pelo pênis ereto como símbolo da fertilidade – justamente por se temer a falta dela –, o falo é o próprio desejo que, desde Platão, pelo menos, nasce da falta. Como significante da diferença sexual, o falo impõe a castração. Sim, nossa cultura é falocêntrica e, mais, identifica o falo no pênis, porque nele o imaginariza. E por isso distingue meninos de meninas, como os que têm e os que não têm. Não apenas cada sujeito se constitui na dialética do ser e ter, quanto a própria sociedade em que vivemos. Para a psicanálise não há sujeito sem ela, já que ele é produto da relação com ela. Assim, quando nela nasce uma criança, há que se inscrevê-la nela e isso se faz com os parâmetros dados pela cultura. É preciso dizer se aquele bebê é menino ou menina. Então não é a mesma coisa nascer ou não com duas pernas e nascer ou não com um pênis, pois no primeiro caso isso não fará a menor diferença para atestar a existência desse bebê, no segundo, é preciso dizer se é menina ou menino para a própria declaração de nascido vivo (DNV), caso contrário, o bebê não adquire nem mesmo a existência civil.

Como escutar esses sujeitos sem levá-lo em conta? A teoria psicanalítica nasce da clínica e a ela retorna. Seria impossível clinicar em psicanálise se sua teoria não partisse do que a própria clínica nos ensina. Mas é também fundamental para essa mesma teoria o questionamento, tanto das feministas (desde a época de Freud), quanto da contrassexualidade atual, para lembrar que ela não visa adormecer o psicanalista em sua prática pois, como toda ciência, a psicanálise precisa poder sempre colocar em questão seus parâmetros, à fim de

sempre buscar melhor reproduzir não só aos desafios da época como clarear os pontos ainda não de todo esclarecidos. Com Lacan poderíamos dizer que a holófrase falo/pênis como ciência normal exigiu o questionamento das feministas, da teoria *queer*, o contrassexual, para avançar no paradigma: o falo já não é o pênis, mas a “relação ao real”, mesmo se no senso comum, no discurso jurídico, da saúde, da educação continue a ser imaginarizado no pênis. É nesse contexto, que Preciado fundamenta o dildo como ocupando um lugar estratégico entre o falo e o pênis. “Ele atua como um filtro e denuncia a pretensão do pênis de se fazer passar pelo falo” (PRECIADO, 2014, p. 75). “A invenção do dildo supõe o final do pênis como origem da diferença sexual” (PRECIADO, 2014, p. 79). Preciado propõe desterritorializar o sexo, de tal maneira que “tudo se torna orifício”. “Se a castração é uma metáfora tão forte na ideologia psicanalítica, é exatamente pelo potencial do corte como estratégia de subversão” (PRECIADO, 2014, p. 86).

Tanto a intersexualidade quanto a transexualidade “levantam questões sobre que tipo de corpo alguém necessita ter a fim de reclamar pertencimento em algum gênero ou se a sensação de pertencimento em um gênero é colorida pela experiência de viver em um corpo que foi tocado pela tecnologia médica” (MORLAND, 2014, p. 114). Uma adolescente afirma que se pudesse andar na rua e ser reconhecida como mulher, não pensaria em fazer a cirurgia de transgenitalização. “Muita mulher trans diz que não gosta do seu pênis... Eu gosto do meu, tenho prazer com ele, mas com ele não sou reconhecida como *feminina*... não importa o quanto eu me maquie, use saltos, cabelo comprido... Será que eu sou uma travesti? Ou só apenas alguém que quer ser vista como uma mulher?”. Esse excerto é significativo da questão que se sobrepõe à adolescência, o desejo de reconhecimento. Como a cirurgia entra como reconhecimento de legitimidade?

Por outro lado, a travestilidade ainda é relegada ao domínio da moralidade (LEITE, 2008), e como nossa cultura associa doença com falta moral,

travestis comporiam o grupo mais “doente” e rechaçado. Além de estarem ligados no imaginário social à prostituição e à violência, carregam *o peso da ambiguidade*. Se para os transexuais o desejo de fazer a cirurgia diminui a “doença”, para as travestis o desejo de não fazê-la é um agravante expressivo (ZAMBRANO, 2008, p. 33. Grifo nosso).

Como aponta Arán (2005), “no que se refere à cirurgia, o que se destaca não é o desejo de poder ter relações sexuais consideradas ‘normais’, mas sim ter acesso à correção cirúrgica que permitirá o reconhecimento corporal de uma ‘identidade feminina’”. A demanda crescente de cirurgias de transgenitalização só vem corroborar que a cultura ainda identifica falo/pênis, a ponto de promover tais cirurgias reafirmando a divisão entre meninos e meninas a partir da

presença ou ausência do pênis, em detrimento do travestismo ou mesmo da homossexualidade. Haja visto o fato de que em alguns países, homossexuais são sentenciados à morte, enquanto as cirurgias de transgenitalização são admitidas – o que leva, evidentemente, a cirurgias de transgenitalização em homossexuais....

Preciado (2014) aponta que “a centralidade do pênis, como eixo de significação de poder no âmbito do sistema heterocentrado, requer um imenso trabalho de ressignificação e de desconstrução” (PRECIADO, 2014, p. 37). A incidência do falo sobre o corpo masculino nas sociedades ocidentais contemporâneas parece se dar de forma “natural”. Schneider (2011) questiona: “corpos masculinos: uma produção cultural”? Em nossa clínica, a questão é colocada de saída nos casos de hipospádia, nos quais o menino não consegue urinar em pé. Certa vez, a equipe cirúrgica recebeu um pedido de parecer de uma pediatra que solicitava avaliar a possibilidade da cirurgia urgentemente para um menino de cinco anos que não conseguia “mijar em pé” porque, em suas palavras, a cirurgia evitaria que ele frequentasse “guetos psicoafetivos”. Plínio, nove anos, foi levado ao Ambulatório de Urologia por sua avó paterna e tem uma demanda clara aos médicos: “crescer mais o *pinto*”! Relata que com o nascimento do irmão viu que “o dele é mil vezes maior” do que o seu, nunca tinha pensado em tamanho antes dessa “visão” do pênis do irmão recém-nascido. A partir daí passou a ficar “medindo” com os outros, “eu olho e *mido*, mas eu sempre perco. Nunca vi um menor que o meu”, conta chateado. Se os médicos tiverem “uma poção mágica de crescer pinto” ele tomaria feliz, pois não aguenta mais isso de ser o único com “um pinto pequenininho”. O diagnóstico dado pela fita métrica é de micropênis. Comparado à média peniana dos meninos em sua faixa etária, a medicina constata aquilo que Plínio já verificara com suas “espiadas”. Contudo, ao poder simbolizar sua história, com o tempo, Plínio chega a dizer: “olhei para o meu pinto e achei normal, pelo menos normal para mim”.

Preciado (2014) retomando a “desnaturalização feminista do gênero”, iniciada por Simone de Beauvoir, aponta que o slogan que presidiu a evolução do feminismo no século XX: “não se nasce mulher”, não foi acompanhado da declinação masculina: “não se nasce homem”.

A velha canção da psicanálise lacaniana dos anos setenta e oitenta, na qual diferentes vozes, do próprio Lacan a Kristeva, ceticamente se perguntavam, “existe mulher”?, não conheceu seu correlato, “existe o homem”?, até o aparecimento recente dos “estudos pós-humanos” (PRECIADO, 2014, p. 153).

A masculinidade aparece como uma construção muito frágil, principalmente quando vem ligada ao órgão genital e se este apresenta “problemas”, a situação pode ficar muito complicada, por vezes, incompreensível. O que estaria por traz das fantasias de potência que os

homens constroem? O falo tem alguma relação com a anatomia genital? “Com a experiência que a senhora tem aqui, já deve ter percebido que para nós, homens, ser *macho* é o que há de mais importante... A gente prefere morrer do que deixar de ser *macho*”. Foi assim que um paciente descreveu como se sentia poucas horas antes de uma penectomia à qual seria submetido por causa de um câncer de pênis. Para esse homem que “mija em pé”, Lacan (1972/2003) em “O aturdito”, texto escrito em julho de 1972, postula duas diz-mensões do que faz o homem:

A castração de fato dá prosseguimento, como vínculo com o pai, ao que é conotado em todo discurso como virilidade. Há, pois, duas *diz-mensões* do *paratodohomem* [*pourtouthomme*], a do discurso com que ele se *paratodiza* [*pourtoute*] e a dos lugares pelos quais isso é *thomem* [*thomme*] (LACAN, 1972/2003, p. 460).

Soler (2020) retoma as postulações lacanianas: 1. Aquela que faz o *thomem*¹⁵³, a que faz o homem *a priori* na linguagem; e 2. Aquela que faz paratodohomem, que está *a posteriori* no discurso. Ao introduzir a questão que consideramos fundamental para o escopo dessa tese: como um órgão se torna significante?”, Soler (2020) aponta para

um fenômeno de significantização do imaginário e do real do corpo quase automático para o falante e, de súbito, o que parecia depender do eu [*moi*] visível, ou seja, da anatomia corporal, torna-se um negócio de sujeito, o semblante por definição não se alojando no biológico, isso funciona por si só. Seu lugar é a linguagem, onde ele vale para uma metade dos seres (SOLER, 2020, p. 40).

Soler (2020) retoma o *a priori* de Lacan e o equivale a uma herança biossimbólica (SOLER, 2020). “O *a priori* precede e condiciona a experiência; o *a priori* é antes de toda opção subjetiva e independente dos arranjos do discurso de cada época, portanto, trans-histórico” (SOLER, 2020, p. 41), nesse nível não há escolha e é o que sugere a ideia de destino. Soler (2020) retoma a ideia de “fazer sujeito no dizer no Outro”: “o Outro profere sobre seu ser sujeito dizendo não que ele tem, verbo ter, o pênis; mas que ele é, verbo ser, um menino, ou um cara, ele é *thomem*”, esse dizer primeiro é *a priori* e embora não se reduza a “é um menino” ou “é uma menina”, ele se alimenta de todas as proposições que esses mesmos pais proferem, segundo seu desejo. “Por efeito do dizer, o ter anatômico passa ao ser do sujeito sexuado, nesse caso o ser macho, que o faz... *thomem*” (SOLER, 2020, p. 42), de tal maneira que esse dizer sexuante é *a priori*, sendo o primeiro encontro com o arbitrário dessa repartição, a *sex ratio*. Todavia, a função que cada laço social dá a essa diferença do que é *thomem* e do que não é, é variável, sendo, segundo Lacan, importante distinguir a função que este órgão, significante *a priori*, toma secundariamente, *a posteriori*, no discurso, impondo duas questões: a da relação

¹⁵³ Lacan escreve *thomem* fazendo a ligação com o *t* do verbo faz (*fait*).

ao sexo *a priori* e a função que seu significante toma nos discursos. Nesse contexto, podemos considerar que quando esse *a priori*, essa “herança biossimbólica” vacila, engendra-se o desejo de ratificá-la, como no caso de Dylan, cinco anos, que juntamente com sua mãe, veio do Centro-oeste do Brasil em busca de sua cirurgia reconstrutora genital. Nasceria acometido por epispádia¹⁵⁴ e diz ter como seu maior sonho “ter um pinto” e não precisar mais usar fralda. A mãe relata que ao observar o pênis do irmão mais velho, o filho questionara: “será que eu vou ter um assim quando eu crescer”? Quinze dias após a cirurgia retornam para retirada da sonda e embora o pênis ainda esteja um pouco inchado, a mãe logo diz: “doutora, que *pintão* bonito! Ele conseguiu segurar o pinto dele, sabe o que é isso?!? Que felicidade! Ele disse: ‘mamãe, agora eu tenho um pinto’!” Dylan, mal conseguia falar de tão emocionado. Abraçou-nos forte e uma lágrima escorreu de seu rosto. Tempos depois, em consulta ambulatorial, a mãe se diz muito satisfeita com o resultado cirúrgico, no entanto ouviu uma conversa no trabalho na qual as colegas zombavam de um homem “com o *pau* pequeno”. Naquele momento decidiu que se for preciso irá vender sua casa para que o filho tenha “um órgão do tamanho normal”.

A correlação pênis/urologia, diagnóstico/cirurgia demonstra a eficácia das normas e dos sistemas de poder. Contudo, o limite parece ser marcado pela disponibilidade da técnica para a construção de neofalos funcionais, ou seja, o falo construído não seria capaz de performar a natureza. Então, o paradoxo colocado à medicina seria: corpos ditos masculinos produzidos cirurgicamente “colocariam em xeque o discurso da própria medicina frente à possibilidade de fabricar um corpo ambíguo, quando historicamente ela sempre se preocupou em utilizar seu saber/poder na construção de corpos coerentes” (TEIXEIRA, 2011).

3.10 Fórmulas da sexuação: não binárias e não anatômicas

Quanta do latim

Plural de *quantum*

Quando quase não há

Quantidade que se medir

Qualidade que se expressar¹⁵⁵.

A proposta de Lacan do enodamento entre real, simbólico e imaginário faz obstáculo a dicotomias simplistas, que revelam desde sempre a tentação da prevalência do imaginário que

¹⁵⁴ Epispádia é uma condição congênita na qual a uretra se abre na face dorsal do pênis.

¹⁵⁵ Quanta. Álbum Gilberto Gil (1997) sobre ciência e arte.

supõe, a partir do estabelecimento de dualismos, ser possível pensar na restituição do Um totalizante, mítico e perdido. O mito de Aristófanes contido no livro o *Banquete*, de Platão, e retomado por Freud (1920) em *Mais além do princípio do prazer*, retraza de forma poética e didática essa ideia. Tal anedota, conta que na origem todos os seres eram andrógenos e haviam sido separados em metades, de modo que todos esses duplos estavam vagando pelo mundo esperando esse reencontro de unificação e complementaridade. Se conhecemos bem essa sensação de querer fazer Um a partir de dois, quando se trata do amor, podemos exemplificar tal aspiração a partir de outros pares de opostos presentes em nossa cultura como: Deus e diabo, bem e mal, natureza e cultura, mente e corpo, 0 e 1, homem e mulher.

A teoria da sexuação proposta por Lacan é consoante com a sua formulação do nó borromeano, que considera o enlaçamento de três registros, uma vez que ambas rompem com a lógica clássica e subvertem a ideia do dois. Quando se trata de binaridade de gênero, os aforismas lacanianos que afirmam que “A mulher não existe” e que “não há relação sexual” chocam por escancararem o real desse fracasso de se chegar ao dois a partir do um, mas também de se retornar ao Um a partir do dois.

A crítica pós-moderna da diferença sexual se fundamenta na exaltação da multiplicidade de sexos e identidades sexuais que não se restringiriam a dois, mas ao infinito. Contudo, Zizek aponta que essa “oposição binária”, a favor de uma “multiplicidade próspera”, termina por levar a um apagamento da diferença e à onipresença do Mesmo. Se essa pretensa liberdade sexual, que não se conformaria em apenas duas posições possíveis, propõe que todos os estilos de vida sejam igualmente diferentes, o que está implícito seria a soberania do Um, que não toma em perspectiva seu antagônico Outro, da alteridade. A psicanálise não desconsidera as singularidades embutidas no processo de sexuação, muito pelo contrário. A cada sujeito, sua singular forma de gozo em seu encontro com o corpo sexuado. Que não se reduz às determinações do sexo anatômico, nem à questão de gênero. É a partir da relação com o gozo que Lacan pode propor uma construção muito original da diferença sexual: gozo fálico ou não todo em relação ao gozo fálico. Subverte assim a divisão dos sexos concebida como binária e complementar. No campo político, a concepção do não todo, como incompletude, se instaura como uma ferramenta contra o hegemônico o qual configura um poder totalitário. O fato de haver mais de um sexo, não é o suficiente para contar dois. O não todo não se conta como um. Voltaremos a isso.

Lacan dedicou seus *Seminários 12, 13, 14, 15, 16*, a uma articulação da psicanálise com a lógica, sem a qual as fórmulas da sexuação correm o risco de caírem no binarismo simplório que Lacan tentou evitar (PRATES, 2019). Prates (2019) aponta que “as fórmulas constituem

um matema de transição entre os discursos – que já estabeleciam uma divisão irremediável entre semblante e gozo, cifrada pelo litoral da letra – e a mostração borromeana do espaço do ser falante no discurso do analista” (PRATES, 2019, p. 68). Sexuar-se do lado homem ou do lado mulher diz respeito à relação do sujeito com a linguagem, ou melhor, com as demandas lógicas do discurso, com a castração e com a função fálica. Em Lacan, nem Freud... apesar de “a anatomia ser o destino”, a anatomia não assegura ao sujeito sua posição sexual.

3.10.1 Valores sexuais

Lacan procura na lógica um meio de articular o que o inconsciente demonstra de valores sexuais, quais sejam, o homem, a mulher. No que se refere à questão de linguagem, homem e mulher, Lacan ancora o funcionamento do gênero: masculino ou feminino. No *Seminário, livro 18: de um discurso que não fosse semblante*, Lacan (1971/2009) numa leitura do livro de Stoller, *Sex and Gender* [Sexo e gênero], já enfatizara que “a identidade de gênero não é outra coisa senão o que acabo de expressar com esses termos, ‘homem’ e ‘mulher’” (LACAN, 1971/2009, p. 30). Contudo, no *Seminário 19*, Lacan afirma que dessa bipolaridade de valores, não sabemos do que se trata.

Porchat (2014) circunscreve a questão: “se a anatomia cede lugar à lógica, o sexual, enquanto objeto construído pela psicanálise, deve abrir mão dos termos que tradicionalmente se referem a realidades ontológicas, ainda que performativas: homem e mulher” (PORCHAT, 2014, p. 136). Prates (2017), inversamente, aponta que a retomada dos termos homem e mulher por Lacan não é casual, “ao contrário, eles apontam uma coragem em não se furtar a uma problemática clínica, que acompanha a história da psicanálise, qual seja, como o psicanalista pode saber, afinal, quando está diante de um homem ou uma mulher” (PRATES, 2017, p. 96)?

Um caso que acompanhamos e julgamos paradigmático dessa questão, trata da história de Lia, uma adolescente que desde o nascimento fora acompanhada pela cirurgia pediátrica de um outro hospital. Lia chega para o atendimento em nosso Ambulatório dizendo não saber de nada, não lembrar de nada, não querer saber de nada... A mãe relata que embora vá à escola, a filha não consegue aprender nada, não tem amigos e vive isolada dentro de casa. Na reunião com a equipe, lemos, entre outras anotações feitas no prontuário antigo, o seguinte comentário: “paciente em intenso sofrimento, pois não se identifica ao sexo ao qual os médicos dizem que ela pertence”.

Lia nasceu com genitália atípica e imediatamente fizeram uma cirurgia para adequar seu genital ao feminino sem qualquer investigação do cariótipo. Aos dez anos, queixou-se de

intensa dor abdominal. Deram o diagnóstico de hérnia. Durante a cirurgia para retirada da “hérnia”, descobriram tratar-se, na realidade, de gônadas masculinas que, então, foram removidas. Só então solicitaram exame de cariótipo e descobriram que o de Lia era, na realidade, 46, XY, o que lhe informaram, enquanto ainda estava internada depois da remoção das gônadas, da seguinte maneira: “você é um menino!”. Mesmo assim, começaram o processo de dilatação do canal vaginal. Agora, aos doze anos, encaminharam-na à Endocrinologia pediátrica para realizar uma *mimésis* de puberdade feminina, ou seja, receberá doses de estrogênio para o desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários, no caso, femininos. Diante da comoção que a anterior condução do tratamento provocou em nossa equipe, uma residente de medicina reagiu: “mas o que você queria que o médico dissesse? 'Você não é uma menina?'” Devolvemos a pergunta: “para que vocês realizam a investigação do sexo? É apenas a presença do Y que faz um menino? Se ela se diz uma menina, o que autoriza um médico a denominá-la menino?”.

Gherovici (2018) sinaliza que “como psicanalistas fiéis a uma ética, devemos ser capazes de romper com debates sem sentido entre os fundamentos do sexo e do gênero, o debate antigo da natureza contra a educação, do essencialismo biológico *versus* o construtivismo social” (GHEROVICI, 2018). O tratamento da diferença dos sexos ganha outros contornos quando, para além da anatomia, questionamos cromossomos, hormônios, gens... contudo a dimensão do binarismo cria a falsa questão na qual a resposta seria a cirurgia. Aqui seguimos uma direção de tratamento proposta por Soler (2018)

Fazemos entrar num envelope discursivo aqueles que se viram ejetados pelo perigo traumático, que é encontro com um real, este, por sua vez, fora de discurso. Por envelope discursivo, entendo um envelope ao mesmo tempo de linguagem e de laços, os dois caminham lado a lado. É, pois, um cuidado por meio do discurso comum (SOLER, 2018, p. 213).

Solicitamos uma médica que pudesse ir conversar com Lia. Naquele encontro a endocrinologista contou-lhe uma história sobre uma “cartinha genética” que Lia havia recebido, mas não era para ela já que ela era uma menina. Assim, por meio de “linguagem e laços”, Lia pode voltar a querer saber.

3.10.2 Uma nova Lógica

Em “O saber do psicanalista”, Lacan (1971-72/2011) define o real: “o real de que eu falo é absolutamente inabordável, a não ser por uma via matemática” (LACAN, 1971-72/2011, p. 64). Quando nada garante a finalidade do gozo sexual, a castração deixa de ser uma “anedota”

e demonstra sua estrutura comparável à de uma lógica, nisso “o esforço lógico deve ser, para nós, um modelo ou até um guia” (LACAN, 1971-72/2011, p. 64). O gozo sexual é marcado pelo índice daquilo que só se anuncia pelo índice da castração. Lacan (1971-72/2012) afirma que o que trabalhará em seu *O Seminário, livro 19: ... ou pior* será a relação da psicanálise com a lógica, com a qual conseguiu “enxugar seriamente” o sentido da primeira, pois todo o sentido é uma opacidade. Para enxugar tal sentido, afirma não confiar em absoluto no senso comum. Ele comenta textualmente o título do *Seminário* e afirma que, nele, o verbo foi substituído pelos três pontos o que, no uso comum, serve para fazer um lugar vazio: sublinha a importância deste lugar vazio e demonstra também que essa é a única maneira de dizer alguma coisa com a ajuda da linguagem. A observação de que o vazio é a “única maneira de agarrar algo com a linguagem permite-nos, justamente, penetrar na natureza desta última” (LACAN, 1971-72/2012, p. 11-12).

O *tour de force* de Lacan é interrogar a linguagem como lógica. Nesse sentido, quando a lógica se confrontou com algo que sustenta uma referência de verdade, ela produziu uma ideia de variável. A variável aparente x constitui-se de que o x marca um lugar vazio naquilo de que se trata. Para que isso funcione, é necessário colocar o mesmo significante em todos os lugares reservados vazios. “Não existe metalinguagem” e essa é a única maneira de a linguagem chegar a alguma coisa. “Todas as vezes que se trata de lógica, é necessário que a metalinguagem seja elaborada como uma ficção” (LACAN, 1971-72/2012, p. 12), ou seja, no interior do discurso comum é preciso forjar uma linguagem-objeto, mediante a qual a linguagem se torna meta.

O verbo substituído pelos três pontos é “dizer” [*dire*]. Contudo, na lógica, o verbo é o único termo do qual não se pode fazer um lugar vazio. Partindo de uma proposição para fazer uma função, é o verbo que cria a função, e é daquilo que o cerca que se pode fazer um argumento. Ao esvaziar o verbo, Lacan faz dele um argumento, “uma substância. Não é dizer, mas um dizer” (LACAN, 1971-72/2012, p. 12). Esse dizer exprime-se numa proposição completa: não existe relação sexual. Com efeito, propõe-se como verdade que “o sexo não define relação alguma no ser falante” (LACAN, 1971-72/2012, p. 13). Ainda que a “pequena diferença” seja destacada desde muito cedo como órgão, [*organon*] instrumento, o que se coloca em questão, no ser falante, é sua relação com o gozo sexual. Nesse contexto, Lacan esboça seu primeiro passo para “desmontar a máquina”, ao introduzir no nível da lógica a função do “não-todo”, que é aquilo que escapa à lógica aristotélica. Em sua exploração lógica do real, Lacan retoma a função dos prosdiorismos os quais foram postulados por Aristóteles na lógica formal: um, alguns, todos e a negação dessas proposições definidas como particulares e universais e no interior delas as afirmativas e as negativas. Para dizer que com eles formula-se a função dos quantificadores, “é com o todo que se estabelece o lugar vazio” (LACAN, 1971-72/2012, p. 14).

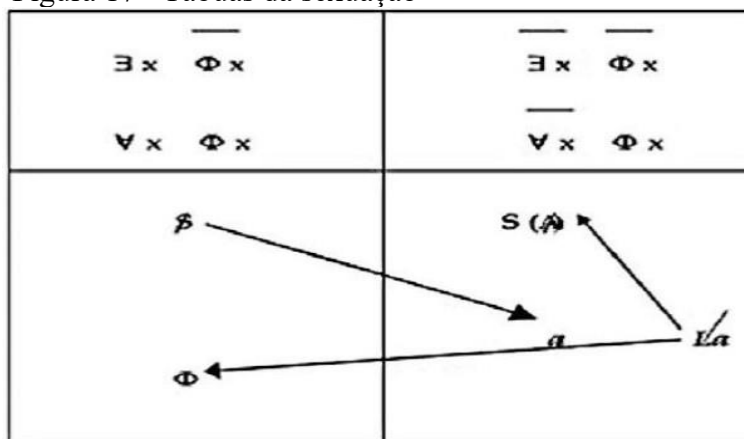
Quanto à “pequena diferença” que se impõe como inata é, com efeito, muito natural. “Corresponde ao *que há de real* no fato de que, na espécie que se autodenomina *homo sapiens* [...] os sexos parecem dividir-se em dois números mais ou menos iguais de indivíduos (LACAN, 1971-72/2012, p. 15. Grifo nosso). Esse real “não é pelo fato de ser biológico que isso é mais real. Isso é fruto da ciência chamada biologia. O real é outra coisa. O real é o que comanda toda a função da significância” (LACAN, 1971-72/2012, p. 29). Contudo, é porque os seres são falantes que existe o complexo de castração. Assim, eles se constituirão a partir de algo completamente diferente, a saber, da consequência, do preço que terá adquirido, na continuação, a pequena diferença (LACAN, 1971-72/2012, p. 16). Dentro da lógica, “nós os distinguimos, não são eles que se distinguem (LACAN, 1971-72/2012, p. 16. Grifo do autor). Lacan (1971-72/2012) avança que embora a pequena diferença já esteja presente para os pais há algum tempo e que tenha surtido efeitos na maneira como foram tratados o menino e a menina, mesmo que nem sempre seja assim, não é preciso isso para que o juízo de reconhecimento dos adultos circundantes se apoie em um erro, pois eles os reconhecem “somente em função de critérios formados na dependência da linguagem” (LACAN, 1971-72/2012, p. 16). Na nova lógica proposta por Lacan, no esforço de abordar o real, ela demonstra o que pode haver de real na determinação da linguagem. No ponto de uma “certa falha no real”, Lacan propõe um esforço teórico que nos possa permitir situar certas linhas, inventá-las, no que se refere às consequências de que não existe a relação sexual. A lógica da sexuação proposta por Lacan implica consequências clínicas importantes uma vez que não se detém no que constitui o homem ou a mulher, mas na impossibilidade da relação entre eles o que ele denominou de “silêncio psicanalítico institucionalizado” (LACAN, 1971-72/2012, p. 19).

Lacan situa a função fálica [Φx] como “quanto a tudo o que concerne ao ser falante, a relação sexual levanta uma questão” (LACAN, 1971-72/2012, p. 23). Ao levantar uma questão, a relação sexual que não existe determina tudo que se elabora a partir de um discurso cuja natureza é ser um discurso rompido (LACAN, 1971-72/2012, p. 23). Essa função se constitui por existir o gozo sexual que é o que constitui um obstáculo à relação sexual. Φx é o que a relação do significante com o gozo produz. O x designa apenas um significante e que pode ser cada um no nível que só existimos como sexuados. É como significantes que nos tornamos sexuados. Contudo, a questão é justamente essa: como nos distinguimos? O x surge então como variável aparente e se relaciona com o gozo. Entre esses x há alguns específicos, assim podemos escrever: para todo x , Φx [$\forall x. \Phi x$]. O Φ , por sua vez, significa a função que é chamada castração. Essa castração que é algo pelo qual é preciso passar e que torna “insustentável nos mantermos nessa dualidade, de algum modo como suficiente. [...] Essa função do falo torna insustentável, doravante, a bipolaridade sexual, e insustentável de uma forma que literalmente

volatiza o que acontece com o que se pode escrever dessa relação” (LACAN, 1971/2009, p. 62). Assim, a função fálica não se baseia em uma identidade, mas em modo de enunciação.

Em sua nova lógica, Lacan lança mão do termo “quantores” em substituição à quantificadores, pois é a articulação dos quantores que lhe permitirão postular a função do não-todo. “O campo a partir do qual cada um desses x adquire valor só pode ser definido a partir da articulação das quatro conjunções *argumento-função*, sob o signo dos quantores” (LACAN, 1971-72, p. 43). Os prosdiorismos só adquirem um sentido a partir de sua entrada na função como argumento. Existimos como significantes. Existe pelo menos um para quem a função da castração não funciona. É a partir desse existe *ao menos um*, com referência a essa exceção, que todos os outros podem funcionar $[\exists x. \overline{\Phi x}]$: todo homem se define pela função fálica $[\forall x. \Phi x]$. Entretanto, há um conjunto desses significantes sexuados, no que concerne ao gozo, para os quais é o não todo que funciona na função da castração $[\overline{\forall x}. \Phi x]$. Não existe um todo das mulheres. Com efeito, não é verdade que a castração domine tudo $[\overline{\exists x}. \overline{\Phi x}]$. “A mulher se situa a partir de que não-todas podem ser ditas com verdade em função do argumento no que se enuncia da função fálica” (LACAN, 1971-72, p. 44), dito de outra forma, o não-todas indica que a mulher tem, em algum lugar, relação com a função fálica, contudo “a essência da mulher não está na castração” (LACAN, 1971-72, p. 45). Elas não são castráveis, é do real que a mulher tira sua relação com a castração. Assim é contingente que a mulher se apresente à função fálica. Entre o que funda a função argumental dos termos homem e mulher, há uma hiância da indeterminação da relação comum dos gozos. Não há proporção sexual porque não é a partir da mesma ordem que os sexos estabelecem uma relação com o gozo. Haja vista, a lógica que preside a diferença dos sexos será subversiva a respeito da lógica formal binária e complementar a qual se baseia no princípio da não contradição.

Figura 17 - Tábuas da sexuação



3.10.3 A castração é real!

Lacan (1961-62), em seu *O Seminário, livro 9: a Identificação*, assevera que o “o complexo de castração permanece, até o presente momento, uma realidade não completamente elucidada” (LACAN, 1961-62, p. 234) e que a única pergunta que se tem a fazer é saber por que “o instrumento do desejo, o falo”, toma esse valor tão decisivo, “por que é ele e não o desejo que está implicado numa angústia”. Retoma a relação do desejo do homem com o desejo do Outro para afirmar que não há, de forma alguma, entre eles uma medida comum. “Quem, alguma vez, encontrou uma comum medida entre seu desejo e qualquer pessoa com quem tem a ver como desejo”? (LACAN, 1961-62, p. 242). Lacan reitera que caso não se coloque isso em primeiro lugar em toda “ciência da experiência”, poder-se-ia permitir tudo, inclusive “as pregações delirantes sobre as benfeitorias da genitalidade” (LACAN, 1961-62, p. 242). De tal maneira que o produto de um desejo pelo outro só pode ser uma falta, a falta do sujeito. Com o desejo introduzimos o registro do sexo onde justamente falta o que faria a identidade homem-mulher (SOLER, 2017).

A não proporção entre os sexos foi abordada primeiramente por Lacan no contexto do desejo, da falta, da construção fantasmática, contudo é com as fórmulas que essa disparidade fica melhor evidenciada. Partindo de um estudo rigoroso da abordagem do sexual, Lacan (1971-72/2012) é enfático ao afirmar que a castração de modo algum pode se reduzir a uma anedota, um dito de ameaça ou mesmo de censura, sua estrutura é lógica. Lacan irá propor articular as questões do sexo pela via do real da castração, paradigma do que questiona o que pode sair da linguagem. A castração é o encontro com o real, sua estrutura é lógica, pois se produz por uma necessidade de um discurso, ela é rigorosamente fundamental naquilo que não instaura e impossibilita o enunciado da bipolaridade sexual como tal, ou seja, como uma proporção entre os sexos, o que não há. Dito de outro modo, a relação sexual não existe porque não há proporção na relação que homens e mulheres, dois significantes, estabelecem com a castração. A linguagem do modo como é tratada na articulação com o ser, tem uma função anedótica que faz suplência ao gozo sexual, não sem sustentar-se na função fálica que, justamente, protesta a castração. É nesse real que se afirma pela interrogação lógica da linguagem que Lacan propõe encontrar o modelo do que a exploração do inconsciente revela. “O que se passa por esse desfilamento da castração tentaremos abordar por vias que sejam um tanto rigorosas. Elas só podem ser lógicas, e até topológicas” (LACAN, 1971-72/2011, p. 95).

Se a função fálica está dentro da linguagem, a castração *ex-siste*. E isso não é sem relação com o conteúdo do inconsciente, pois é justamente o uso da lógica que pode prescindir

do princípio da contradição. É partindo do real como o impossível que Lacan pode chegar a dizer que *elas* não são castráveis, pois o falo elas não o possuem. Daí que Lacan propõe subversões à lógica clássica e formal para escrever a não-relação sexual. Lacan propõe abordar a teoria pelo viés do real e questiona o que isso contribuiria para que o discurso analítico “não fique estagnado em seu atoleiro atual” (LACAN, 1971-72/2012, p. 224).

Na lição XIII do *Seminário 19*, nomeada por Miller de “Na base da diferença dos sexos”, Lacan (1971-72/2012) postula uma “subversão a tudo que se conhece de psicanálise”, uma outra lógica que implica que o Um não se liga ao dois. Assim, na lógica do Um, o Um fundaria algo diferente do semblante o que equivaleria ...Ou pior. Um real é o que não se associa, não tem o pensamento, não faz sentido. Isso pensa [*Ça pense* – Isso pinça]. Na lição seguinte, postula o Há-Um e mais nada. Um “Um” muito particular, aquele que separa o Um de dois, e isso é um abismo. Há um que diz não a castração e “ele é absolutamente necessário”, uma vez que “é o Um sozinho, que se determina por ser feito do dizer que não à função fálica” (LACAN, 1971-71/2012, p. 196). Não se trata de acontecimento, mas de estrutura que constitui o lado todo fálico. A exceção funda o universal. Isto quer dizer que todo homem está submetido à ordem fálica. Todos os homens estão em poder da castração. Do outro lado, não existe um que se determine como sujeito no enunciado do dizer que não à função fálica, ou seja, como já dizia Freud, todas as mulheres são castradas. “Não existe universal da mulher. É isso que é levantado por um questionamento do falo, e não da relação sexual, quanto ao que se passa com o gozo que ele constitui, visto que eu disse que era o gozo feminino” (LACAN, 1971/2009, p. 64).

No entanto a formulação que Lacan associa com o quadrante da dupla negação em Pierce aponta para o fato de que a dupla negação pode ser lida da seguinte forma: não é verdade que seja a função fálica que domine a relação sexual. Mas isso não é necessário e sim, impossível. É por não haver exceção que não há o todo. De tal maneira que, não há uma correspondência biunívoca “é no momento em que falta um parceiro nas duas séries comparadas que surge a ideia do um. Há Um que falta. O Um surge como que do efeito da falta” (LACAN, 1971-71/2012, p. 150).

Para Lacan em torno do Há-Um há duas etapas: o Um de Parmênides e o Um da teoria dos conjuntos. O primeiro se sugere como estando no princípio da repetição. “Espécie de Um que é marcado por nunca ser senão o um de uma falta, de um conjunto vazio” (LACAN, 1971-71/2012, p. 157). O segundo, em sua referência matemática aborda “aquilo que produz um saber que, por ser apenas produzido, está ligado às normas do mais-de-gozar, ou seja do mensurável” (LACAN, 1971-71/2012, p. 147). Comporta também um real que não tem nada a ver com a verdade, e que é a matemática. “Em torno desse Um gira a questão da existência” (LACAN,

1971-71/2012, p. 192). Assim, a teoria analítica vê despontar o Um em dois de seus níveis: 1) o Um é o Um que se repete em relação a uma estrutura significativa e 2) a partir da instauração do sujeito no nível do gozo de falar, se produz no estágio do mais-de-gozar uma produção significativa, S1, que equivale a outro nível do Um. O Um de que se trata no S1 (aquele que o sujeito produz) é o Um como Um só. É o Um na medida em que é a diferença (LACAN, 1971-71/2012, p. 158).

Na clínica com sujeitos intersexo e seus pais tal distinção, entre o Um em dois de seus níveis, se coloca de forma paradigmática.

3.11 Algumas considerações sobre a clínica do não-todo no hospital

O real não está no início nem no fim, ele se mostra pra gente é no meio da travessia¹⁵⁶.

A ciência fala do não-todo porque ela fala do real. Lacan chegou a esse não-todo pelo discurso, pela sexuação. Freud sempre sustentou que a clínica do sujeito, a clínica psicanalítica, implica necessariamente o *heteros*, o diferente, e que sem tal referência estaremos sempre novamente calando a singularidade de cada um. Daí, quando Lacan retoma a ética da psicanálise a partir de Freud, sustenta que “os seres sexuados, se autorizam de si mesmos” (LACAN, 1973-74), e cada um escolhe a maneira de sexuar-se.

Analisar a assumpção subjetiva da posição sexuada à luz da psicanálise, remete-nos a uma das pedras angulares de toda a teorização freudiana como pudemos destringir ao longo do capítulo. Interessamo-nos, particularmente, por investigar os jogos de sedução entre os sexos tão marcantes na adolescência e o necessário “despertar dos sonhos” (LACAN, 1974/2003) que embora não seja suficiente à realização do ato sexual, não o é sem consequências, uma vez que “o sujeito só pode entrar no ato sexual como ‘filho’, isto é, como produto ou resto de um ato anterior” (POLLO, 1996, p. 105). O sujeito só percebe o corpo próprio e o corpo do outro por meio de uma certa simbolização do seu desejo, “a análise presume, do desejo, que ele se inscreve por uma contingência corporal” (LACAN, 1972-73/2008, p. 126): o corpo é sempre abordado a partir da estruturação da fantasia (AYOUCH, 2014). No que tange ao gozo, diante da impossibilidade do simbólico de recobri-lo todo, engendra-se a contingência: “é aquilo no quê se resume o que submete a relação sexual a ser, para o ser falante, apenas o regime do

¹⁵⁶ ROSA, G. 1956. In: Grande sertão: veredas.

encontro” (LACAN, 1972-73/2008, p. 127). Contudo, em muitos casos de adolescentes intersexo, com frequência, o corpo, mais especificamente, a anatomia genital, assume o papel de impedir o acesso ao gozo do ato sexual. Uma adolescente, após esperar muito pela cirurgia de neocolpovulvoplastia, ao receber a explicação da técnica cirúrgica e do pós-cirúrgico imediato, na qual fora enfatizado que ela sairia da cirurgia com um curativo compressivo e com um “tampão” que ficaria introduzido em sua neovagina, sendo necessário, após a retirada o uso de dilatadores, questiona imediatamente: “ué, não fica aberta? Vocês é que tiram a minha virgindade? Porque esse tampão vai tirar minha virgindade, né”?

Em psicanálise, o sujeito não tem sexo, mas tem um corpo que é o que lhe há de mais heteróclito. O *falasser* é possuidor de um corpo de gozo afetado pela linguagem: “o real, eu diria, é o mistério do corpo falante, é o mistério do inconsciente” (LACAN, 1972-73/2010, p. 140). O que nos leva com Prates (2017) a afirmar que “o corpo, em sua dimensão real, é propriamente o ‘lugar do gozo’” (LACAN, 1972-73/2010, p. 227). Lacan esclarece que a suposição do corpo como uma “substância gozante” é forjada daquilo que o sujeito não consegue dizer. Em sua *Conferência em Genebra sobre o sintoma* (LACAN, 1975), lança mão da assertiva segundo a qual, o homem é captado pela imagem de seu corpo. “Esse ponto explica muitas coisas e, em primeiro lugar, o privilégio que essa imagem tem para ele” (LACAN, 1975, p. 7). O sujeito *corpo-reifica* seu mundo [*Umwelt*], aquilo que ele tem em volta de si, ele o faz coisa à imagem de seu corpo, embora não tenha ideia do que acontece nesse corpo. E é pela via do olhar que o corpo ganha sua importância. “A maior parte – mas não tudo – do que o homem pensa enraíza-se aí” (LACAN, 1975, p. 7).

Vejamos como Lacan retoma o caso do pequeno Hans em 1975, pois nessa retomada ele introduz uma observação a partir da qual discorda de Freud quando este considerou que a descoberta da realidade sexual por parte da criança fosse autoerótica. O que levou Freud a considerá-lo assim foi o fato de que Hans a descobria em seu próprio corpo, quando teve suas primeiras ereções e seu *Wiwimacher* – Hans não sabe como designá-lo de outro modo –, se introduz no seu circuito. E esse seu “primeiro gozar” manifesta-se em quem quer que seja. Lacan formula que “o inconsciente é uma invenção no sentido de que é uma descoberta associada ao encontro que certos seres têm com sua própria ereção” (LACAN, 1975, p. 10), para então concluir que “em certos seres, o encontro com a própria ereção não é absolutamente auto-erótico. É o que há de mais *hétero*”, uma vez que eles se dizem: “– mas que é isso”? e só pensam nisso, a encarnam em objetos que são o que há de mais externo. O gozo que resulta de seu *Wiwimacher* é desconhecido para Hans. Após a intervenção de Freud, mediatizada pelo pai, “ele chegará a suportar o pequeno pênis por meio de um outro alguém, a saber, na ocasião, por

sua irmãzinha” (LACAN, 1975, p. 10). Se tomarmos a tumescência como um fenômeno de corpo – o gozo fálico não estaria aqui uma vez que ele é fora do corpo –, podemos elucubrar que ao sujeito, este que está do lado todo fálico, alguma coisa o inquire. Essa “inquisição” causa angústia. O *héteros* não está do lado do todo fálico, não tem significação para Hans.

Soler (2010) em seu texto “O ‘corpo falante’”, aponta que para Lacan há uma coalescência entre *lalíngua* primeira e o encontro com o gozo primeiro, sendo, porém, duas *heteridades* distintas. Neste texto, Soler aponta que se trata do encontro com a ereção, o pequeno pau.

Encontro quer dizer que ela [realidade sexual] não é autoerótica, mas hétero, estrangeira, primeira prova de um gozo fora do corpo, anômalo ao corpo, que fura a tela. Ele fura a tela porque não vem do seu interior. Ele é, eventualmente, objeto de uma rejeição, quando o sujeito sente com isso um pavor, como o pequeno Hans, e faz disso, por exemplo, uma fobia (SOLER, 2010, p. 23).

Logo, o que temos é uma coalescência entre a impregnação pela linguagem e o momento do encontro com o sexual, aqui, o fálico (SOLER, 2010). O *héteros* tem lugar particular para Hans, ele não tem corpo, aparece a dimensão do ser, o sujeito é um corpo e abre-se aos mistérios do corpo falante. O pavor surge diante da presença desse gozo estranho. A fobia é uma tentativa de dar um enquadramento, aparece como solução, todavia não faz um anteparo contra a angústia.

Na primeira lição de seu *O Seminário, livro 20: mais ainda*, em 21 de novembro de 1972, Lacan (1972-73/2010) coloca a questão: “de onde parte aquilo que é capaz, é certo, mas de modo não necessário, não suficiente, de responder pelo gozo, gozo do corpo, do corpo do outro”? (LACAN, 1972-73/2010, p. 16). Em outros termos, o gozo de um Outro corpo diferentemente sexuado. A questão de como a partir de pulsões parciais a-sexuais o sujeito chega a algo como uma relação com outro corpo se encontra em Freud (1905/2016). Ao retomá-la, Lacan começa a desenvolver suas questões a respeito das diferentes formas de gozo. Se o desejo “não nos conduz senão à visada da falha onde se demonstra que o Um só tem a ver com a essência do significante” (LACAN, 1972-73/2010, p. 15), em relação ao gozo, o Outro é o Outro sexo: “esse lugar do Outro, de um sexo como Outro, como Outro absoluto” (LACAN, 1972-73/2010, p. 20).

O (*a*)*mur* é o que aparece em signos bizarros no corpo e que vem de mais além, de fora, daquele lugar que acreditamos poder vislumbrar no microscópio, sob a forma do *germen*, sobre o qual eu lhes assinalo que não se pode dizer que ali esteja a vida, já que isso também traz a morte, a morte do corpo, que isso o reproduz, que isso o repete, que é daí que vem o *en-corps/encore* (em corpo). É falso dizer: separação do soma e do *germen*, já que por abrigar esse gérmen, o corpo traz rastros (*traces*). Há rastros no (*a*)*mur*. O ser do corpo é sexuado, certamente, mas isso é secundário, como se diz. E

como a experiência o demonstra, não é desses rastros que depende o gozo do corpo, enquanto ele simboliza o Outro (LACAN, 1972-73/2010, p. 16).

O corpo traz rastros do *germen*, essa marca de real que em si mesma não tem vida, *existe* como resto que não se significantiza. Seria o *germen* identificável à letra que marca o corpo enquanto litoral entre simbólico e real? A letra faz o limite do furo do impossível de saber e funda o campo pronto a acolher o gozo, marcando na carne uma via de satisfação. Diferente é o significante que dá os traços, singulariza. Associando o *germen* à letra, algo dele pode escrever-se, o que, apesar de não deixar de estar do lado do real, pode produzir um efeito de linguagem: “escrita é um rastro onde se lê um efeito de linguagem” (LACAN, 1972-73/2010, p. 244). Esse efeito de linguagem, correlato à inexistência da relação sexual, aparelha o gozo com o significante, submetendo-o à função fálica.

Prates (2018) retomando essa passagem do *Seminário 20*, aponta que a sexualidade humana é desnaturalizada pelo traço, pelo significante.

O traço apaga os rastros das células sexuais, deixando apenas restos, nos quais nos apegamos para forjar, através dos chamados caracteres sexuais secundários, algumas coordenadas que indiquem a localização corporal e que deem sentido para a diferença sexual, a qual, no entanto, será sempre da ordem do semblante, forjando o que a sociologia convencionou chamar de gênero (PRATES, 2018, p. 52).

O corpo gozante não é o corpo anatômico. Costa (2010) assinala que as questões colocadas pela equivalência entre corpo e *amuro* trazem a relação entre corpo e superfície colocando em causa a especificidade do tema da escrita para a psicanálise. Aponta que a expressão *amuro* “é situada como algo que pode designar o corpo, na medida em que este se apresenta como uma superfície que se presta à escrita” (COSTA, 2010, p. 316) e que, em sua leitura, “signos bizarros” seriam como marcas sem sentido “que presentificam o objeto, como uma presença excessiva” (COSTA, 2010, p. 316). Esse corpo em excesso, presente na puberdade, convoca o olhar do Outro.

Sabemos que, normalmente, na adolescência há uma demanda do Outro para que o sujeito se posicione sexualmente e é o que o leva a isso (cf. ALBERTI, 2004). É a tia que pergunta: já tem um namorado? Ou o colega que conta de suas próprias experiências sexuais, mobilizando no sujeito o interesse em “não ficar para trás”; ou ainda os pais que proíbem sair, abrindo ao sujeito o campo do interdito que, como também sabemos, instiga a desejar.

o que aparece nesses corpos, sob essas formas enigmáticas que são os caracteres sexuais, que não passam de secundários, sem dúvida faz o ser sexuado. Mas o ser é o gozo do corpo como tal, isto é, como *a* - coloquem-no como vocês quiserem - como *a* sexuado. Pois o que é dito gozo sexual é dominado, é marcado pela impossibilidade de estabelecer como tal, em nenhum lugar do enunciável, esse único Um que nos interessa, o Um da relação: relação sexual (LACAN, 1972-73/2010, p. 18).

O gozo do *falasser* é o gozo do corpo como *a* sexuado, marcado pela impossibilidade de estabelecer o Um da relação sexual. Não há proporção na relação que os sexos estabelecem com o gozo. O que está em jogo não é o sujeito enquanto tal, mas o ser enquanto sexuado, ou seja, o funcionamento dos corpos sexuados. Com efeito, se a anatomia não decide a escolha de objeto, tampouco o modo de gozo, “como conceber uma escolha subjetiva de gozo se o gozo não é do sujeito, mas do corpo que ele tem”? (SOLER, 2020, p. 150).

Em seu Prelúdio¹⁵⁷, “Mapas anatômicos e genéticos não localizam o gozo no corpo”, Prates (2020) pontua que há algo d’A Mulher que sempre escapa ao discurso, ao falo, à ciência, à classificação, ao bisturi, aos universais, e – de modo ainda mais radical – ao próprio nome. Assim, mais além das terminações nervosas, das cirurgias ou dos mapas anatômicos, o gozo no corpo encharca, por vezes, angústia.

3.11.1 Danila, a mulher XY

Há verdades que só podem ser reveladas se forem descobertas¹⁵⁸.

Chico Buarque em sua canção “Querido diário” traz um verso, que a versão digital da revista *Veja*¹⁵⁹ considerou o pior da MPB no século XXI, que parece dialogar com o caso que apresentaremos: “amar uma mulher sem orifício”. No entanto, questionamos: por que pior?

Uma jovem de dezoito anos fora criada com uma genitália não binária no mais completo silêncio familiar numa cidade do Norte do Brasil. Seus pais eram muito jovens quando ela nasceu, por isso foi entregue aos avós maternos que a criaram “como uma filha”. Danila¹⁶⁰ cresceu como uma menina, “a mais feminina de todas as primas” – como nos disse depois –, embora soubesse “que era diferente das outras meninas”, ela diz. Essa diferença aparecerá como causa de angústia e paradoxalmente, de envaidecimento ao longo da história de vida de Danila. Na adolescência, alta e magra, cultivava um lindo e comprido cabelo loiro, unhas impecáveis. Na puberdade, apaixonou-se pelo rapaz com quem namorava e que dormia com ela por morar numa cidade distante, mas com quem ela não transava, o que o fez concluir que o desejo dela era casar virgem. No dia do pedido de casamento, Danila pega a arma do namorado que ficava guardada na gaveta de sua cômoda, vai até o quintal e tenta dar um tiro em sua própria cabeça.

¹⁵⁷ Disponível em: <https://www.champlacanian.net/public/docu/4/rdv2020-prelude5.pdf>

¹⁵⁸ Wajdi Mouawad. In: Incêndios.

¹⁵⁹ Fonte: <http://veja.abril.com.br/noticia/entretenimento/musica-nova-de-chico-buarque-traz-o-pior-verso-da-mpb>, 2011.

¹⁶⁰ Nome fictício, mas que mantém essa equívocação com a desinência de gênero não tão usual no feminino.

A família atordoada a impede e levanta a hipótese de que o problema que mantivera tantos anos em segredo não fora resolvido, ao contrário do que tinha sido levada a crer com o fato de os namorados dormirem juntos. Tinha dezesseis anos. Mesmo assim, mantinha-se o silêncio e somente uma tia que já morava no Rio de Janeiro a trouxe para morar em sua casa. Foi apenas nesse momento que Danila começa a investigar as possíveis explicações para o que acontecia com seu corpo. Em suas palavras: “eu tentei me matar porque eu sabia que *pele buraco que eu tinha não passava nem um cotonete*. Então quis morrer porque não via nenhuma solução para o meu problema e não conseguia falar com ninguém. Sofri tudo sozinha”.

Seguindo os eventos narrados, Danila inicia seu atendimento médico em um hospital no Centro da cidade. Lá realizam o exame citogenético para definição do cariótipo, que confirma o sexo cromossômico de 46, XY. O médico daquele hospital ao entregar o resultado, dissera: “o Y significa que tem um menino em você”. Frase que Danila jamais pode esquecer. Nesse hospital, sem nenhum atendimento psicológico anterior, Danila realiza duas cirurgias, a primeira para a retirada das gônadas masculinas, e a segunda para a “feminização” de sua genitália, abrindo um buraco que chamaram de “neovagina”. Essa neovagina colaba e Danila é submetida a outra cirurgia, abrindo novamente um buraco. “A vagina é para ser usada”!, teria dito um dos médicos, indicando que Danila deveria ter relações sexuais. Dessa vez, é recomendado que use constantemente um dilatador vaginal para manter a pouca profundidade construída. Logo após essa nova cirurgia teve sua primeira relação sexual, mas em suas palavras “não sentiu prazer”, apenas ficava pensando em seu “clitóris gigantesco” e não conseguia sentir nada. Além disso, a vagina que fizeram tinha uma “aparência horrível”. A psicóloga daquele serviço tentou convencê-la de que “homens gostam de mulheres com clitóris grande”, o que deixou Danila bastante revoltada: “sentia que ela [a psicóloga] não me ouvia... Como ela podia tentar me convencer a ficar com isso [clitóris] tão grande? Não quero uma vagina para um homem... quero uma vagina para mim”.

Com dezoito anos, Danila chega ao Hospital onde fazíamos Residência e tem três demandas claras: queria uma vagina perfeita, não ter mais que usar o dilatador e, seu maior desejo, queria se livrar de um “clitóris gigante”. Resumia dizendo que desejava uma “neovagina perfeita”. Sua demanda não apenas idealizava a vagina, mas era fruto também do que os sujeitos intersexuais soem sofrer a partir da regulação dos gêneros inteligíveis biomedicamente, tão comum ao discurso dominante na medicina. Por outro lado, demandá-lo era o único modo que encontrara para, ao falar sobre seu sofrimento, tinha alguma chance de ser escutada. Para os médicos do hospital onde trabalhávamos, os resultados das cirurgias a que já tinha sido

submetida não eram satisfatórios, nem técnica, nem esteticamente, para uma paciente cuja identidade de gênero era tão reiteradamente feminina.

Nas primeiras entrevistas Danila somente responde às perguntas. Fala pouco. Apenas quando o assunto é sua neovagina enfatiza todo o seu sofrimento. Aos poucos, a neovagina dos sonhos vai dando lugar às relações familiares. Ao falar da mãe diz que ela parece uma irmã, o pai um cunhado, a irmã mais nova uma prima e o seu irmão, um bebê que nasceu quando ela já estava no Rio de Janeiro, um “completo estranho”. Afirma que não quer saber de muitas coisas:

não quero saber do meu abandono. Minha mãe me abandonou muitas vezes. Me deixou sozinha com aquele problema. Minha avó eu entendo... Ela sabia do problema, mas quando me viu crescendo normal, achou que tinha ficado normal... mas minha mãe não... ela sabia que não ia ficar normal sozinho e não estava nem ai. E meu pai? Nunca teve por mim um carinho de pai... Com minha irmã é completamente diferente e com meu irmão... Fica todo bobo.

Trabalhando em análise aquilo que não conseguia colocar em palavras, Danila vai, aos poucos, dando lugar a indagações: “é muito estranho esse negócio de ser XY. Quando penso sobre isso só me vêm ideias loucas e eu acabo ficando muito triste. Penso: e se eu tivesse nascido um menino normal? Eu seria *gay*? Com certeza seria um menino feio e desengonçado... Mas nunca faria a cirurgia, ela é muito agressiva. Só tive coragem de fazer, apesar do medo, porque eu queria muito. *Quando eu era pequena tinha um corpo que não me dizia se eu era menina ou menino... Era só estranho.* Quando o médico me falou que eu era XY fiquei tão mal que nem gosto de lembrar”. Nesses momentos segue-se um silêncio e ela chora.

Com o decorrer dos atendimentos, Danila pode formular: “agora é estranho porque eu não tenho expectativa de ter uma vagina normal, só quero uma que chegue perto, mas *alguma coisa em mim ainda acredita que eu não sou normal e que uma vagina como eu sempre sonhei poderia me ajudar a ser*”. Colocamos essa frase de seu discurso em itálico por ela dar visibilidade à problemática que desenvolvemos no percurso dessa tese, expressa aqui por um sujeito com dezoito anos de idade. Quando nos disse essa frase, dialetizamos: “talvez porque você ainda acredite que há uma única vagina normal, quando na verdade há muitas vaginas”... Nesse momento ela ri e diz que sim que tem em sua cabeça “uma vagina dos sonhos” que a faria completa. Uma vagina que consertaria o erro natural, a solidão radical.

Quando soube que a cirurgia que tanto demandava já tinha data marcada, resolve voltar à sua cidade natal e rever seus familiares. Os conflitos não se resolvem. Embora o reencontro com os avós seja marcado pela ternura e a “sensação de estar em casa outra vez”, o reencontro com o pai é marcado por um acidente. Ele fica “acamado” e não puderam se encontrar. Com a mãe, as coisas foram de mal a pior. “Minha tia disse que eu não devia guardar rancor, só que

não é isso... Não consigo me aproximar dela! Tá! Ela devia ter procurado antes... mas já foi! Eu não tenho que falar sobre isso com ela e nem ela tem que falar sobre isso comigo. Foi do que jeito que foi e pronto”!

Posteriormente, após a cirurgia de construção da neovagina a que foi submetida pela equipe de urologia reconstrutora genital – um ano após a chegada nesse hospital universitário - obtivera o que em suas palavras considerou “uma vagina perfeita”. No entanto a “completude” não chegou, tivera uma complicação cirúrgica e passou a andar mancando. Ainda durante a internação hospitalar aceita, enfim, o pedido de namoro de um amigo da escola. Contudo, sem querer contar para o namorado a “verdade” sobre sua cirurgia, diz que fez uma histerectomia... não consegue contar “toda a verdade”. Numa sequência de atendimentos muito difíceis, nos quais chorava de soluçar, dava até uns gritos de tanta dor ela diz:

- Eu nunca vou conseguir contar a verdade para ele, nem para ele nem para ninguém. Do jeito que ele é, se descobrir a verdade, ele se mata, ou me mata... Ele não vai entender, ninguém nunca vai entender e ninguém nunca vai me aceitar.
- Que verdade é essa”?, questionamos.
- É uma coisa que eu não consigo contar nem para mim.

Pedimos que ela tentasse, que falasse como as coisas apareciam em sua cabeça, sem se preocupar muito com o que estava dizendo, que apenas dissesse. Desesperada e urrando de dor, ela diz:

Cara, eu nasci com essa anormalidade. Eu tenho um Y, era para eu ser um homem... Se eu não tivesse esse problema, eu seria um homem. Como eu vou contar isso para o meu namorado? Você acha que ele vai entender? *Ele vai pensar que eu sou um homem que virei mulher.*

O cromossomo Y, as gônadas retiradas, a cirurgia de construção da neovagina... incidiam silenciosamente sobre o corpo de Danila. Contudo, o desejo da avó materna que a recebe como “uma filha”, marca o corpo, letra, enquanto litoral entre simbólico e real e funda o campo pronto a acolher o gozo, marcando na carne uma via de satisfação. Se é o significante que simboliza os efeitos da letra, Danila evidencia uma trama simbólica enfraquecida. Num primeiro momento buscava reforçar tal trama sendo “a mais feminina de todas as primas”. Com o decorrer dos atendimentos procura construir uma nova forma de feminilidade, pois a máscara com a qual se representava frente ao Outro já não lhe serve mais. Passa a se dizer uma “mulher esquisita”. Termina com o namorado porque, em suas palavras, ele se tornara alguém que “apenas lhe traz sofrimento”. Muda o visual, começa a trabalhar com artes e sonha em “voltar para casa”.

Na construção de sua feminilidade, o encontro com o Outro, na adolescência, convoca Danila a uma resposta sobre o que é uma mulher na qual comparece um real além do

significante. O nó, a trança, Danila tece de outra maneira, com sua própria vida. Posteriormente, Danila dedica-se ao macramê¹⁶¹, cria pulseiras e cordões com uma técnica que utiliza nós. “O segredo é aprender os nós mais complexos porque aí você consegue fazer peças mais diferentes”. Tira da bolsa várias pulseiras e presenteia a analista com uma delas: “escolhi essa para você. É a mais feminina de todas”!

Mais, ainda: ao aprofundar o caso de Danila, pudemos encontrar ressonâncias de seu discurso no de Adélaide Herculine Barbin, que nos legou seu *Diário*. Ela nasceu em 1838 na França, também com uma genitália não binária. Foi designada como sendo do sexo feminino no entanto, na vida adulta, teve que assumir, por ordem judicial, uma identidade masculina, passando a chamar-se Abel. Herculine introduz suas memórias:

Sofri muito, e sofri só! Só. Abandonado por todos! Não havia lugar para mim nesse mundo que me evitava e considerava maldito. Não havia um só ser humano que compartilhasse dessa imensa dor que se apoderou de mim no final da infância, idade em que tudo é belo porque toda perspectiva é nova e brilhante (BARBIN, 1863, *apud*. FOUCAULT, 1978, p. 13).

Abel, após a “mudança de sexo”, cometeu suicídio e com a descoberta de seu *Diário* (1863/1978), se impôs uma importante reestruturação do paradigma médico em torno do reconhecimento e cuidado dos intersexos. O suicídio de Herculine leva o discurso científico a argumentar que tal sofrimento poderia ter sido evitado se precocemente diagnosticassem o “verdadeiro sexo” do sujeito. Isso apenas fortaleceu o discurso em busca desse “verdadeiro sexo”. A “Idade das Gônadas”, como Alice Dreger (2000) intitulou o período após a morte de Herculine, de 1870 a 1915, foi o período no qual a “verdade” sobre o sexo estava contida na anatomia “natural” dos tecidos gonadais: ovariano ou testicular¹⁶². Um período marcado pela tentativa de evitar o sofrimento causado pela designação de “um sexo errado”.

As memórias de Herculine, originalmente publicadas por Ambroise Tardieu (1872), médico francês e o preeminente cientista médico forense de meados do século XIX, serão lidas através de Foucault (1978). Butler (2018) aponta que Foucault em sua introdução ao diário de

¹⁶¹ “O macramê (do árabe makrama "guardanapo" ou "toalha") é uma técnica de tecelagem manual que consiste no uso de nós originalmente usada para criar franjas e barrados em lençóis, cortinas, toalhas etc. É mais do que provável que tenha surgido com a evolução natural dos nós básicos para um trabalho mais elaborado”. Disponível em: <https://pt.wikipedia.org/wiki/Macram%C3%A9>

¹⁶² Especificamente em relação a esse último ponto, é importante ressaltar que desde os primórdios da “Idade das Gônadas”, segundo Alice Dreger (2000), o “hermafrodita verdadeiro” estava fadado à extinção em termos sociais. Conforme demonstra a autora, a possibilidade da existência social de um “verdadeiro hermafrodita” era considerada, por definição, algo impossível, na medida em que era preciso pertencer a um entre os dois sexos considerados factíveis. Nesse sentido, Dreger interroga a justificativa meramente “científica” como a única razão de se adotar as gônadas enquanto marca de distinção sexual no que se refere ao período considerado em seu estudo. Para ela, esta foi uma tentativa de preservar a “clara” distinção entre “homens” e “mulheres”, independentemente da ambiguidade que pudesse ser identificada na aparência física ou nos comportamentos adotados.

Herculine Barbin engaja-se num discurso inverso ao apresentado na *História da Sexualidade I*, pois trata o “sexo” como efeito e não como origem. Em lugar do “sexo” como causa e significação originais e contínuas dos prazeres corporais, ele propõe a “sexualidade” como um sistema histórico aberto e complexo de discurso e poder, o qual produz a denominação imprópria de “sexo” como parte da estratégia para ocultar e, portanto, perpetuar as relações de poder (BUTLER, 2018, p. 167).

Retomando o arcabouço foucaultiano, Butler (2018) afirma que ser sexuado é estar submetido a um conjunto de regulações sociais e que “a categoria do sexo é, assim, inevitavelmente reguladora, e toda análise que a tome acriticamente como um pressuposto amplia e legitima ainda mais essa estratégia de regulação como regime de poder/conhecimento” (BUTLER, 2018, p. 168. Grifo nosso). De tal maneira que, ao editar e publicar os diários de Herculine, Foucault “está claramente tentando mostrar como um corpo hermafrodita ou intersexo denuncia e refuta implicitamente as estratégias reguladoras da categorização sexual” (BUTLER, 2018, p. 168-69). Butler (2018) insurge-se numa dura crítica a Foucault ao afirmar que sua interpretação está “radicalmente equivocada”, sendo uma “tentação de romancear a sexualidade de Herculine como jogo utópico de prazeres, anterior à imposição e às restrições do ‘sexo’” (BUTLER, 2018, p. 172). É ao retomar à questão alternativa de Foucault: “que práticas e convenções sociais produzem a sexualidade nessa forma?” (BUTLER, 2018, p. 172), que Butler reitera que a questão da diferença sexual ressurgiu sob uma nova luz no mundo sexual de Herculine.

Lacan adverte que “qualquer retorno a Freud que dê ensejo a um ensino digno desse nome só se produzirá pela via mediante a qual a verdade mais oculta manifesta-se nas *revoluções da cultura*” (LACAN, 1957/1998, p. 460. Grifo nosso). Essas “revoluções” estão presentes no campo do feminismo enquanto uma política com seu papel de transformação da cultura. A teoria feminista, com sua abordagem crítica, coloca questões essenciais à modernidade: a do gozo reivindicado, a da estratégia subversiva, a da medida da emancipação das mulheres, a do feminismo como uma ruptura da tradição ocidental (FRAISSE, 2010). Além disso, quanto “às diferenças de raça, de sexualidade, de classe e de idade. Qualquer debate feminista sobre questões pessoais ou políticas fica desvirtuado se não leva em conta essas questões” (LORDE, 1979). Uma psicanálise atravessada pelo feminismo poderia problematizar as condições de gênero da sociedade hoje? (PORCHAT, 2018). Os estudos de gênero e do movimento *queer*, que têm como base de crítica a naturalização do dispositivo binário da diferença sexual encarnando essa diferença de modo a fazer furo, certamente propiciaram a asserção de que o binarismo não dá conta de descrever todas as diferenças.

Pires (2015), inspirada tanto em Foucault quanto em Goffman, cunha o sintagma “carreira corporal” para abarcar práticas de dilatação e (re)construção de vaginas, caracterizando essas práticas como uma forma de suplício atualizado na construção cotidiana do *self* e do gênero das pessoas intersexo. Arán (2009) aponta que

a positividade do corpo feminino na sua diferença, já que essa experiência foi historicamente recalcada ou mesmo expulsa do esquema simbólico dominante, sem pressupor que essa alteridade constitua um outro (oposto ao masculino) e sim a afirmação de uma multiplicidade de singularidades. [...] Nesse sentido modelo, esse gesto de positividade da feminilidade teria longo alcance como crítica da cultura e forma de enunciação de novas subjetividades.

Essa “crítica da cultura” aparece de forma patente em nossa clínica quando recebemos meninas às quais foram lhe feitos “buracos”. A vagina entendida como um buraco penetrável heterossexual e não como um órgão genital feminino, impõe questões às quais não podemos nos furtar. Certa feita, ao acompanhar Lurdes, uma adolescente no seu pós-cirúrgico imediato de construção de uma neovagina, que ela muito desejara para “ter uma vida sexual”, observamos que as trocas de curativo e toda aquela movimentação por parte da equipe médica era percebida pela adolescente como “extremamente invasivas”, o que a levou a um estado de “raiva” que não conseguia exprimir. “Lembra que eu te falei que queria ter meu direito de transar e ser penetrada por quem eu quisesse”?, ela questiona furiosa à analista. “Lembro bem”, respondemos. Diz então que os médicos estão atrapalhando tudo, sempre olhando e medindo. Pontuamos então que “para os médicos é uma técnica cirúrgica e um órgão que eles medem. Caberá a você fazer dela uma vagina com a qual você obterá o prazer ou não. Não há nada pronto para nenhuma mulher, é preciso ainda um tempo de descobertas”. Lurdes sorri e diz que sim, que pode se virar com isso. Conversamos também com a equipe médica que se mostra bastante surpresa quanto à contradição inerente a seu “ato médico”.

Prates (2018), ao analisar a “delicada relação” entre o modo de gozo feminino e a anatomia, destaca que “o gozo responde a coordenadas muito mais complexas do que aquelas elencadas pelo discurso da ciência” (PRATES, 2018, p. 52). Não havendo assim, ao contrário do que se quer acreditar, uma “pedagogia do gozo” (PRATES, 2018, p. 52). Um gozo feminino é “experimentar um gozo que não passe necessariamente pelo falo” (PRATES, 2018, p. 52).

Os casos apresentados ao longo do capítulo enfatizam que o genital nada pode dizer sobre o gênero e que a socialização não pode ser genital. Todavia, na adolescência, momento em que por todos os poros grita algo de inumano, como já dizia Törless no texto de Robert Mussil (ALBERTI, 1996), algo da não-relação sexual se impõe como não complementaridade entre os sexos. A diferença sexual em psicanálise não pode ser reduzida a essa dinâmica

imaginária. O que está em jogo para além do sexo biológico e da construção social do gênero é a sexuação do sujeito. A psicanálise, no cotidiano do hospital, introduz a dimensão do gozo nessa clínica. Gozos aqui como noções próprias de uma clínica insubstituível, pois é aquela que permite cingir o horror de saber sobre a maldição do sexo entre os seres falantes. Nossa práxis nos ensina a extrair a lógica, a ética e a política da sexuação, sem ela jamais poderíamos sustentar a originalidade do discurso do analista na cidade dos discursos (PRATES, 2021).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De tanto compreender um monte de coisas, os analistas em geral imaginam que compreender é um fim em si e que só pode ser um *happy end*. O exemplo da ciência física, no entanto, pode mostrar-lhes que os mais grandiosos sucessos não implicam que se saiba onde se está indo. Muitas vezes, mais vale não compreender para pensar, e é possível percorrer léguas compreendendo sem que disso resulte o menor pensamento¹⁶³.

“Onde melhor terei eu feito compreender que pelo impossível de dizer se mede o real”? (LACAN, 1972/2003, p. 497). A pergunta foi lançada por Lacan (1972) no final de *O aturdito* e ele foi taxativo na resposta: “na prática!”, reiterando que toda sua *Conferência* foi uma demonstração clínica desse jogo do dito ao dizer. O real não é indizível porque dizer pode ser da ordem do real. Contudo, não é em todo discurso que um dizer vem a *ex-sistir*. Buscamos inspiração no texto lacaniano, por isso, toda nossa pesquisa foi atravessada pela clínica psicanalítica no hospital.

Alberti (2000), em seu rigoroso texto “Psicanálise: a última flor da medicina”, abaliza o hospital como “um campo de entrecruzamentos discursivos em que pretendemos verificar o lugar daquele que, em princípio, seria seu maior interessado: o paciente”. Para então formalizar o princípio que tomamos como esteio em nossa prática hospitalar cotidiana: a relação do médico com o hospital é necessária no sentido de ser constituinte. O psicanalista, por sua vez, tendo uma relação contingente com o hospital, deverá estudar a melhor forma de sua intervenção.

Ao nos voltarmos, assim, à prática com sujeitos intersexo e seus familiares em um contexto institucional, interrogamos em que medida os eixos que fundam a posição do psicanalista poderiam converter-se em balizas para o médico. Em que o lugar do psicanalista teria a contribuir também para uma assistência integral à saúde, particularmente nos termos em que a sexuação (LACAN, 1972-73) é articulada e manejada em sua clínica? Foi essa discussão que lastreou nossa experiência no hospital, respaldada pelos marcos clínico-conceituais segundo os quais a dimensão do sexual é abordada pela psicanálise.

Esta tese partiu de uma pergunta: “o que estamos fazendo?” (ARENDDT, 1958/2020, p. 6). Escrita, ela é um relato de experiência no qual nos propomos a transitar por algumas bordas,

¹⁶³ LACAN, J. 1958.

que estabelecem limites ao discurso analítico, principalmente na fronteira com o campo do discurso médico. Em “Lituraterra”, Lacan (1971/2003) propõe nomear essas bordas de “litorais”. Essa proposição, por um lado permite construir interfaces da psicanálise com outros campos e, por outro, se coloca como suporte dentro da própria teoria psicanalítica, ao tocar o tema do “*êxtimo*”, daquilo que é dentro e fora. Em nossa pesquisa, o tema que nos permitiu situar a construção dessas bordas diz respeito à questão do corpo sexuado.

Salientamos como de grande importância a mudança no paradigma que influencia e transforma o manejo clínico dos casos intersexo (TELLES-SILVEIRA, KNOBLOCH & KATER, 2015) no qual discussões cada vez mais sofisticadas acerca das noções de direitos humanos, autonomia para decidir, integridade corporal e pessoal, entre tantas outras, colocam os protocolos médicos em xeque. Nesse contexto, os *Princípios de Yogyakarta* (2006), que tratam da aplicação da legislação internacional de direitos humanos em relação à orientação sexual e identidade de gênero, forjam o princípio 18, item b, “Proteção contra os abusos médicos”, que pode ser aplicado às cirurgias precoces voltadas às crianças intersexo. Contudo, nas práticas assistenciais, ainda parece prevalecer o “Protocolo Money” (1955), ainda que de maneira recalcada.

Tentamos testemunhar de um trabalho clínico, ético e político, no qual os casos clínicos apresentados ao longo da tese aparecem como mostraçã o e verificação do quanto faz diferença a presença do psicanalista na instituição a sustentar uma intervenção discursiva no real dos laços sociais. Uma operação discursiva que comportou a dimensão de transmissão de sustentação da psicanálise, um outro discurso ali onde as decisões são tomadas. Verificou-se ainda que a clínica psicanalítica tem consequências no laço social.

Consideramos fundamental para a mudança na assistência à saúde de pessoas intersexo, uma mudança na posição das pessoas. Fazer surgir uma questão, ali onde não havia questão, apenas respostas e certezas. Uma modificação, na equipe de saúde, frente a uma situação que não se colocava como questão: o problema está no genital atípico ou no discurso? Evidenciou-se a dimensão do real do simbólico, porque a partir do momento que o discurso é um, o sujeito tem que se haver com esse discurso. As pistas encontradas nessa clínica, ao mesmo tempo que nos convocaram a pensar o *socius*, não cessaram de nos mostrar que o sujeito só se afirma no um a um, na afirmação radical de sua singularidade. A questão está evidentemente no sujeito, mas não sem relação com o discurso corrente. Um exemplo de que o “o social é o sujeito do individual” (FREUD, 1921). Não é um problema de cada um. É indissociável a questão que cada um faz sobre o seu próprio sexo e o que discurso vai falar a respeito disso, ainda que o sujeito se coloque numa posição de contestá-lo.

Precocemente atentamos para o fato de que para a transdisciplinaridade funcionar teríamos que fazer a (des)disciplinaridade: levar nenhum profissional a falar de um lugar de saber. Dar a palavra primeiro ao paciente, não porque somos humanistas, mas porque sem isso o sujeito da psicanálise, sem qualidades, não irá emergir (ELIA, 2016). A pretensa ilusão/ideologia/negação inculcada no saber médico - saber tomado como organização de mundo - de que ao se “consertar o órgão tudo se resolve”, apoia-se na mutilação da questão mesma. Frequentemente a cirurgia mata, liquida qualquer possibilidade de elaboração. Por outro lado, o apelo à cirurgia, por parte da família, parece se colocar no lugar onde o saber é traumático. Um saber traumático [*traumatisme*] sobre o sexo que se inscreve nas bases da biologia molecular, transmitido pelo médico – um dito do saber médico que se impõe ao sujeito como um S1 sozinho do discurso do Outro que o traumatiza – mas, que para o sujeito não se liga a nada, a princípio. Um saber que não tem ligação [*Bindung*].

A ideia de saber traumático só nos ocorreu quando da escrita dessa conclusão e estamos advertidos que ela abre diversas questões teóricas que nos entusiasma em pesquisar futuramente. Por ora, aproximamos esse saber traumático ao saber Real forjado por Lacan (1973-74/2018) no *Seminário 21* como “saber indelével e ao mesmo tempo não subjetivado”. Isso que fica “impresso” no sujeito.

Quando, ao nascimento, o médico profere aos pais: “seu filho nasceu com os dois sexos” ou “seu filho é um pseudo-hermafrodita” ou “seu filho tem uma ambiguidade sexual” ou até mesmo “não sabemos dizer o que o bebê é. Você não pode registrá-lo”, tais ditos se ligam ao horror e os pais, muitas vezes, se mantêm no pavor dessa primeira cena. Dessa forma, esse saber traumático é uma versão do que Lacan já apontava quando dizia: “não é o desejo quem preside o saber, [... mas] o horror” (LACAN, 1973-74/2018, p. 153).

Ao chegarem ao ambulatório público para o “processo de designação sexual”, o qual inclui exames específicos, entre eles, biomoleculares, para o “diagnóstico do sexo”, a condição de existência simbólica do filho – masculino ou feminino – se vê suspensa. Aquilo que serve de lastro, a designação sexual, coloca-se no tempo do *a posteriori* [*Nachträglichkeit*], o que não é sem efeitos. Isso sempre permanece silenciado.

É necessário extrair isso se quisermos percebê-lo, e aí é preciso reconhecer justamente o que está em jogo quando o diagnóstico não é o mesmo para o saber médico e o saber do sujeito. No momento em que nos colocamos em presença, nas interconsultas, inserimos uma dimensão de linguagem e laços (SOLER, 2018) que ata histórias e permite ao sujeito e seus familiares construir significados que possam dizer o indizível.

Evidentemente, quando tal diagnóstico do sexo se dá de maneira tardia (geralmente pela ausência de genitália atípica), os pais, que já têm um investimento [*Besetzung*] na criança, lançam mão de significantes que digam sobre o filho em uma tentativa de enlaçar o que os médicos dizem e o que eles sabem. Como no caso de uma mãe que criava sua filha como uma menina até os cinco anos de idade. Observava a intensa agitação da criança, sua predileção por brincar com os meninos e sua força física como algo “estranho, mas natural”. Contudo, quando da cirurgia para retirada de uma suposta “hérnia bilateral”, o que os médicos encontraram, foi uma gônada que então enviaram para biópsia. Nesse interim, solicitaram o exame do cariótipo que, para surpresa de todos, revelaria o sexo genética da criança. Resultado da biópsia: testículos. Do cariótipo: 46, XY.

Na entrega desse resultado, o médico teria dito à mãe: “o XY significa que o sexo da sua filha é masculino, mas tudo bem! Você pode continuar criando sua filha como menina porque ela não tem um pênis”. A mãe, em intenso sofrimento, diz não entender nada: “tem alguma coisa no sangue dela que faz ela não ser uma menina de verdade”! Além disso, entendeu que as gônadas são como uma “bomba relógio” dentro da filha e quer retirá-las imediatamente... Nesta clínica tão específica, o DNA, origem da vida, é um real que continua *ex-sistindo*, a biologia molecular, um simbólico que insiste no discurso médico e, o corpo, um imaginário que, nem sempre, consiste.

Neste contexto, procuramos fazer o sujeito aparecer, sustentar e suportar alguma coisa da posição sexual que situe essa posição como uma questão discursiva. Isso pode mudar não só o real do sexo, mas o real social dessas pessoas, o real, também, da condição do sujeito (ELIA, 2019).

Aventamos o manejo do cuidado em uma lógica que inclua o advento do sujeito na cena de um processo de designação do sexo, advento almejado pelos que não veem a prática no hospital implicando apenas os fatores forjados por manuais e protocolos. Contudo, a presença de pessoas intersexo no hospital, e sua assistência pelas equipes, não garante que se efetivem as consequências do encontro com o não sabido e a inclusão da incerteza como horizonte do cuidado. Podem se constituir práticas em cuidados que sigam deixando de fora as implicações radicais do não sabido e da incerteza para o trabalho clínico com esses pacientes. Não se trata simplesmente de estabelecer uma mudança de objeto, mas de se promover um deslocamento de posição. Não se trataria apenas do mesmo saber médico tomando agora o não sabido e a incerteza por objeto, mas o não sabido e a incerteza implicando uma outra posição frente ao saber, interpelando o próprio estatuto do saber frente a limites não suplantáveis. Além disso, observamos que muitos pais insistiam numa demanda cirúrgica chegando a abandonar o

tratamento por considerá-lo “muito longo” para algo que entendiam como “urgente”. Assim, inserir a decisão pela cirurgia ou não no contexto de um processo de escolha marcado pelo não sabido e por incertezas, no qual é requisitado aos pais falar sobre a história e a criança ser incluída no tratamento desde sempre, não é algo possível para todos.

Durante a escrita dessa tese, observamos o crescimento do movimento social no Brasil, principalmente com a solidificação da Associação Brasileira de Intersexos (ABRAI)¹⁶⁴ e ressaltamos a importância disso para essa clínica, uma vez que além de promover direitos humanos, conscientização sobre as questões de variações biológicas do sexo, defende políticas públicas para pessoas intersexo. Uma forma de intervenção que atua, entre outras frentes, em políticas transversais de inclusão social.

Real, Simbólico e imaginário: três dimensões do ser falante

Para sustentar teoricamente essa pesquisa, foi incontornável passar pela questão do real. Desde Freud (1900/1987), com seu “sonho da injeção de Irma”, no qual viu “impressa em grossos caracteres” a fórmula da trimetilamina, há um real em jogo. Um sonho que desperta. Na boca aberta, a carne que jamais se vê. Sua própria forma é algo que produz angústia. No fundo da garganta de Irma, o enigma. Freud se encontra com algo do feminino que o discurso das histéricas, as quais ouvia, já bordejava enquanto furo.

O questionamento do sexo anatômico enquanto natural e binário, coloca aos psicanalistas a tarefa de dizer o que entendem por real do corpo e real do sexo. Em suas *Conferências Americanas* (1975), Lacan afirma: do real que seja completamente real, isso... A frase fica suspensa pelas reticências, logo antes de definir o real como impossível de penetrar.

O real, aquele de que se trata no que é chamado de meu pensamento, é sempre um pedaço, um caroço. É, com certeza, um caroço em torno do qual o pensamento divaga, mas seu estigma, o do real como tal, consiste em não se ligar a nada. Pelo menos é assim que concebo o real (LACAN, 1975-76/2007, p. 119. Grifo nosso).

Com o conceito de real, Lacan nomeia a função do impossível e permite articular as questões do sexo pela via lógica do real da castração (LACAN, 1971-72).

Mas foi preciso vir à luz a distinção entre o simbólico, o imaginário e o real para que a identificação com a metade homem e a metade mulher, na qual acabo de lembrar que predomina o que é assunto do eu [*moi*], não fosse confundida com a relação entre eles (LACAN, 1972/2003, p. 457).

¹⁶⁴ Disponível em: <https://abrai.org.br/sobre-a-abrai/>

A afirmação de que o real do sexo na natureza é binário, supõe à ciência o saber sobre esse real. Contudo, “como fruto do Discurso Universitário, os mapas anatômicos referem-se mais ao que Lacan chamou de corpo simbólico (o *corps*, ou cadáver) do que ao corpo real” (PRATES, 2020). Prates (2020) levanta a hipótese de que a suposição do dois do sexo é mais uma construção do imaginário, com forte prevalência do olhar que tende a “fechar” – a partir de uma variedade enorme de elementos dispersos – uma *Gestalt* que divide dois sexos, tendo o falo como parâmetro da diferença.

Em, “O corpo entre o toro e a dissimetria”, Alberti (2019) articula a topologia, que estuda as superfícies a partir dos furos, ao corpo, pois “se o corpo é furo – zona erógena –, superfície e projeção de superfície, então estudar o corpo na referência à causa freudiana diz respeito à topologia”. Se o corpo real é o pulsional, o real do corpo implica os furos. Alberti (2019) propõe uma leitura topológica do corpo real e do real do corpo estabelecendo uma diferença entre eles:

O corpo real é dissimétrico no espelho, é o que fica esquecido em todo e qualquer progresso formal para que ele comece.... O corpo real é dissimétrico, a partir do imaginário: no espelho nos enganamos ver o lado direito como direito, o esquerdo como esquerdo, de tal modo que a fantasia o colmata, como ela colmata o $S(A)$, pois colmata o real do corpo que é o furo. O real do corpo é o ponto do cross cap que implica uma outra dissimetria. Ela se articula com o que Lacan viria a observar em “O Aturdido”: “que se diga fica esquecido no que se diz naquilo que se ouve”, porque no que se ouve há o recorte da objetividade “que é verdadeiramente para nós o que unifica o sujeito” (ALBERTI, 2019).

Longe de ser um fenômeno, a questão intersexo interroga as bases da teoria psicanalítica. Fato é que não há consenso na comunidade psicanalítica sobre o papel da anatomia genital. Em um breve levantamento bibliográfico, encontramos a predominante equivalência entre anatomia genital/real do corpo/real do sexo. Pesquisa que será aprofundada posteriormente. É urgente um diálogo profícuo entre psicanálise e a clínica da intersexualidade, para além do “real impossível de suportar” (ANSERMET, 2003, p. 149), atrelado à “ambiguidade genital”, teorização que se aproxima do modelo biomédico dominante, uma vez que, ao considerar uma genitália atípica como da ordem do real impossível de suportar, imputa-se cirurgias de “adequação de gênero” as quais toleramos.

Cabe ressaltar que a medicina já mapeou mais de quarenta condições intersexo que podem apresentar uma ou mais das seguintes características: genitália atípica, incongruência entre genitália interna e externa, virilização da genitália durante a puberdade, variantes numéricas ou estruturais do cromossomo sexual, desenvolvimento incompleto da genitália e variações da determinação gonadal. Se a anatomia sexual não é o destino, no caso dos corpos intersexo é indubitavelmente algo que incide na trajetória de vida singular desses sujeitos, em

suas errâncias, as quais mostram como o corpo é fonte de sofrimento e padece também como efeito do discurso estabelecido.

Dedicamos o segundo capítulo à clínica com crianças, investigando a dimensão da capacidade do dizer do Outro afetar o corpo do *infans*, imprimir suas marcas, evidenciadas na substância corporal. Essa relação do ser com a linguagem, com as demandas lógicas do discurso, inscreve as possibilidades de subjetivação, que nos humaniza. Assim, a questão intersexo é atravessada não apenas pelo diagnóstico, mas também pelo momento de vida, pelas questões sexuais que se colocam diferentes, quer se trate da infância ou da adolescência. Desta forma, no terceiro capítulo nos debruçamos sobre a clínica com adolescentes. A partir do momento em que o sujeito, saído da infância, depara-se com o real do sexo, a puberdade é o próprio encontro, malsucedido traumático, com esse real (ALBERTI, 2009).

O ato sexual em si não faz o homem e nem a mulher, explicitando a disjunção entre a posição sexuada e a escolha de parceiro e, também, das práticas de gozo do corpo. Lacan (1971-72/2011) reconheceu que o real do qual falava era o de “que nada é garantido do que parece ser a finalidade do gozo sexual, a saber, a cópula, sem esses passos muito confusamente percebidos, mas nunca destacados numa estrutura comparável à de uma lógica, que constituem a chamada castração” (LACAN, 1971-72/2011, p. 64). Esse real, sempre em jogo, desnaturaliza o que pode ser concebido como homem e mulher e aponta que “não há relação sexual”, ou seja, não há proporção entre os sexos, assim como eles não se complementam.

A lógica da sexuação proposta por Lacan implica consequências clínicas importantes uma vez que não se detém no que constitui o homem ou a mulher, mas na impossibilidade da relação entre eles, o que Lacan denominou de “silêncio psicanalítico institucionalizado” (LACAN, 1971-72/2012, p. 19).

A teoria da sexuação é consoante com a sua formulação do nó borromeano, que considera o enlaçamento de três registros, uma vez que ambas rompem com a lógica clássica e subvertem a ideia do dois. A psicanálise não desconsidera as singularidades embutidas no processo de sexuação, muito pelo contrário. A cada sujeito, sua singular forma de gozo em seu encontro com o corpo sexuado. Que não se reduz às determinações do sexo anatômico, nem à questão de gênero.

É a partir da relação com o gozo que Lacan pode propor uma construção muito original da diferença sexual: gozo fálico ou não todo em relação ao gozo fálico. Subverte assim a divisão dos sexos concebida como binária e complementar. No campo político, a concepção do não todo, como incompletude, se instaura como uma ferramenta contra o hegemônico o qual configura um poder totalitário (PRATES, 2021). O fato de haver mais de um sexo, não é o

suficiente para contar dois. O não todo não se conta como um. Não há relação sexual porque o 1 não alcança o 2, ou seja, o lado mulher das fórmulas não é o 2 (ALBERTI, 2017). Com isso, Lacan chega a mostraçãõ do real através da topologia borromeana, ampliando a discussãõ que permite operar uma homologia com o espaço do ser falante.

Lacan (1972/2003) aponta que recorrer ao não todo, aos impasses da lógica, “é, ao mostrar a saída das ficções da Mundanidade, produzir uma outra fixãõ [*fixion*] do real, ou seja, do impossível que o fixa pela estrutura da linguagem” (LACAN, 1972/2003, p. 480). É também pelo não-todo que é possível traçar o caminho pelo qual se encontra, em cada discurso, o real com que ele se enrosca, e despachar os mitos de que ele ordinariamente se supre. O que chamamos de lado mulher é o 1 a 1. O que chamamos de singularidade, de aposta.

O intersexo aponta de forma radical para o fato de que o advento do ser-para-o-sexo é sempre uma aposta! Problematizamos a afirmação de que a anatomia sexual é o real do corpo e, através dos casos clínicos, mostramos que não é. A questão da diferença anatômica tem muito mais haver com o discurso da ciência, por um lado, e do imaginário, da importância do olhar, por outro. A diferença anatômica sexual não é o real do corpo!

Bousseynroux (2014) aponta que “para Lacan só havia um despertar ao real da experiência analítica a partir do *Borromean Wake*” (BOUSSEYROUX, 2014, p. 20-21). Lacan explicita: “o nó não é o modelo, é o suporte. Ele não é a realidade, é o Real. O que quer dizer que, se há distinção entre o Real e a realidade, é o nó, não como modelo” (LACAN, 1974-75). O nó enlaça os registros do Real, do Simbólico e do Imaginário e mostra como opera a clínica psicanalítica. Prates (2016) em “Desfazendo nó cego, dissolvendo nó na garganta e dando nó em pingõ d'água!”, relembra que no *Seminário RSI*, que em francês ressoa como heresia, Lacan anuncia que há esperança de darmos um passo juntos, convocando os analistas da época a acompanhá-lo na aventura borromeana, passo esse que é, fundamentalmente, clínico. “O nó não tem a pretensão de representar qualquer universo, já que ele ‘parte da experiência analítica e é nisso que está o seu valor’. O nó: é preciso sustentá-lo com o desejo de analista”! (PRATES, 2016). Seguimos por essa trilha e inscrevemos nossa tese numa dimensão política, como um ato que rompe com um ciclo repetitivo, “sem medo, nem esperança”¹⁶⁵, mas com coragem!

À peremptória afirmação freudiana, “a anatomia é o destino”, propomos um giro discursivo e extraímos como consequência clínica que de sua posição em relação ao gozo, o *fallasser* fará seu destino. Na política da psicanálise, levamos o sujeito até o ponto em que ele decide. O sujeito escolhe seu próprio destino. O sujeito se assenhora de sua escolha, não sem o que se passa no Outro.

¹⁶⁵ CÍCERO & NOGUEIRA, 2015. “Sem medo, nem esperança”. In: *Estratosférica*.

REFERÊNCIAS

- AINSWORTH, C. (2015). Sex Redefined. The idea of two sexes is simplistic. Biologists now think there is a wider spectrum than that. In: *Nature*, 518, 288–291. Recuperado em 24 fevereiro, 2017, de doi:10.1038/518288^a
- AIRES, S. (2019). “Prefácio”. In: KALAF, R. (Org.) *Faces do sexual: fronteiras entre gênero e inconsciente*. São Paulo: Aller. p. 7-12.
- ALBERTI, S. (1999). Atravessando um túnel. In: *O adolescente e a modernidade*. Congresso internacional de psicanálise e suas conexões. Rio de Janeiro: Companhia de Freud. p. 91-105.
- ALBERTI, S. (2000). Psicanálise: A última flor da medicina. In: ALBERTI, S. & ELIA, L. (Orgs). *Clínica e Pesquisa em Psicanálise*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos. p. 37-56.
- ALBERTI, S. (2004). *O adolescente e o Outro*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- ALBERTI, S. (2009a). *Esse sujeito adolescente*. Rio de Janeiro, Rios Ambiciosos, 3^a. Ed.
- ALBERTI, S. (2009b). “Tempo e entropia”. In: *Revista De Psicanálise Stylus*, (18), pp. 61-71. <https://doi.org/10.31683/stylus.vi18.876>
- ALBERTI, S. (2010). Psicanálise e discurso: A clínica do campo social. In: A. M. Campos; J. O. Moreira (Orgs.). *A psicanálise nas instituições públicas: Saúde mental, assistência e defesa social*. Curitiba, CRV. p. 19-25.
- ALBERTI, S. (2017). Dois. In: DAQUINO, M. *A Diferença sexual: gênero e psicanálise*. São Paulo, Agente Publicações. p. 77-94.
- ALBERTI, S. (2019). O corpo entre o toro e a dissimetria. Inédito.
- ALBERTI, S. & ELIA, L. (2008). Psicanálise e Ciência: o encontro dos discursos. *Rev. Mal-Estar Subj. [online]*. 2008; v.8, n.III: p. 779-802. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/malestar/v8n3/10.pdf>
- ALBERTI, S. & FERREIRA DA SILVA, H. (2019). “Sexuality and Questions of Gender in Adolescence: Contributions of Psychoanalysis”. In: *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. V. 35, e35. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/revistaptp/article/view/23667/25430>
- ALBERTI, S. & FERREIRA DA SILVA, H. (2020). “Questões da Disforia de Gênero na Infância: Entre Psicanálise e Medicina”. In: *Revista Subjetividades*. V. 20. Fascículo especial 2 – O contemporâneo à luz da psicanálise. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/rmes/article/view/e8822>
- ALMEIDA, G. & MURTA, D. (2013) “Reflexões sobre a possibilidade da despatologização da transexualidade e a necessidade da assistência integral à saúde de transexuais no Brasil”. In: *Sex., Salud Soc. (Rio J.) [online]* n.14, pp.380-407. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1984-64872013000200017>

AMBRA, P. (2016). A psicanálise é cisnormativa? Palavra política, ética da fala e a questão do patológico. *Periódicus, Revista de estudos indisciplinados em gêneros e sexualidades*. Salvador, n. 5, v. 1, 101-120.

AMBRA, P. (2019). “Por uma outra sexuação: coletividade, júbilo e autorização”. In: KALAF, R. (Org.) *Faces do sexual: fronteiras entre gênero e inconsciente*. São Paulo: Aller. p. 79-128.

AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION (APA). *Answers to your questions about individuals with intersex conditions*. Disponível em: <https://www.apa.org/topics/lgbt/intersex.pdf>

ANSERMET, (2003). “A ambiguidade sexual”. In: *Clínica da origem: a criança entre a medicina e a psicanálise*. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria.

ARÁN, M. (2012). Do diagnóstico de transtorno de identidade de gênero às redescrições da experiência da transexualidade: os desafios do atendimento psicológico na rede pública de saúde. In: SILVA, E. A. da (Org.) *Transexualidade: princípios de atenção integral à saúde*. São Paulo: Santos, 2012. Capítulo V.

ARÁN, M. (2009). “A psicanálise e o dispositivo diferença sexual”. In: *Revista Estudos Feministas*, 17(3), 653-673. <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2009000300002>

ARÁN, M. (2006). A transexualidade e a gramática normativa do sistema sexo-gênero. In: *Ágora*. Rio de Janeiro, v. IX n. 1 jan/jun, p. 49-63.

ASKOFARÉ, S. (2009). O jogo da exclusão. In: *A Peste*. São Paulo, v. 1, n. 2, jul./dez. 2009, p. 401-407.

AYOUCH, T. (2014a). “A diferença entre os sexos na teorização psicanalítica: aporias e desconstruções”. In: *Revista Brasileira de Psicanálise*, 48(4), 58-70. Recuperado em 30 de dezembro de 2020, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0486-641X2014000400006&lng=pt&tlng=pt.

AYOUCH, T. (2014b). “Questionando a teoria psicanalítica das perversões”. Recuperado em 30 de janeiro de 2020, de: https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-01003872/file/Questionando_a_teor%C3%82%80a_psicanal%C3%82%80ica_das_pervers%C3%82%80es.pdf

BARBIN, H. *O diário de um hermafrodita*. In: Herculine Barbin: o diário de um hermafrodita. FOUCAULT, M. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves Editora, 1982.

BATTISTA, J. (2019). “La violencia del género: libertad de elección y elección forzada”. In: *Sexuação e Identidades*. QUINET, A. & ALBERTI, S. (Orgs.). Rio de Janeiro: Atos e Divãs.

BENTO, B. (2006). *A reinvenção do corpo: sexualidade e gênero na experiência transexual*. Rio de Janeiro, Editora Garamond.

BENTO, B. (2018). Carta ao leitor. In: *Intersexo. Aspectos: Jurídicos, Internacionais, Trabalhistas, Registrados, Médicos, Psicológicos, Sociais, Culturais*. São Paulo: Thomson Reuters Brasil Conteúdo e Tecnologia Ltda. pp. 6-15.

BOURCIER, M.H./S. (2002/2014). Prefácio. In: Preciado, P. *Manifesto Contrassexual: práticas subversivas de identidade sexual*. Tradução de Maria Paula Gurgel Ribeiro. São Paulo: N1 edições. pp. 5-13.

BOUSSEYROUX, M. (2016). *Lacan El Borromeo, Ahondar en El Nudo*. Zeta.

BUTLER, J (1990/2018). *Problemas de gênero. Feminismo e subversão da identidade*. 16ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.

BUTLER, J. (2004). “Regulações de gênero”. In: *Cadernos Pagu*, n.42 Campinas, 2014. Traduzido de: Gender Regulations. In: *Undoing Gender*. New York, London: Routledge, pp.40-56. Copyright (c) 2004 from *Undoing Gender* by Judith Butler/Routledge.

CABRAL, M. (2006). “*En estado de excepción: intersexualidad e intervenciones sociomédicas*”. In: Cáceres, C. F. et al. *Sexualidad, estigma y derechos humanos: desafíos para el acceso a la salud en América Latina*. Lima: Faspa; UPCH, 2006. p. 220-222.

CABRAL, M. (2008). *No Saber - acerca de XXY*. In: CLAM/IMS/UERJ. Disponível em: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:BvdxkXKYS2wJ:www.clam.org.br/destaque/conteudo.asp%3Finfoid%3D3956%26sid%3D28+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>

CANGUÇÚ-CAMPINHO, A. (2012). *A construção dialógica da identidade em pessoas intersexuais: o X e o Y da questão*. Tese [Doutorado em Saúde Pública] - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia.

CANGUILHEM, G. (1955/2005). “O problema das regulações no organismo e na sociedade”. In: *Escritos sobre a Medicina*. Rio de Janeiro: Forense Universitária. pp. 52-74.

CANGUILHEM, G. (1962/2012). “A monstruosidade e o monstruoso”. In: *O conhecimento da vida*. Rio de Janeiro: Forense Universitária. pp. 120-174.

CANGUILHEM, G. (1966/1982). *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Editora Forense-universitária, 1982.

CANGUILHEM, G. (1977). *Ideologia e racionalidade nas ciências da vida*. Portugal: Edições, 70. Tradução de Emília Piedade.

CARPENTER, M. (2019). “Joint statement on the International Classification of Diseases 11”. In: *Intersex Human Rights Australia* (IHRA). Disponível em: https://ihra.org.au/35299/joint-statement-icd-11/?fbclid=IwAR0UUVG6wwLv5Gi9Ksku312G2F_eparjAKOWgzycVLdY2nzxfH4e8Gz8e920

CASTEL, P. (2001). “Algumas reflexões para estabelecer a cronologia do "fenômeno transexual" (1910-1995)”. In: *Revista Brasileira de História*. vol.21 no. 41. São Paulo. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-01882001000200005

CHASE, C. (2002). “Affronting Reason”. In: *GenderQueer: voices from beyond the sexual binary*. Los Angeles : Alyson Books.

CHASE, C. (2013). *Hermafroditas con actitud: cartografiando la emergencia del activismo político intersexual*. In: *Elsevier*. Vol. 47. Núm. C. pp. 48-75 Disponível em: <https://www.elsevier.es/es-revista-debate-feminista-378-articulo-hermafroditas-con-actitud-cartografiando-emergencia-S0188947816300676>

CHEMAMA, R. (2002). *Elementos lacanianos para uma psicanálise no cotidiano*. Porto Alegre: CMC Editora, 2002.

CLAVREUL, J. (1983). *A ordem médica: poder e impotência do discurso médico*. São Paulo: Brasiliense.

COLAPINTO, J. (2001). *Sexo trocado: a história real do menino criado como menina*. Tradução de Beatriz Horta. Rio de Janeiro: Ediouro.

COSSI, R. (2018). *Lacan e o feminismo: a diferença dos sexos*. São Paulo: Annablume Psicanalítica.

COSTA, A. (2003). *Tatuagem e marcas corporais: atualizações do sagrado*. São Paulo: Casa do psicólogo.

COSTA, A. (2009). “Litorais da psicanálise”. In: *Psicologia & Sociedade*. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-71822009000400005>

COSTA, A. (2010). “O corpo e seus afetamentos”. In: *A peste*. Vol. 2, n. 2, p. 313-321. São Paulo. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/apeste/article/download/16631/12483>

COSTA-MOURA, F. & COSTA-MOURA, R. (2011) “Objeto *a*: ética e estrutura”. In: *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*. Vol. 14, n° 2. Rio de Janeiro. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1516-14982011000200005>

COTTET, S. (2011). *Ensaio de clínica psicanalítica*. Rio de Janeiro: Contra Capa.

COUTINHO JORGE, M. (2013). “O real e o sexual: do inominável ao pré-conceito”. In: *As homossexualidades na Psicanálise: na história de sua despatologização*. São Paulo: Segmento Forma.

DA SILVA, M. (2018). “Repensando os cuidados de saúde para a pessoa intersexo”. In: *Intersexo. Aspectos: Jurídicos, Internacionais, Trabalhistas, Registrados, Médicos, Psicológicos, Sociais, Culturais*. DIAS, Berenice (Org.). São Paulo: Thomson Reuters Brasil.

DAMIANI, D.; GUERRA-Jr, G. (2007). “As Novas Definições e Classificações dos Estados Intersexuais: o Que o Consenso de Chicago Contribuiu para o Estado da Arte”? In: *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302007000600018&lng=pt&tlng=pt

DIAMOND, M. (1999). *Pediatric management of ambiguous and traumatized genitalia*. In: *Contemporary Sexuality*. 38(9). Disponível em: <http://www.hawaii.edu/PCSS/biblio/articles/2000to2004/2004-pediatric-management.html>

- DÍAZ, D. (2017). “*Nociones de prestigio y producción del cuerpo temeroso: Reflexiones en torno a la normalización de cuerpos intersexuales*”, 2017. In: Sexualidad, Salud y Sociedad, n.27. Rio de Janeiro. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-64872017000300025
- DOMINGUEZ, M. (2020). “Tratamentos do corpo na nossa época e na psicanálise”. Disponível em: <http://www.champlacanien.net/public/docu/4/rdv2020-prelude3.pdf>
- DREGER, A. (1998). “Ambiguous Sex – or Ambivalent Medicine? Ethical issues in the treatment or intersexuality”. In: *The Hastings Center Report*. VI. 28, N. 3, pp. 24-35.
- DREGER, A. (2000). *Hermaphrodites and the medical invention of sex*. London: Harvard University Press.
- DREGER, A. (2006). “Intersex and Human Rights: the long view”. In: *Ethics and Intersex*, ed. by Sharon Sytsma [Springer], pp.73-86.
- EIDELSZTEIN, A. (2021). A “responsabilidade subjetiva” em psicanálise. In: *Fractal: Revista de Psicologia*, v. 33, n. 1, p. 41-46. Disponível em: <https://periodicos.uff.br/fractal/article/view/36050/28673>
- ELDERS, M, SATCHER, D, CARMONA, R. (2017). *Re-Thinking Genital Surgeries on Intersex Infants*. Disponível em: <https://www.palmcenter.org/wp-content/uploads/2017/06/Re-Thinking-Genital-Surgeries-1.pdf>
- ELIA, L. (1992). *Para além da sexualidade: a psicose na psicanálise*. Tese de doutorado, PUC Rio.
- ELIA, L. (1995). *Corpo e sexualidade em Freud e Lacan*. Rio de Janeiro: Uapê.
- ELIA, L. (2000). “Psicanálise: clínica e pesquisa” In: Alberti, S & Elia, L. (Orgs.) *Clínica e Pesquisa em Psicanálise*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos.
- ELIA, L. (2004). *O conceito de Sujeito*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- ELIA, L. (2005). *O sujeito, o real e o social*. Comunicação apresentada no II SEAD. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/analisedodiscurso/anaisdosead/2SEAD/MESAS-REDONDAS/LucianoElia.pdf>
- ELIA, L. (2004). “*Je panse donc j’essuie: o que retorna do exílio*”? In: *Retorno do exílio: o corpo entre a psicanálise e a ciência*. Alberti, S; Carneiro Ribeiro, MAC (Orgs.). Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria.
- ELIA, L. (2016). A lógica da diferença irreduzível: a formação do psicanalista não é tarefa da universidade. In: *Estudos & Pesquisas em Psicologia*. V. 16, n. 4. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revispsi/article/view/33441/23701>
- ELIA, L. (2016). Fantasia e semblante. Trabalho apresentado na XIX Jornada Intersedes Laço Analítico Escola de Psicanálise. Inédito.

ELIADE, M. (1999). *Mefistófeles e o Andrógino. Comportamentos religiosos e valores espirituais não-europeus*. São Paulo: Martins Fontes.

EYER JESUS, L. (2018). Feminizing genitoplasties: Where are we now? In: *Journal of Pediatric Urology*. Vol. 14, pp. 407-415. Disponível em: [https://www.jpurool.com/article/S1477-5131\(18\)30171-2/fulltext](https://www.jpurool.com/article/S1477-5131(18)30171-2/fulltext)

FAUSTO-STERLING, A. (1993). *Os cinco sexos: porque macho e fêmea não são o bastante*. Disponível em: https://www.academia.edu/38458731/_tradu%C3%A7%C3%A3o_Os_Cinco_Sexos_Anne_Fausto_Sterling

FAUSTO-STERLING, A. (2000). *Sexing the body: gender politics and the construction of sexuality*. Basic Books, New York.

FERREIRA DA SILVA, H. (2019). “X, XX, XY, XXY: o que os intersexuais nos ensinam sobre a sexuação”. In: *Sexuação e Identidades*. QUINET, A. & ALBERTI, S. (Orgs.). Rio de Janeiro: Atos e Divãs.

FIGUEIREDO, A. & VIEIRA, A. (2002). “Psicanálise e ciência: uma questão de método”. In: Waldir Beividas. (Org.). *Psicanálise, pesquisa e universidade*. Rio de Janeiro: Contra Capa, pp. 13-33.

FOUCAULT, M. (1963/2018). *O nascimento da clínica*. 7ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária.

FOUCAULT, M. (1974/2017). “O nascimento da medicina social”. In: *Microfísica do poder*. 6ª ed. Rio de Janeiro/São Paulo: Paz e Terra, pp. 143-170.

FOUCAULT, M. (1974/2017). “O nascimento do hospital”. In: *Microfísica do poder*. 6ª ed. Rio de Janeiro/São Paulo: Paz e Terra, pp. 171-189.

FOUCAULT, M. (1974-75/2010). *Os anormais: curso no Collège de France (1974-1975)*. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes Ltda.

FOUCAULT, M. (1978). Prefácio. In: *Herculine Barbin: o diário de um hermafrodita*. Livraria Francisco Alves Editora: Rio de Janeiro.

FOULKES, E. (1997). “La cirugía del símbolo”. In: *Cuadernos hispano-americanos*. ISSN 0011-250X, Nº 569, pp. 35-44.

FRAISSE, G. (2010). *À côté du genre: sexe et philosophie de l'égalité*. Lormont: Le bord de l'eau.

FREUD, S. (1905/2016). “Três ensaios sobre a teoria da sexualidade”. In: *Obras completas, volume 6: três ensaios sobre a teoria da sexualidade, análise fragmentária de uma histeria (“O caso Dora”)* e outros textos (1901-1905). São Paulo, Companhia das Letras, pp. 13-172.

FREUD, S. (1909 [1908]/) “O romance familiar dos neuróticos”. In: *Obras Completas, volume 8: O delírios e os sonhos na Gradiva, Análise da fobia de um garoto de cinco anos e outros textos (1906-1909)*. São Paulo, Companhia das Letras, pp. 419-424.

FREUD, S. (1940[1922]/2011) “A cabeça de Medusa”. In: *Obras completas*, volume 15: Psicologia das massas e análise do eu e outros textos (1920-1923). São Paulo, Companhia das Letras, pp. 326-329.

FREUD, S. (1923/2011a) “A organização genital infantil, um acréscimo à teoria da sexualidade”. In: *Obras completas*, volume 16: O eu e o id, “autobiografia” e outros textos (1923-1925). São Paulo, Companhia das Letras, pp. 168-175.

FREUD, S. (1923/2011b) “O Eu e o Isso”. In: *Obras completas*, volume 16: O eu e o id, “autobiografia” e outros textos (1923-1925). São Paulo, Companhia das Letras. pp. 13-74.

FREUD, S. (1924/2011) “A Dissolução do Complexo de Édipo”. In: *Obras completas*, volume 16: O eu e o id, “autobiografia” e outros textos (1923-1925). São Paulo, Companhia das Letras, pp. 203-213.

FREUD, S. (1925/2011) “Algumas consequências psíquicas da diferença anatômica entre os sexos”. In: *Obras completas*, volume 16: O eu e o id, “autobiografia” e outros textos (1923-1925). São Paulo, Companhia das Letras, pp. 13-354.

FREUD, S. (1930/2010) “O mal-estar na civilização”. In: *Obras completas*, volume 18: O mal-estar na civilização, novas conferências introdutórias à psicanálise e outros textos (1930-1936). São Paulo, Companhia das Letras, pp. 252-266.

FREUD, S. (1933/2010) “Novas conferências introdutórias à psicanálise. 33. A feminilidade”. In: *Obras completas*, volume 18: O mal-estar na civilização, novas conferências introdutórias à psicanálise e outros textos (1930-1936). São Paulo, Companhia das Letras, pp. 263-293.

FREUD, S. (1937/2018) “Análise terminável e interminável”. In: *Obras Completas*, volume 19: Moisés e o monoteísmo, Compêndio de psicanálise e outros textos (1937-1939). São Paulo, Companhia das Letras, pp. 274-326.

FREUD, S. (1938/2018) “Conclusões, ideias, problemas”. In: *Obras Completas*, volume 19: Moisés e o monoteísmo, Compêndio de psicanálise e outros textos (1937-1939). São Paulo, Companhia das Letras, pp. 363-365.

FREUD, S. (1940[1938]/2018) “Compêndio de Psicanálise”. In: *Obras Completas*, volume 19: Moisés e o monoteísmo, Compêndio de psicanálise e outros textos (1937-1939). São Paulo, Companhia das Letras, pp. 189-273.

GARCIA MÁRQUEZ, G. (1967/2020). *Cem anos de solidão*. Trad. Eric Nepomuceno. Rio de Janeiro: Record.

GAUDENZI, P. (2018). “Intersexualidade: entre saberes e intervenções”. In: *Cadernos de Saúde Pública*. vol.34 no.1 Rio de Janeiro. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00000217>

GHEROVICI, P. (2018). “A psicanálise está preparada para a mudança de sexo?”. In: *Trivium. Estudos interdisciplinares*. vol.10 no.2 Rio de Janeiro jul./dez.

GHEROVICI, P. (2019). “Quando o transgênero é psicótico? Lacan e a ética da diferença sexual”. In: *Faces do sexual: fronteiras entre gênero e inconsciente*. Kalaf, R (Org.). São Paulo: Aller, pp. 79-128.

GORISH, P; VICTÓRIO, P. (2018). “A patologização do intersexo pela OMS no CID-11: Violações dos *IRights*”? In: *Unisanta Law And Social Science*; VI. 7, Nº 3, pp. 275-293. Disponível em: <https://periodicos.unisanta.br/index.php/lss/article/view/1714>

GOFFMAN, E. (1891/2004) *Estigma – notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Edição digitalizada. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/308878/mod_resource/content/1/Goffman%20%20Estigma.pdf

GUIMARÃES ROSA, J. (1956/2019). *Grande sertão: veredas - “O diabo na rua, no meio do redemoinho...”*. 22º ed. São Paulo: Companhia das Letras.

HOUBRE, G. (2009). “Um sexo impensável: A identificação dos hermafroditas na França do século XIX”. In: *Espaço Plural*, ano X (21), pp.20-33. Disponível em: <http://e-revista.unioeste.br/index.php/espacoplural/article/view/3550>

HOUK, C, & LEE, P. (2012). “Update on disorders of sex development”. In: *Current Opinion in Endocrinology & Diabetes and Obesity*. Vol. 19 - Issue 1 - p 28-32. Disponível em: https://journals.lww.com/co-endocrinology/Abstract/2012/02000/Update_on_disorders_of_sex_development.8.aspx

IMPERATO-MC-GINLEY, J, GUERRERO, L., GAUTIER, T. & PETERSON, R. (1974). *Steroid 5 alpha-reductase deficiency in man: na inherited form os male pseudohermafroditism*. In: *Science*. Vol. 186, Issue 4170, pp. 1213-1215 Disponível em: <https://science.sciencemag.org/content/186/4170/1213>

IRIBARRY, N. (2003). “Aproximações sobre a transdisciplinaridade: algumas linhas históricas, fundamentos e princípios aplicados ao trabalho de equipe” [online]. In: *Psicologia Reflexões Críticas*. v. 16, n. 3, p. 483–490. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sciarttex&pid=S010279722003000300007&Ing=pt&nrm=isso>

JULIEN, P. (1996). *O estranho gozo do próximo. Ética e psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

KESSLER, S. (2002) “Questioning Assumptions about Gender Assignment in Cases of Intersexuality”. In: *Dialogues in Pediatric Urology*, 25.

KESSLER, S. (1990). *The Medical Construction of Gender: Case Management of Intersexed Infants*. In: The University of Chicago Press. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/3174605?>

KHUN, T. (1962/2003). *A estrutura das revoluções científicas*. São Paulo: Editora Perspectiva. 8ª ed.

KESSLER, S. (1998). *Lessons from the Intersexed*. Rutgers University Press.

LACAN, J. (1946/1998) Formulações sobre a causalidade psíquica. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

LACAN, J. (1953/1998) Função e campo da fala e linguagem em psicanálise. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

LACAN, J. (1957/1998) A instância da letra no inconsciente ou a razão desde Freud. In: *Escritos*. pp. 496-533. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

LACAN, J. (1958/1998) A significação do falo. In: *Escritos*. pp. 692-703. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

LACAN, J. (1960/1998) Observação sobre o relatório de Daniel Lagache: “psicanálise e estrutura da personalidade”. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

LACAN, J. (1961-62) *O Seminário, livro 9: a identificação*. Inédito.

LACAN, J. (1962-63/2005) *O Seminário, livro 10: a angústia*. Rio de Janeiro: Zahar.

LACAN, J. (1964/1979). *O Seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar.

LACAN, J. (1966/2001) “O lugar da psicanálise na medicina”. In: *Opção Lacaniana – Revista Brasileira Internacional de Psicanálise*, São Paulo, n. 32.

LACAN, J. (1966/1998). “A ciência e a verdade”. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, pp. 869-893.

LACAN, J. (1966/2003). “Pequeno discurso no ORTF”. In: *Outros Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor Ltda.

LACAN, J. (1966/2003). “Problemas cruciais para a psicanálise”. In: *Outros Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor Ltda, pp. 206-209.

LACAN, J. (1967/2006) “Então, vocês terão escutado Lacan”. In: *Meu ensino*. Rio de Janeiro: Zahar.

LACAN, J. (1967/2006) “Lugar, origem e fim do meu ensino”. In: *Meu ensino*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar.

LACAN, J. (1969/2003) “Nota sobre a criança”. In: *Outros Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor Ltda.

LACAN, J. (1969-70/1992) *O Seminário, livro 17: o avesso da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

LACAN, J. (1970/2003) Radiofonia. In: *Outros Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor Ltda.

LACAN, J. (1971/2009) *O Seminário, livro 18: de um discurso que não fosse semblante*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

LACAN, J. (1971-72/2003) “... Ou pior. Relatório do Seminário de 1971-72”. In: *Outros Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor Ltda.

LACAN, J. (1971-72/2011) *Estou falando com as paredes: conversas na capela de Sainte-Anne*. Rio de Janeiro: Zahar.

LACAN, J. (1971-72/2012) *O Seminário, livro 19: ... ou pior*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

LACAN, J. (1972-73/2010) *Encore*. Rio de Janeiro: Escola Letra Freudiana.

LACAN, J. (1972/2003) “O aturdido”. In: *Outros Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor Ltda.

LACAN, J. (1973/2003). “Posfácio ao *Seminário II*”. In: *Outros Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor Ltda.

LACAN, J. (1974) “A Terceira”. Inédito. Disponível em:
<https://drive.google.com/file/d/1GtS2m-SHuKNJfVgsMnSuev-MzL5BBeqH/view>

LACAN, J. (1973-74/2018) *O Seminário, livro 21: os não-tolos erram/ Os nomes do pai [Les non-dupes errent]*. Trad. Org. DENEZ, F. & VOLACO, G. Porto Alegre: Editora Fi.

LACAN, J. (1974) “Prefácio a *O despertar da primavera*”. In: *Outros Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor Ltda.

LACAN, J. (1975). *Conferencia em Ginebra sobre el sintoma*. Disponível em:
<https://lacanerafreudiana.com.ar/2.5.1.25%20%20%20CONFERENCIA%20EN%20GINEBRA%20SOBRE%20EL%20SINTOMA,%201975.pdf>

LACAN, J. (1975-76/2007) *O Seminário, livro 23: o sintoma*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.

LACAN, J. (1978). *Vincennes: pour*. Disponível em: <http://espace.freud.pagesperso-orange.fr/topos/psych/psysem/vincenne.htm>

LAQUEUR, T. (1992/2001). *Inventando o sexo: corpo e gênero dos gregos a Freud*. Rio de Janeiro: Relume Dumará.

LANCETTI, A. (2008). *Clínica Peripatética*. São Paulo: Hucitec.

LAUFER, L. (2010). *À propôs d’Herculine Barbin: ‘levrai sex’*. In: Silène. Disponível em: http://www.revue-silene.com/f/index.php?sp=comm&comm_id=26

LAUFER, L. (2012). *Psicanálise fora dos quadradinhos: um exercício político*. Disponível em: http://revistapercurso.uol.com.br/index.php?apg=artigo_view&ida=978&id_tema=49

LAUFER, L. (2015). *Le genre: sexe, sexualité, politique et psychanalyse*. Disponível em: <https://www.franceinter.fr/embed/player/aod/028b0375-1e37-11e5-bab6-005056a87c30>

LAUFER, L. (2014). *Normes sociales, normes sexuelles: La psychanalyse et les normes*. In: *Contemporary French Civilization*, 39, (3), 3, pp. 69–380. Disponível em: <https://www.liverpooluniversitypress.co.uk/journals/article/45865>

LEE, P., HOUK, C., AHMED, S. & HUGHES, J. (2006). *Consensus Statement on Management of Intersex Disorder. International Consensus Conference on Intersex*. Lawson Wilkins Pediatric Endocrine Society and the European Society for Paediatric Endocrinology (Org.). Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16882788/>

LEE, P. *et. al.* (2016). “Global Disorders of Sex Development up date since 2006: Perceptions, Approach and Care”. In: *Horm Res Paediatric*. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26820577/>

LEITE JR, J. (2008). “*Nossos corpos também mudam*”: sexo, gênero e invenção das categorias “travesti” e “transexual” no discurso científico. Tese de doutorado. PUC São Paulo.

LEVET, B. (2014). *La théorie du genre ou le mode revê des anges: l'indentité sexuée como malédiction*. Paris: Bernard Grasset.

LIMA, S.; MACHADO, P. & PEREIRA, P. (2017) “(Des)encontros no hospital: itinerário terapêutico de uma experiência intersexo”. In: *Cadernos Pagu*, no.49. Campinas. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/18094449201700490016>

LORDE, A. (1979) “Las herramientas del amo nunca desmontarán la casa del amo”. Disponível em: <https://sentipensaresfem.wordpress.com/2016/12/03/haal/>

LÖWY, I. (2003). “Intersexo e transexualidades: as tecnologias da medicina e a separação do sexo biológico do sexo social”. In: *Publicações UERJ*. Disponível em: <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:CWgu43xI8skJ:https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/emconstrucao/article/download/41176/29786+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>

MACHADO, P. (2005). “Quimeras” da ciência: a perspectiva de profissionais de saúde em casos de intersexo. In: *Revista Brasileira de Ciências Sociais*. Vol. 20, no. 59. pp. 67-80.

MACHADO, P. (2008). *O sexo dos anjos: representações e práticas em torno do gerenciamento sóciomédico e cotidiano da intersexualidade*. 266 fls Tese (Doutorado em Antropologia Social) - Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

MACHADO, P. (2009). “No fio da navalha: reflexões em torno da interface entre intersexualidade, (bio)ética e direitos humanos”. In: Grossi, M. P.; Heilborn, M. L. Machado, L. Z. (Org). *Antropologia e direitos humanos 4*. ABA, Nova Letra: Gráfica &Ed. Florianópolis, pp.15-56.

MAFFIA, D. & CABRAL, M. (2003). “Los Sexos, son o se hacen”? In: D. Maffia (Ed.), *Sexualidades Migrantes, Género y Transgénero*, pp. 86-97. Buenos Aires: Feminaria. Disponível em: <https://www.yumpu.com/es/document/view/50639352/los-sexos-son-o-se-hacen>

MARQUES, L. (2013). “Sexualidade e ética psicanalítica”. In: *As homossexualidades na Psicanálise: na história de sua despatologização*. São Paulo: Segmento Forma.

MARTIN, E. (1996). “O óvulo e o esperma: como a ciência construiu um romance baseado em papéis estereotípicos macho – fêmea”. Disponível em:

<http://www.necso.ufrj.br/Trads/O%20ovo%20e%20o%20esperma.htm>. Publicação original Martin, Emily. “The Egg and the Sperm: How Science has Constructed a Romance based on Stereotypical Male-Female Roles”. In: KELLER, Evelyn F., e LONGINO, Helen E. (eds.). *Feminism and Science*. New York: Oxford University Press, p. 103-20.

MILLER, J-A. (1999). *Elementos de biologia lacaniana*. Belo Horizonte: Escola Brasileira de Psicanálise.

MILNER, J-C. (1996). *A obra clara: Lacan, a ciência e a filosofia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

MOREL, G. (1996). “Anatomia analítica”. In: *Opção Lacaniana*, 15, abr.

MOREL, G. (2008). *La loi de la mère: essai sur le sinthome sexuel*. Paris: Anthropos .

MORLAND, I. Intersex. In: *TSQ: Transgender Studies Quarterly*, v. 1, n. 1-2, mai. 2014, Estados Unidos da América: Duke University Press, p. 111-115. Disponível em: <https://read.dukeupress.edu/tsq/article/1/1-2/111/91701/Intersex>

MOURA, D. (2014). “Prefácio”. In: *Que lugar? O psicanalista no hospital*. CARDOSO, ARS; SILVEIRA, DB (Orgs.). Rio de Janeiro: Parthenon Centro de Arte e Cultura.

MUÑOZ, D. (2004). “Bioética: a mudança da postura ética”. In: *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*. vol.70 no.5 São Paulo Sept./Oct. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-72992004000500001

OLIVEIRA, A. (2017). “As cirurgias de normalização do sexo: ferramenta de violação aos direitos humanos das pessoas intersexuais”. Disponível em: <http://www.publicadireito.com.br/artigos/?cod=d91f7910cd392426>

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (2018). *Livre e iguais. Nações Unidas*. Disponível em: <https://www.unfe.org/pt-pt/>

PERELSON, S. (2018). “Do “limbo feliz” de Herculine ao “tecnogênero” de Preciado: um novo cenário para a abordagem psicanalítica da sexuação”. In: *Ágora*, vol.21 no.3 Rio de Janeiro. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-14982018000300289

PINO, N. (2007). “A teoria *queer* e os *intersex*: experiências invisíveis de corpos *des-feitos*”. In: *Cadernos Pagu*, (28), janeiro-junho, pp.149-174. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-83332007000100008&lng=pt&tlng=pt

PIJRENBURG, M. (2002). “Humane healthcare as a theme for social ethics”. In: *Medicine, Health Care and Philosophy*. Vl. 5, pp. 245–252. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1023/A:1021192617322>

PIRES, B. (2015). *Distinções do desenvolvimento sexual: percursos científicos e atravessamentos políticos em casos de intersexualidade*. Dissertação de mestrado. Museu Nacional. Rio de Janeiro.

PIRES, B. (2018). “As inscrições da “diferença”: corpo, subjetividade e experiência intersexual em espaços hospitalares”. In: *Cadernos Pagu*, no.54 Campinas, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-83332018000300500&lng=pt&tlng=pt

POLI, M. (2004). *Feminino/Masculino*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

POLLO, V. (1996). “Existe uma adolescência feminina”? In: *Adolescência: o despertar*. Kalimeros - Escola Brasileira de Psicanálise. CALDAS, H & POLLO, V. (Orgs.). Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria.

POLLO, V. (2012). *O medo que temos do corpo*. Rio de Janeiro: Editora 7 Letras.

POLLO, V & FERREIRA DA SILVA, H. (2015). “Quem sabe ainda sou uma garotinha?! Notas sobre a adolescência das meninas, seus sintomas e a relação mãe/filha”. In: *Revista Affectio Societatis*, Vol. 12, Nº 23. Departamento de Psicoanálisis, Universidad de Antioquia Medellín, Colombia. Disponível em: https://redib.org/Record/oai_articulo728347-%E2%80%9Cquem-sabe-eu-ainda-sou-uma-garotinha%E2%80%9D-notas-sobre-a-adolesc%C3%Aancia-das-meninas-seus-sintomas-e-a-rela%C3%A7%C3%A3o-m%C3%A3e-filha

POPPER, K. (1975). *Conhecimento objetivo: uma abordagem evolucionária*. São Paulo: Ed. da Universidade de São Paulo.

PORCHAT, P. (2014). *Psicanálise e Transexualismo. Desconstruindo gêneros e patologias com Judith Butler*. Curitiba: Juruá.

PORCHAT, P. (2018). “Barulhos de gênero”. In: *Psicanálise e Gênero: Narrativas feministas e Queer no Brasil e na Argentina*. Orgs. Carla Françaia, Patrícia Porchat, Patrícia Corsetto. 1ª Ed. Curitiba: Calligraphie.

PRATES, A. (2016). “A variação inédita e tola (*dupe*) do desejo invariante”. In: *Heteridade II. Os paradoxos do desejo*. Internacional dos Foros Escola de Psicanálise dos Fóruns do Campo Lacaniano. Disponível em: <https://www.champlacanien.net/public/docu/4/heterite11.pdf>

PRATES, A. (2017). *Feminilidade e experiência psicanalítica*. (2ª. ed.). São Paulo: Agente Publicações.

PRATES, A. (2018a). Desfazendo nó cego, dissolvendo nó na garganta e dando nó em pingo d'água!. In: *Stylus* (Rio J.) [online]. n.32, pp. 27-35.

PRATES, A. (2018b). Gozar de boneca: mapas anatômicos e genéticos não localizam o gozo. In: *Psicanálise e Gênero: Narrativas feministas e Queer no Brasil e na Argentina*. Orgs. Carla Françaia, Patrícia Porchat, Patrícia Corsetto. 1ª Ed. Curitiba: Calligraphie.

- PRATES, A. (2019). “Por causa d’A Mulher”. In: *Sexuação e Identidades*. QUINET, A. & ALBERTI, S. (Orgs.). Rio de Janeiro: Atos e Divãs.
- PRATES, A. (2020). *Mapas anatômicos e genéticos não localizam o gozo no corpo*. Disponível em: <https://www.champlacanien.net/public/docu/4/rdv2020-prelude5.pdf>
- PRECIADO, B. (2011). “Multidões *queer*: notas para uma política dos ‘anormais’”. In: *Estudos Feministas*. Vol. 19, n.1. Florianópolis. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2011000100002
- PRECIADO, P. (2014). *Manifesto Contrassexual: práticas subversivas de identidade sexual*. Tradução de Maria Paula Gurgel Ribeiro. São Paulo: N1 edições.
- PRECIADO, P. (2019). *Un apartamento en Urano Crônicas del cruce*. Prólogo de Virginie Despentes. Barcelona, Editorial Anagrama.
- QUINET, A. (2004). “Incorporação, extrusão e somação: Comentário sobre o texto ‘Radiofonia’”. In: ALBERTI, Sonia; CARNEIRO, M. A. (Orgs.). *Retorno do exílio. O corpo entre a psicanálise e a ciência*. Rio de Janeiro: Contra Capa.
- QUINET, A. (2013). “A escolha do sexo com Freud e Lacan”. In: *As homossexualidades na Psicanálise: na história de sua despatologização*. São Paulo: Segmento Forma.
- QUINET, A. (2018). “Psicanálise e teatro: o analista-ator”. In: T. Rivera, L. A. M. Celes, & E.L. Sousa (Orgs.), *Coleção ensaios brasileiros contemporâneos: Psicanálise*, pp. 391-403. Rio de Janeiro, RJ: Funarte.
- REIS, E. (2009). *Bodies in doubt: an American history of intersex*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- RIBEIRO, A. (2006). “O andrógino, o hermafrodita, o canibal e o selvagem: habitantes de terras utópicas”. In: *Revista Morus*.
- RIBEIRO, S. (2010) “Reflexões sobre mitos no manuscrito autobiográfico de Herculine Barbin”. In: *Nuntius antiquus*. Belo Horizonte, 2010.
- ROCHA, A. (2003) “O ensino e o objeto, anotações à margem do seminário *A angústia*”. In: *O seminário de Lacan: travessia - A angústia*. Rio de Janeiro: Tempo Freudiano Associação Psicanalítica, pp.114-130.
- ROHDEN, F. (2001). *Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher*. Rio de Janeiro, Fiocruz.
- ROHDEN, F. (2003). “A construção da diferença sexual na medicina”. In: *Cad. Saúde Pública* vol.19, suppl.2, Rio de Janeiro. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000800002
- ROHDEN, F. (2008). “O império dos hormônios e a construção da diferença entre os sexos”. In: *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*. Vol. 15. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702008000500007

RONA, P. (2013). “Uma nota sobre a inacessibilidade do dois”. In: Soler, C. *A repetição na experiência psicanalítica*. São Paulo, Escuta.

ROSTAGNOTTO, A. (2020). *La disparidad sexual*. CIIP – Ciclo Internacional Interuniversitário de Psicanálise – outubro-novembro 2020. A Ética da psicanálise diante das questões da atualidade. Anotação feita em aula.

SAFATLE, V. (2019). *O circuito dos afetos: corpos políticos, desamparo e o fim do indivíduo*. 2ª ed. Belo Horizonte: Autêntica Editora.

SANT’ANNA, D. (2000). “Descobrir o corpo: uma história sem fim”. In: *Educação & Realidade*, pp. 49-59. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/educacaoerealidade/article/view/46832>

SANT’ANNA, D. (2001). *Corpos de passagem: ensaios sobre a subjetividade contemporânea*. São Paulo: Estação Liberdade.

SANTOS, AL. (2012). *Um sexo que são vários - a (im)possibilidade do intersexo enquanto categoria humana*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra.

SANTOS, AL. (2013). “Para lá do binarismo? O intersexo como desafio epistemológico e político”. In: *Revista Crítica de Ciências Sociais*. Nº 102. Disponível em: <https://journals.openedition.org/rccs/5421>

SCHNEIDER, M. (2011). “Le corps masculin: une production culturelle?”. In: *Champ psy* 2011/1 (nº 59), pp. 15-29. Disponível em: <https://www.cairn.info/revue-champ-psy-2011-1-page-15.htm>

SILVA, E. (2012). *Transexualidade: princípios de atenção integral à saúde*. Eloísio Alexandro da Silva. São Paulo: Santos.

SOLER, C. (2005). *O que Lacan dizia das mulheres*. Rio de Janeiro: Zahar.

SOLER, C. (2010) “O corpo falante”. In: FINGERMANN, D. (Org.). *Caderno de Stylus*. Rio de Janeiro: Internacional dos Fóruns do Campo Lacaniano.

SOLER, C. (2013). “A maldição sobre o sexo”. In: *As homossexualidades na psicanálise: na história de sua despatologização*. São Paulo: Segmento Farma.

SOLER, C. (2015). “Nova economia sexual”. In: *Stylus: Revista de psicanálise*, n. 30. Rio de Janeiro: Associação Fóruns do Campo Lacaniano.

SOLER, C. (2016). “O desejo pego pelo...”. In: *Heteridade II. Os paradoxos do desejo*. Internacional dos Fóruns Escola de Psicanálise dos Fóruns do Campo Lacaniano. Disponível em: <https://www.champlacanian.net/public/docu/4/heterite11.pdf>

SOLER, C. (2018). *Adventos do real: da angústia ao sintoma*. São Paulo: Aller Editora.

SOLER, C. (2018). *Rumo à identidade*. São Paulo: Aller Editora.

SOLER, C. (2020). *Homens, Mulheres: Seminário 2014-2015*. Trad. GERBASE, J. São Paulo: Aller.

STOLLER, R. (1968). *Sexo e gênero: o desenvolvimento da masculinidade e feminilidade*.

TEIXEIRA, F. (2009). *Vidas que desafiam corpos e sonhos: uma etnografia do construir-se outro no gênero e na sexualidade*. Tese de doutorado. Universidade Estadual de Campinas, São Paulo.

TEIXEIRA, F. (2013). *Dispositivos de dor. Saberes – poderes que (con)formam as transexualidades*. São Paulo: Annablume; Fapesp.

TELLES-SILVEIRA, M. (2009). *Hiperplasia Adrenal Congênita: "quando o sexo precisa ser diagnosticado": um estudo qualitativo com médicos, pacientes e familiares*. Dissertação de Mestrado em Ciências. São Paulo: UNIFESP – Escola Paulista de Medicina.

TELLES-SILVEIRA, M. *et al.* (2009). Hiperplasia adrenal congênita: estudo qualitativo sobre doença e tratamento, dúvidas, angústias e relacionamentos (parte I). In: *Arq Bras Endocrinol Metab*, 53(9): 1112-24.

TELLES-SILVEIRA, M; KNOBLOCH, F; KATER, C. (2015). “Management Framework Paradigms for Disorders of Sex Development (DSD)”. In: *Archives of Endocrinology and Metabolism*. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/aem/a/zfXCCPg8pjFnvJMW3Tv3ShQ/?lang=en>

VERNANT, J-P. (1985). *A morte nos olhos. Figurações do Outro na Grécia antiga: Ártemis e Gorgó*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor Ltda.

VIEIRA, A. (2018). Reflexões sobre corpos dissidentes sob o olhar feminista decolonial-queer. In: *Intersexo. Aspectos: Jurídicos, Internacionais, Trabalhistas, Registrados, Médicos, Psicológicos, Sociais, Culturais*. DIAS, Berenice (Org.). São Paulo: Thomson Reuters Brasil.

YOUNG, H. (1938). *Genital abnormalities, hermaphroditism and related adrenal diseases*. In: *Can Med Assoc J*. Disponível em:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC536576/>

World Professional Association of Transgender Health (WPATH). (2011). *Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People*. 7ª version. Disponível em: <https://www.wpath.org/publications/soc>

ZAMBRANO, E. (2008). “*Nós também somos família*”: estudo sobre a parentalidade homossexual, travesti e transexual. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Programa de PósGraduação em Antropologia Social (Tese de Doutorado).

APÊNDICE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A pesquisa intitulada **Sobre a intersexualidade na prática, teoria e clínica: entre psicanálise e medicina**, conduzida por Heloene Ferreira da Silva, sob orientação da Professora Doutora Sonia Alberti, do Programa de Pós-graduação em Psicanálise da UERJ, tem por ponto de partida identificar as dificuldades de investigar a identidade de gênero de um sujeito. Leva em conta os contextos social, familiar, médico, jurídico, porém tem por hipótese que é fundamental dar voz não apenas a esses contextos mas, sobretudo, ao próprio sujeito e, conforme sua idade, seus pais, para identificar suas posições subjetivas quanto à identidade de gênero.

A pesquisa se realiza no HUPE, mais especificamente no Ambulatório de Endocrinologia Pediátrica e/ou Urologia, com portadores de DDS. Como este também é seu caso, você está sendo convidado a dar seu consentimento para que os dados que pudermos construir ao longo de seu atendimento, possam ser utilizados como dados da pesquisa. Dando seu consentimento, tais dados farão parte da pesquisa. Observamos, de saída, que eles permanecerão absolutamente confidenciais e que não serão divulgados em nível individual, assegurando-se, assim, o sigilo de sua participação. Esta, de forma alguma, é obrigatória nem definitiva. Sua recusa, desistência ou retirada de consentimento não acarretará em prejuízo de seu atendimento. É também importante informar que a participação não é remunerada nem implicará em gastos para os participantes.

O pesquisador responsável se comprometeu a tomar públicos os resultados obtidos de forma consolidada, sem qualquer identificação de indivíduos participantes e apenas nos meios acadêmicos e científicos.

Caso você concorde em que dados obtidos a partir do seu acompanhamento participem dessa pesquisa, pedimos que assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma delas sua, e a outra, do pesquisador responsável / coordenador da pesquisa.

Seguem os telefones e o endereço institucional do pesquisador responsável e do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, onde você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação nele, agora ou a qualquer momento.

Contatos do pesquisador responsável: Heloene Ferreira da Silva, Rua São Francisco Xavier, 524 - 10º andar, sala 10.0024 - bloco B - Maracanã - CEP 20555-900 - Rio de Janeiro – RJ. Tel./Fax (21) 2334-0785 / 2334-0838. E-mail: pgpsa@uerj.br. heloeneferreira@hotmail.com. 989513658.

Caso você tenha dificuldade em entrar em contato com o pesquisador responsável, comunique o fato à Comissão de Ética em Pesquisa da UERJ: Rua São Francisco Xavier, 524, sala 3018, bloco E, 3º andar, - Maracanã - Rio de Janeiro, RJ, e-mail: etica@uerj.br - Telefone: (021) 2334-2180.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa, e que concordo em participar.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de ____.

Assinatura do (a) participante: _____

Assinatura do (a) pesquisador (a): _____

Modelo elaborado pela autora.

ANEXO A - Detalhamento com os dados do Projeto de Pesquisa (fl. 1)

09/11/2021 12:54 Plataforma Brasil

Portal do Governo Brasileiro

principal sair


Waisone Ferreira da Silva - Pesquisador | V5.2
Seu estilo segue em: 20min 46

Cadastros

DETALHAR PROJETO DE PESQUISA

DADOS DA VERSÃO DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: **SCÈRE A INTERSEXUALIDADE NA PRÁTICA, TEORIA E CLÍNICA: ENTRE PSICANÁLISE E MEDICINA**
 Pesquisador Responsável: **Waisone Ferreira da Silva**
 Área Temática:
 Versão: **1**
 CAAE: **07851017.8.0000.5262**
 Submetido em: **14/03/2017**
 Instituição Proponente: **Instituto de Psicologia**
 Situação da Versão do Projeto: **Aprovado**
 Localização atual da Versão do Projeto: **Pesquisador Responsável**
 Patrocinador Principal: **Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ**




Comprovante de Recepção:  **PB_COMPROVANTE_RECEPCAO_854303**

DOCUMENTOS DO PROJETO DE PESQUISA

- Versão Atual Aprovada (PO) - Versão 1
 - Pendência Documental (PC) - Versão 1
 - Documentos do Projeto
 - Comprovante de Recepção - Submissão
 - Declaração de Instituição e Infraestrutura
 - Folha de Rosto - Submissão 2
 - Informações Básicas do Projeto - Subm
 - Projeto Detalhado / Brochura Investiga
 - TCLE / Termos de Assentimento / Justif
 - Apreciação 2 - UERJ - Universidade do Est
 - Projeto Completo

Tipo de Documento	Situação	Arquivo	Postagem	Ações
-------------------	----------	---------	----------	-------

LISTA DE APRECIÇÕES DO PROJETO

Apreciação	Pesquisador Responsável	Versão	Submissão	Modificação	Situação	Exclusiva do Centro Coord.	Ações
PO	Waisone Ferreira da Silva	1	14/03/2017	11/05/2017	Aprovado	Não	  

HISTÓRICO DE TRÂMITES

Apreciação	Data/Hora	Tipo Trâmite	Versão	Perfil	Origem	Destino	Informações
PO	11/05/2017 12:33:56	Parecer liberado	1	Coordenador	UERJ - Universidade do Estado do Rio de Janeiro;	PESQUISADOR	
PO	11/05/2017 12:33:27	Parecer do colegiado emitido	1	Coordenador	UERJ - Universidade do Estado do Rio de Janeiro;	UERJ - Universidade do Estado do Rio de Janeiro;	
PO	11/05/2017 12:30:50	Parecer do relator emitido	1	Membro do CEP	UERJ - Universidade do Estado do Rio de Janeiro;	UERJ - Universidade do Estado do Rio de Janeiro;	
PO	10/05/2017 10:57:22	Aceitação de Elaboração de Relatório	1	Membro do CEP	UERJ - Universidade do Estado do Rio de Janeiro;	UERJ - Universidade do Estado do Rio de Janeiro;	
PO	03/05/2017 11:51:44	Confirmação de Indicação de Relatoria	1	Coordenador	UERJ - Universidade do Estado do Rio de Janeiro;	UERJ - Universidade do Estado do Rio de Janeiro;	
PO	03/05/2017 11:41:34	Indicação de Relatoria	1	Coordenador	UERJ - Universidade do Estado do Rio de Janeiro;	UERJ - Universidade do Estado do Rio de Janeiro;	
PO	03/05/2017 11:39:47	Aceitação do PP	1	Coordenador	UERJ - Universidade do Estado do Rio de Janeiro;	UERJ - Universidade do Estado do Rio de Janeiro;	
PO	14/03/2017 18:50:54	Submetido para avaliação do CEP	1	Pesquisador Principal	PESQUISADOR	UERJ - Universidade do Estado do Rio de Janeiro;	
PO	07/03/2017 12:12:57	Rejeição do PP	1	Secretária	UERJ - Universidade do Estado do Rio de Janeiro;	PESQUISADOR	A folha de rosto encontra-se incompleta. Para que vire mais >>>
PO	20/01/2017 15:10:53	Submetido pela CONEP para avaliação do CEP	1	Assessor	CONEP	UERJ - Universidade do Estado do Rio de Janeiro;	

Ocorrência 1 a 10 de 11 registro(s)

Chat

<https://plataformabrasil.saude.gov.br/visao/pesquisador/gerirPesquisa/gerirPesquisaAgrupador.jsf> 1/2

Fonte: <https://plataformabrasil.saude.gov.br/visao/pesquisador/gerirPesquisa/gerirPesquisaAgrupador.jsf>.
 Acesso em: 09/11/2021

ANEXO B - Artigo publicado na Revista Psicologia: Teoria e Pesquisa. Brasília, 2019, v. 35, e35434 (fl. 1)

PSICOLOGIA: TEORIA E PESQUISA
2019, v.35, e35434

DOI: <https://dx.doi.org/10.1590/0102.3772e35434>

PSICOLOGIA: CLÍNICA E CULTURA

Sexualidade e Questões de Gênero na Adolescência: Contribuições Psicanalíticas*

Sonia Alberti** & Heloene Ferreira da Silva

Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil

RESUMO – Prática clínica institucional com adolescentes em um hospital universitário atualmente levanta questões tanto sobre gênero quanto sobre sexualização. Tais questões não se colocam exclusivamente a nível da prática, mas também da teoria, exigindo um afinamento desta. Introduzimo-lo no contexto da psicanálise. Metodologicamente, partimos da clínica para questionar a teoria, permitindo enriquecê-la, como queria Freud desde o início, quando observava que, em psicanálise, não há teoria sem clínica. Apesar de nos basearmos em autores psicanalistas, não deixamos de implicar referências em autores dos campos da conexão da psicanálise, que muitas vezes trazem elementos fundamentais para o afinamento pretendido. Terminamos com a apresentação de um caso para exemplificar as questões que nos levaram à pesquisa.

PALAVRAS-CHAVE: psicanálise, adolescência, gênero, sexualização, caso clínico

Sexuality and Questions of Gender in Adolescence: Contributions of Psychoanalysis

ABSTRACT – The institutional clinical practice with adolescents in a university hospital in the present times raises questions about both gender and sexualization. Such questions are not exclusively at the level of practice, but also of theory, requiring its refinement. We introduce it in the context of psychoanalysis. Methodologically, we left the clinic to question the theory, allowing it to be enriched, as Freud wanted, from the beginning, when he observed that in psychoanalysis there is no theory without clinic. Although we are based on psychoanalytic authors, we do not fail to imply references in authors of the connection fields of psychoanalysis, which often bring fundamental elements to the intended refinement. We conclude by presenting a case to exemplify the questions that led us to the research.

KEYWORDS: psychoanalysis, adolescence, gender, sexualization, clinical cases

Na atualidade, a proliferação de sexualidades é acompanhada de perto pela propagação de nomeações ou seria, na medida em que se nomeiam as sexualidades que os sujeitos se identificam? Nos prolegômenos do assunto, cabe uma primeira e importante ressalva: o conceito de identidade de gênero se difere do de orientação sexual. Assim, na sigla LGBTQI as três primeiras letras referem-se à orientação sexual do sujeito (lésbicas, gays e bissexuais), enquanto as quatro últimas – sendo o intersexo um caso particular – referem-se à identidade de gênero (transsexuais, travestis, queers e intersexuais). Considera-se que a orientação sexual se refere à atração física, romântica e/ou emocional duradoura de um indivíduo por outra pessoa, enquanto a identidade de gênero se refere ao sentimento interno de ser masculino,

feminino ou qualquer outra denominação. Pessoas transexuais podem ser heterossexuais, lésbicas, gays, bissexuais ou assexuais, do mesmo modo que as pessoas cis. A comunidade LGBTQI, denomina de cisgênero – o prefixo cis vem do latim e significa “deste lado” – as pessoas cuja identidade corresponde ao gênero designado em seu nascimento, enquanto pessoas cuja identidade de gênero e/ou expressão de gênero não corresponde às normas sociais e expectativas tradicionalmente associadas ao sexo atribuído na nascença são denominadas trans (cf Normas de Atenção à Saúde de Pessoas Trans e com Variabilidade de Gênero, 2012).

A atual clínica com adolescentes impõe ao psicanalista um aprofundamento nas questões de gênero, questiona preconceitos que ainda existem aqui e acolá, às vezes

* Apoio: CNPq, FAPERJ

** E-mail: sonialberti@gmail.com

III Submetido: 01/02/2017; Revisado: 02/10/2017; Aceito: 09/10/2017.



dentro da própria psicanálise, e introduz contribuições de enorme valia para avançarmos com a teoria psicanalítica. Na realidade, é possível dizer que a própria psicanálise nasceu numa época em que alguns clínicos e intelectuais começaram a questionar a, até então tida como necessária, orientação cisgênero, que considerava desviantes ou mesmo perversos todos aqueles que a ela não se adequavam. No entanto, foram sobretudo os movimentos sociais do início do século XX que, definitivamente, abalaram as certezas anteriores. Senão, vejamos:

Ao termo de sua imensa análise do Pequeno Hans, Lacan (1956-1957/1995) se coloca a questão da opção pela masculinidade a partir do pós-escrito de Freud (1922/2015) quando o agora jovem Hans vem visitá-lo com a observação de não se lembrar, em absoluto, de todo tratamento que fizera quando pequeno. Lacan o associa a um certo tipo de jovens que não são filhos de uma, mas de duas mães, ali onde falta o pai. Isso faz Lacan articulá-lo, de um lado, a Leonardo da Vinci, analisado por Freud (1910/2013), e, de outro, a um certo tipo de jovens da geração de 1945 que esperavam que as ações viessem do outro lado, o das mulheres, jovens que esperavam que fossem elas a lhes tirarem as calças (Lacan, 1956-1957/1995). Do menino que brincava de esconde-esconde com as meninas, já não sobrou nada daquilo que ele queria mostrar a elas, a não ser a si mesmo enquanto “alguma coisa como um objeto fetiche, no qual o pequeno Hans se situa numa certa posição apassivada” (Lacan, 1956-1957/1995, p. 342). Daí que, “qualquer que seja a legalidade heterossexual de seu objeto, não podemos considerar que dê conta totalmente da legitimidade de sua posição” (Lacan, 1956-1957/1995, p. 342). Por mais heterossexuais que esses jovens pareçam ser, a masculinidade ficou comprometida pela referência ao que Lacan identifica com um *phallus dentatus*, o materno, à espreita de qualquer possível movimento que implique uma agressividade em relação ao objeto, por ser ele mesmo “essa espécie de objeto fixado [...], imaginário” (Lacan, 1956-1957/1995, p. 342) que sempre vitimará e machucará, “qualquer assalto masculino” (Lacan, 1956-1957/1995, p. 342). Esse também é, como conclui Lacan, o futuro desse charcante pequeno Hans, o de um cavaleiro, por mais heterossexual que pareça.

A data não é anódina: em 1945, quantos jovens, na Europa, não se viram justamente desprovidos da presença de seus pais, tombados nos campos de batalha, jamais retornados à casa ou, quando muito, eles próprios tão machucados por tudo o que neles passaram, sem saber de que modo assumir diante de seus filhos – às vezes deixados por anos, justamente no momento do crescimento em que mais precisariam deles –, a função de pai real, aquele que castra?

Porém, Lacan não se atém a essa data e indica outras leituras sobre o tema. A questão é complexa e, na realidade, sustenta a virulência dos ritos iniciáticos tantas vezes analisados em outros campos, que demonstram que ela

tampouco é uma questão datada, pois, se esses ritos fazem função de afiado gume a orientar a puberdade para a masculinidade, muitas vezes é apenas para garanti-la como máxima. Eis o que observam os autores citados a esse respeito por Lattanzio (2011), quando ele analisa a função dos ritos iniciáticos na adolescência como forma de os meninos se livrarem da feminilidade que os contagiou desde o momento em que passaram um tempo no útero materno. Referimo-nos, em particular, às interessantes contribuições de Tubert (1999) sobre os ritos no Vale do Asaro, em Papua – Nova Guiné: os meninos moram com as mães com pouco contato com os pais. Chegado o momento da puberdade, enquanto os meninos são isolados de suas mães, purificados de suas *feminilidades previamente incorporadas*, através de diferentes sangrias, as mães entram literalmente numa fase de luto, “como reconhecimento da separação de seus filhos, que passam formalmente para a parte masculina da sociedade” (Tubert, 1999, p. 66). As sangrias e vômitos sofridos pelos jovens, a partir de manipulações de seus corpos por parte dos homens adultos, “liberam o menino do sangue do ventre materno, que ele engoliu quando estava dentro do útero, e do perigoso sangue menstrual que pode ter ingerido, sem perceber, com a comida que sua mãe lhe preparava” (Tubert, 1999, p. 67). Alguns anos vivendo separados, em “cabanas dos homens”, os jovens se tornam adultos e casam. A separação da mãe foi definitiva e como sintoma encontramos aquilo a que Freud não dedicou poucas observações (1908; 1913; 1917), o horror ao sangue menstrual. E então, “os meninos tornados homens [heterossexuais e casados] passam a ter uma relação de horror ao sangue menstrual de uma mulher, que pode mesmo matar um homem e representa a constante ameaça de feminização” (Lattanzio, 2011, p. 140). Um adolescente em atendimento pode nos dizer certa feita: “Sou muito extrovertido, mas quando fico perto de uma mulher me atrapalho todo. As mulheres são minha criptonita”.

O texto que segue provém de uma pesquisa realizada no Hospital Universitário, nos últimos 3 anos, junto à clínica com adolescentes atendidos em ambulatório de psicanálise e saúde mental, semanalmente, a partir dos quais se colocou a seguinte questão: que especificidades as sexuações hodiernas apresentam na adolescência e como essa clínica afeta a teoria psicanalítica? Donde a metodologia utilizada parte da clínica que questiona a teoria permitindo enriquecê-la, quando nos colocamos o trabalho por uma elaboração teórica que objetiva a pesquisa em psicanálise. Fiamos-nos na assertiva de Jacques Lacan, segundo a qual “a configuração subjetiva tem, pela ligação significante, uma objetividade perfeitamente localizável, que funda a própria possibilidade da ajuda que trazemos sob a forma da interpretação” (Lacan, 1969-70/1992, p. 82). Para tal enriquecimento, partimos de uma revisão bibliográfica, cotejamos o produto de tal revisão com a clínica e levantamos, então, hipóteses para possíveis avanços teóricos.

OS AFETOS DE UMA JUVENTUDE

Tendo ultrapassado um pouco a confusão entre sexualidade e ato sexual, que levava as pesquisas à temática da AIDS entre a população mais jovem e à da gravidez na adolescência, as pesquisas atuais sobre a adolescência privilegiam a temática sobre identidade de gênero e orientação sexual.

A questão da identidade sexual do sujeito é algo sempre elaborado a partir do Outro – vide os ritos iniciáticos. Nos dias atuais, é inegável o papel da internet na busca de respostas que os adolescentes podem obter no mundo digital, como na pergunta de uma adolescente: “por que a gente escolhe gostar de quem não gosta da gente?... Tai uma pergunta que *Papai Google* não responde. Porque se o dicionário era o *Pai dos burros* da sua geração, o *Google* é o *Pai dos desesperados* da minha”, ela conclui, no momento em que fala com a analista. O analista é também produto de seu tempo e não pode ignorar os avanços de sua época. No caso, as redes sociais ditam ao sujeito o que deve fazer e sua identidade, sendo necessário salientar que em nada se relacionam com a moral sexual civilizada de outrora, que instalava a norma do que se deve fazer como homem e como mulher. O que afeta a juventude no momento é a diversidade. Gallano já apontava, em 2006, que “os sujeitos não encontram hoje esse Outro que normatize a diferença dos sexos” (Gallano, 2006, p. 317).

Sem dúvida, o modo como tal diferenciação era outrora transmitido fundamentava-se numa identificação clara da função paterna com o pai da realidade, coisa que hoje já não se observa mais, necessariamente. A própria psicanálise surgiu no momento em que se começou a perceber a vacilação dessa identificação. O pai já não era suficiente nos tempos de Freud, por exemplo. Um contemporâneo dele, Wedekind, escreveu a peça *O Despertar da Primavera* (Wedekind, 1891/2008), em que o Homem Mascarado tem a função de substituir o pai para calçá-lo simbolicamente, a de sustentar o sujeito enquanto desejante. A personagem Melchior, diante da qual aparece esse Homem, chega a se perguntar se ele é seu pai. Atualmente, quando “o sujeito quer o apoio do pai para sustentar seus passos, para enfrentar as vicissitudes do desejo do Outro, não encontra mais o pai que por ele vela” (Quinet, 2002, p. 119).

Nesta segunda década do novo milênio, vemos o corpo *tem* cair em mergulho livre no enigma da relação sexual. Não podemos negar os impactos políticos, sociais e estéticos das novas tecnologias da comunicação e informação nas encenações de destinos que não correspondem ao anatômico, semelhantes que a época inscreve no corpo. Se consideramos a seguinte advertência lacaniana: “que antes renuncie a

isso [à psicanálise...] quem não conseguir alcançar em seu horizonte a subjetividade de sua época. [...] Que ele conheça bem a espiral a que o arrasta sua época na obra contínua da Babel” (Lacan, 1953/1998a, p. 322), podemos afirmar que na atualidade não cabe à psicanálise simplesmente descartar as questões de gênero, nem as posições feministas e os estudos da teoria *queer*, que propõem a desmontagem de todo tipo de identidade de gênero que não seriam adequadas ou corretas no cenário da bipolaridade. Quando Lacan, em 1970, faz a observação de que é “incorporada que a estrutura [da linguagem] faz o afeto” (1970/2003, p. 406), pode-se falar em “afetos de uma época, e mesmo de uma juventude” (Pollo, 2003, p. 69) a marcarmos o próprio corpo do sujeito.

Embora gênero não seja um conceito da psicanálise, não há como negar os efeitos discursivos produzidos ao colocá-lo em questão. Como observou Ceccarelli (2010), há duas perspectivas em psicanálise, que muitas vezes conflituam quando autores abordam a questão do gênero: “a interseção do individual – da constituição do Eu, ou do sujeito – e as construções sociais como tributárias de processos históricos”. Fora da psicanálise, mas nela sustentada a partir da fala do sujeito, a questão de gênero é tratada fundamentalmente como política, como se lê em Leila Dumaresq (2014), bacharel em Filosofia, mulher transgênera e ativista que propõe uma “política sexual transgênera”. Sua parrésia: “meu lugar de fala é o da vivência e do convívio crítico da minha condição. [...] Testemunhar quem somos com nossas palavras é um ato fundamental de resistência. E poucas palavras não servirão para tantas formas verdadeiras de ser” (Dumaresq, 2014). Sua política propõe o respeito das diferenças que marcam pessoas, indivíduos e subjetividades, na contramão da desumanização, marginalização e exclusão. Essa temática também questiona a nós analistas: o que tentamos dizer quando afirmamos que há diferença sexual?

A clínica psicanalítica com sujeitos adolescentes ilustra os impasses do sujeito na confrontação com a impossibilidade de uma relação de completude entre os sexos, proporcionando a ocasião de abordar uma questão pouco debatida e nada simples, que nos parece particularmente esclarecedora na problemática da escolha de posição sexuada no momento da adolescência – no qual, sabidamente, ocorrem as vacilações identificatórias herdadas da infância (Alberti, 2004). A abordagem psicanalítica, centrada na clínica do caso, tem chances de se fazer ouvir nesse imbróglio já facilmente observável por pais e especialistas, de que os adolescentes estão “experimentando” novas identidades e não têm certeza se são homens ou mulheres.

A ADOLESCÊNCIA E AS ESCOLHAS

Em 2004, Alberti retoma o tema da adolescência e, desta vez, a enfatiza como momento de escolhas. Observa também que “não há escolha que prescindia de indicativos, direções, determinantes que lhe são anteriores” (Alberti, 2004, p. 10). Tais direções advêm não apenas dos pais e educadores, mas também dos “colegas, meios de comunicação, o mundo enfim a sua volta, através do que lhe é transmitido pela linguagem, falada, escrita, visual, comunicativa ou ainda pelo silêncio, que não deixa de ser uma forma de linguagem” (Alberti, 2004, p. 10). Aliás, é anterior à adolescência também a constituição da sexualidade, que, para Freud (1905/1996a), é categoricamente infantil.

Freud observaria que a vida sexual possui um caráter bifásico, entrecortada pela latência: de um lado, a infância; de outro, o adolescente, sendo que na puberdade ocorreria a *constituição definitiva da vida sexual* (Freud, 1905/1996a, p. 189). Há de fato, uma escolha definitiva do sexo na adolescência? Essa seria uma afirmação datada de Freud? Estaria ela apoiada na ideia segundo a qual a diferença sexual poderia ser situada entre a premissa fálica da sexualidade infantil e o encontro com o Outro sexo na adolescência? (cf. Alberti, 2004).

Anne Fausto-Sterling (1993) afirmava: “biologicamente falando, existem muitos graus entre fêmea e macho; [...] poderíamos argumentar que nesse espectro existem ao menos cinco sexos. E talvez até mais [pois] o sexo é um *continuum* vasto e infinitamente maleável que desafia as limitações” (p. 2). Anos depois, ela acrescenta que é a complexidade do sexo de um corpo que impede “o isso ou aquilo” (Fausto-Sterling, 2001-02/2000, p. 15) e que rotular alguém como homem ou mulher é pura decisão social que não advém do conhecimento científico, e sim de “nossas crenças sobre o gênero [que afetam] o tipo de conhecimento que os cientistas produzem sobre o sexo” (Fausto-Sterling, 2001-02/2000, p. 15).

Em uma nota de pé de página acrescentada em 1915 aos “Três ensaios sobre a sexualidade”, Freud (1905/1996a) deixou claro que os conceitos de “masculino” e “feminino” figuram entre os mais confusos da ciência por acabarem decompostos em, pelo menos, três sentidos distintos: ora se emprega o sentido “atividade” e “passividade”, ora o sentido biológico (espermatozoide ou óvulos); além disso, há o sentido sociológico (homens e mulheres na realidade). Segundo ele, o primeiro desses três sentidos é o essencial para a psicanálise, e isso se deve ao fato de que a libido é masculina, pois a pulsão é sempre ativa, mesmo quando estabelece para si um alvo passivo.

Como se sabe, Freud identificava o masculino com a atividade e o feminino com a passividade. Contudo, isso não significa identificar os homens como ativos e as mulheres

como passivas. Ao contrário: foi dele a frase segundo a qual para se ser passivo é preciso muita atividade (Freud, 1931/2010a), além de ser dele também toda a teoria sobre a bissexualidade como fator decisivo: “Em todos nós, a vida inteira, a libido normalmente oscila entre o objeto masculino e feminino” (Freud, 1920/2011d, p. 130). Masculino e feminino, para Freud, não são somente uma referência para o desenvolvimento do menino e da menina, pois se referem ao modo como cada sujeito lida com o reconhecimento da diferença. A anatomia é dada, mas não o modo como cada sujeito vê sua anatomia. A visão entrará em jogo na diferenciação dos sexos.

Freud (1933/2010b) afirma que a força motriz da vida sexual é a libido: “A vida sexual é dominada pela polaridade masculino-feminino; cabe então examinar a relação da libido com essa polaridade” (p. 288), já que “há apenas uma libido que é posta a serviço tanto da função sexual masculina como da feminina”. Logo no começo de “A feminilidade” (Freud, 1933/2010b), retomando a distinção entre “macho e fêmea”, afirma: “o que constitui a masculinidade ou feminilidade é uma característica desconhecida, que a anatomia não pode apreender” (p. 266).

Na realidade, na medida em que o discurso é incapaz de corrigir e dar conta, da “desnaturação” sexual do sujeito (cf. Lesko, 1996), o que temos é apenas a referência ao significante fálico a produzir consequências, sempre insuficientes, para cada sujeito se posicionar na partilha dos sexos. É a partir dessa referência que o sujeito empreende uma dupla escolha: a escolha da posição sexuada – em que assume a responsabilidade “por seu gozo” (Quinet, 2013, p. 131) – e a escolha do seu objeto sexual.

É claro que isso deixa de fora tudo o que não se refere ao falo, razão de a escolha do sexo ser também “a escolha do não-todo [...] que deixa seu lugar ao Outro do sexo” (Strauss, 2015, p. 76). O não-todo é o buraco do sexo da mulher, “que remete o sujeito a seus próprios impossíveis, ao que ele não entende, ao que percebe, mas não consegue significar” (Alberti, 2004, p. 31). Impossível de simbolizar, esse “buraco reenvia todo adolescente, independentemente de sua cultura, a um ponto de irrepresentável, ao real em jogo no encontro com o sexo” (Alberti, 2004, p. 31).

Eis como Lacan subverte definitivamente para a psicanálise toda e qualquer interpretação da sexualidade: ela não segue uma bipolaridade porque afirma a existência pela via do simbólico na referência ao significante fálico, existência de qualquer sujeito, identifique-se ele do modo que desejar, independentemente de qualquer referência biológica, e do outro lado, a inexistência, o que o leva a conceituar, logicamente, que a “Mulher não existe” (Lacan, 1971/2009, p. 69).

A LÓGICA DA SEXUAÇÃO

Lesko (1996) critica as posições pré-concebidas sobre adolescentes a partir de uma leitura arqueológica (no sentido foucaultiano do termo) da questão da feminilidade, que resiste a se inscrever sob a forma de um saber, o que nos leva a perguntar com Prates (2001) “como se deve entender, num outro plano que não o das estruturas clínicas, a ‘tomada de decisão’ em relação ao sexo?” (Prates, 2001, p. 95). Para responder tal pergunta, a autora retoma a questão do uso por Lacan da lógica formal em seu ensino e o considera de importância inestimável, “no sentido de contextualizar a discussão num plano que não seja fenomenológico, ou da ordem da linguagem natural” (Prates, 2001, p. 95). Além disso, aponta que “homem” e “mulher” são palavras largamente utilizadas e impregnadas de significações culturais, o que torna ainda mais importante atentar para o tratamento teórico oferecido por Lacan a esses termos, de modo a elevá-los ao estatuto de conceitos psicanalíticos. Segundo Prates, a retomada feita por Lacan desses termos não é casual, pois “eles apontam uma coragem em não se furtrar a uma problemática clínica, que acompanha a história da psicanálise, qual seja, como o psicanalista pode saber, afinal, quando está diante de um homem ou uma mulher?” (Prates, 2001, p. 96).

No ano de 1973, Lacan escreveu pela primeira vez as fórmulas da sexuação, formalizando logicamente seus dois andares. Na parte de cima, com suas quatro fórmulas proposicionais – que não retomaremos aqui –, postula “as únicas definições possíveis da parte dita homem ou bem mulher para o que quer que se encontre na posição de habitar a linguagem” (Lacan, 1972-73/2008, p. 107). Já a parte de baixo, no que chama “impropriamente a humanidade”, reparte-a em “identificações sexuais”. Lacan (1972-73/2008) é explícito quanto a dizer que o sentido sexual “indica a direção na qual ele fracassa” (p. 106): não se pode dizê-lo. Sobre sua fórmula, Lacan afirma: “ela não me parece exemplar senão, como de hábito, para produzir mal-entendido” (p. 106). Lacan (1971-72/2012) já havia sublinhado que o ponto essencial, o ponto de emergência do ser falante é essa relação perturbada com o próprio corpo que se chama gozo. Este, enquanto efeito de linguagem, sofre o golpe de uma castração.

Ao estabelecer a diferença entre homem e mulher como questão lógica, não há nenhuma brecha para a biologia. O termo sexuação, proposto por Lacan (1972-73/2008), identifica, em última análise, o homem e a mulher por seu modo de gozo e pode-se dizer que se trata de uma formalização do impossível, implicando o real (Miranda & Alberti, 2012). Lacan propõe um discurso que partiria do real, através da lógica, visando a uma necessidade de discurso (1971-72/2012). O que faz com que alguém esteja de um ou outro lado da partilha dos sexos?

Quinet (2013) faz uma leitura das fórmulas da sexuação, em que retoma as duas lógicas distintas: a Lógica fálica do

Um, que constitui um universo a partir da exceção, formando um conjunto fechado que articula o Um com o todo do batalhão fálico dos homens, e a Lógica da Heteridade, do Outro sexo, do *não todo* do lado feminino, Outro, porque heterogêneo em relação ao Um, donde *Heteros*.

Lacan dizia em 1972 que desde o nascimento há uma diferença inata e natural que

corresponde ao que há de real no fato de que, na espécie que se autodenomina *Homo sapiens*, os sexos parecem dividir-se em dois números mais ou menos iguais de indivíduos [...] bem mais cedo do que se espera. No entanto é preciso reconhecer que somos nós que os distinguimos, não são eles que se distinguem. (Lacan, 1971-72/2012, pp. 15-16)

Ao enfatizar o caráter binário do sexo como uma necessidade totalmente lógica, Soler (2013, p. 121) propõe duas alternativas heterogêneas e todas as duas podem ser ditas reais: entre macho e fêmea, no ser vivo e sexuado; entre homem e mulher, no *fallasser*, procedente das determinações lógicas da linguagem.

A sexualidade do sujeito se inscreve, desde sempre, no Édipo – duplo, positivo e negativo (Freud, 1923/2011a) –, porque este tem relação com o desejo, “fenômeno central do período sexual da primeira infância” (Freud, 1924/2011b, p. 204), dependente da bissexualidade da criança. Lembremos que já na carta dirigida por Freud a Fliess em 1899 é possível ler: “Bissexualidade! [...] Estou me acostumando a encarar todo ato sexual como um acontecimento entre quatro pessoas” (p. 46). Em 1905, Freud já sabia que na natureza não se encontra a segregação masculino-feminino, a qual, no entanto, a moral civilizada da época queria afirmar com tanta veemência.

Quando Lacan (1971-72/2012) leva a desnaturalização do sexo às últimas consequências, identifica na função e campo da fala e da linguagem uma tendência, ainda, à obnubilação do real da castração. A linguagem, do modo como é tratada na articulação com o ser, tem uma função anedótica que faz suplência ao gozo sexual, não sem sustentar-se na função fálica, que, justamente, protesta a castração – como, aliás, Freud (1937/1996b, p. 287) já elaborara com sua ideia de “rejeição da feminilidade”, que substitui a de “protesto masculino”, proposta por Adler (cf. Rocha, 2002, p. 143). Com efeito, se “o complexo de castração sempre age no sentido de seu conteúdo, imbindo e limitando a masculinidade e promovendo a feminilidade” (Freud, 1925/2011c, p. 296), o complexo de castração, que implica a rejeição da feminilidade, é uma forma de tentar dela escapar, em contrabando. A linguagem sempre funcionou, naquilo que tange à sexualidade, construindo mitos a darem conta do que é impossível dizer e, desse modo, se associaram o registro científico “e a linguagem simbólica do mito e das lendas” (Rocha, 2002, p. 131). Mas mitos e lendas se sustentam também no imaginário e daí

no próprio pênis como consistência que chegou algumas vezes a enganar o próprio Freud, em particular no início da psicanálise, quando identificava nele a referência masculina. Eis o que Lacan denota como anedotas em seu *Seminário ... ou pior* (1971-72/2012) e eis o que busca derrubar, em definitivo, quando, como observa Miller (2012), se utiliza do Um enquanto real a rejeitar o dois da articulação significante. Esse Um é um novo modo de articular a castração, real puro, a promover um novo vetor: o que vai do real ao simbólico, vetor não anedótico, justamente. Daí, nesse momento, a função proposicional de Frege ser de tanta valia para Lacan: ela expressa as formas lógicas num simbolismo desprovido de qualquer ambiguidade. Se a função fálica está dentro da linguagem, a castração a *ex-siste*. E isso não é sem relação

com o conteúdo do inconsciente, pois é justamente o uso da lógica que pode prescindir do princípio da contradição, que desde Freud não se encontra no inconsciente. A castração, hiância irredutível, só pode ser abordada a partir da lógica, já que o objeto da lógica se impõe por uma necessidade de discurso (Lacan, 1971-72/2012). Tal necessidade, por fim, rejeita o Outro enquanto eixo da dialética do sujeito e o remete à ficção, desvaloriza o desejo, promete o gozo, rejeita o ser que não passa de semblante e, em consequência derradeira, a henologia – teoria do Um – supera a ontologia – teoria do ser (Miller, 2012).

E a lógica da sexuação derrubando, em definitivo, toda e qualquer referência natural, no que tange à sexuação do ser falante.

GÊNEROS

Ao final de *Problemas de gênero*, Butler (2003) tangencia a ideia de que o corpo não é um “ser”, no sentido de ter algo a expressar. Na verdade, é “uma fronteira variável, uma superfície cuja permeabilidade é politicamente regulada, uma prática significante dentro de um campo cultural de hierarquia do gênero e heterossexualidade compulsória” (Butler, 2003, p. 198). É com isso que o adolescente precisa se haver: o gênero está na superfície, pode-se dizer que se trata de um “corpogênero” (Knuksen, 2013). Que o corpo seja uma superfície, já se lê claramente também em Freud (1923/2011a). Porém, que essa superfície faça dele o Outro do gozo, é algo ainda a se explorar. Levantamos a hipótese de que, desde os primórdios da cultura, a adolescência é o palco em que isso se apresenta de forma mais pregnant.

Nossas pesquisas inicialmente tratavam de aprofundar a temática do despertar da sexualidade na adolescência. Muitos adolescentes por nós atendidos no Hospital Universitário... diziam estar “experimentando” e não ter certeza se eram homens ou mulheres. Esses adolescentes poderiam apressadamente receber o diagnóstico médico de “disforia de gênero” (cf. DSM V, 2014), tão em voga nos últimos tempos, conotando o que, no campo social, é conhecido como novas identidades de gênero. Para a psicanálise, no entanto, tal “disforia”, diz respeito ao núcleo de toda neurose: que posição tomar na escolha forçada da sexuação? Já que não é a anatomia que identifica os sujeitos como homem ou mulher, a inquietação quanto ao próprio sexo é a regra para todos. Eis o ponto em que a psicanálise traz um aporte relativamente original, por considerar que “não há identidade sexual; a sexualidade é a própria coisa que perturbará toda a identidade” (Zupančič, 2016).

Segundo Lacan (1971-72/2012, p. 33), “a sexualidade está, sem nenhuma dúvida, no centro de tudo que se passa no inconsciente. Mas está no centro por ser uma falta”. E é com essa falta que o adolescente se vê obrigado a lidar, do jeito que puder, como o demonstram as situações clínicas abaixo, extraídas da fala de três adolescentes atendidos no ambulatório:

1. “Sou um homem num corpo de uma mulher, mas um homem que gosta de homem, um homem gay”, disse uma adolescente, explicando claramente a diferença entre sua identidade de gênero, ou posição sexuada – sou um homem –, e sua orientação sexual, ou escolha de objeto – um homem que gosta de homem. Na sequência dos atendimentos, essa mesma adolescente afirma: “Sou uma mulher que é o *macho alfa* da casa”, identificando seu papel de gênero numa forma masculina, respondendo ao lugar em que se vê colocada pelos familiares, ou seja, respondendo a uma demanda do Outro.
2. “Nós mulheres nos pegamos. Toda mulher é bi. Homem com homem é uma coisa nojenta, mas a gente não... Mulher anda de mãos dadas, troca de roupa junto, toma banho... aí a gente se pega, se toca, se experimenta. Você já experimentou uma? Se você nunca experimentou é porque ainda não apareceu a mulher certa para você”, disse uma adolescente explicando sua sexualidade feminina, concordando com Freud (1931/2010a), quando ele destaca que, na vida sexual das mulheres, a bissexualidade vem para o primeiro plano.
3. “Minha mãe acha que eu vou virar uma *bicha* se colocar um alargador na orelha, mas a única coisa que eu posso virar é um *homemsexual*”, disse um adolescente ao apresentar o “alargador” como algo que poderia minimamente separá-lo dos ditos da mãe. Nesse caso, é interessante observar a equivocidade da língua, ou o equívoco de *lalangue* que leva esse jovem a escutar o significante homossexual como *homemsexual* (cf. Alberti, 2017, pp. 83ss). Tal equivocidade é o que lhe dá condições para a separação.

Presentificação do ser-para-o-sexo, subversão freudiana da filosofia, a adolescência é um tempo lógico de trabalho, impulsionado pelo real do encontro com o Outro sexo,

acometido pelo *Despertar da primavera* (Wedekind, 1891/2008), que interrompe “o sono de um Édipo adormecido” (Alberti, 2009, p. 20), quando a sexualidade se mostra como um desencontro, marcando que não há relação sexual.

Para Judith Butler (2003), o gênero seria somente um papel que se aprende de tanto repeti-lo, e o corpo materializaria o que da sexualidade é irrepresentável no gênero, mas se resignificaria na *performance*. Por sua vez, Lacan se questiona: “onde é que isso habita, o gozo? Do que ele precisa? De um corpo. Para gozar, é preciso um corpo” (Lacan, 1971-72/2012, p. 28). Poderíamos afirmar que é na adolescência o momento em que fica mais evidente o fato de que o sujeito não apenas tem um corpo, mas que ele é um corpo e que de sua relação enquanto sujeito, com esse corpo, surge o semblante. Seria este equivalente à noção de performance de Butler? Sem sair de seu âmbito próprio – a clínica de cada sujeito –, a psicanálise não pode deixar de dar sua contribuição a uma discussão que coloca em seu centro a questão da sexualidade, alçada por Freud, desde a fundação da psicanálise, à posição de causa e fundamento de toda atividade humana.

Diante do discurso médico, indagamos se a questão das “novas identidades de gênero” não está relacionada

à conceituação da *identificação* no discurso psicanalítico, enquanto a questão *sexo* – no discurso médico sempre entendido a partir do biológico – na teoria psicanalítica já não tem mais nada de biológico.

Em psicanálise, a identificação é referida ao conceito de Eu, privilegiadamente uma instância identificatória, e poderia tamponar a emergência do sujeito que, segundo a teoria psicanalítica, só emerge enquanto tal lá onde fura as identificações. A sexualidade, por sua vez, aproxima o sujeito do campo pulsional, sempre parcial. “É nisso que está a carência essencial, a saber, aquela do que poderia representar no sujeito o modo, em seu ser, do que nele é macho ou fêmea” (Lacan, 1960/1998b, p. 863). Não há acesso ao Outro do sexo oposto senão através das pulsões parciais, “onde o sujeito busca um objeto que lhe reponha a perda de vida que lhe é própria, por ele ser sexuado” (Lacan, 1960/1998b, p. 863), produzindo a assimetria fundamental na relação entre o homem e a mulher.

A experiência analítica demonstra que as questões de gênero e identificação não equacionam o impasse diante do sexo e da sexualidade. O que dizer e o que escutar na clínica com adolescentes hoje? Sigamos não procurando sentido, validando os furos. Os adolescentes continuam

“VOCÊ SÓ PODE SER HÉTERO OU HOMO SE EXPERIMENTAR AS DUAS COISAS” (MILA)

Para exemplificar de algum modo as questões clínicas que nos levaram à pesquisa cujo resultado é também esse texto, apresentaremos, em seguida, o que é possível dizer, até o momento, sobre o caso da adolescente que chamamos de Mila. Na medida em que, conforme as bases da teoria psicanalítica, a sexualidade do sujeito se inscreve desde sempre no Édipo, porque tem relação com o desejo, e que tem, segundo Freud, uma “segunda eflorescência” após o período de latência, com a chegada da puberdade, sexo, gênero, identificação e sexuação são conceitos que a clínica com adolescentes nos permite observar no momento mesmo em que são questionados, numa “travessia das aparências” (Alberti, 2009). Com a queda das identificações, o sujeito se confronta com os impasses da impossibilidade de uma relação de completude entre os sexos, com suas anedotas a que tem acesso por ser de linguagem.

A primeira pessoa a trazer Mila (nome fictício) para atendimento foi a avó materna, que pedia ajuda para sua neta, que há meses não conseguia sair de casa, pois, quando saía, tinha “crises de pânico”. Além disso, não ia à escola, dizia querer ficar sozinha com a mãe e que desejava morrer. Apesar disso, descreve a neta como uma menina que sempre foi muito inteligente, que se destaca em classe e em concursos escolares. Foi apenas na segunda entrevista que a mãe de Mila acompanhou sua filha. Descreveu sua filha como “uma mãezota”, sempre disposta a ajudar e a ouvir

a todos, mas que esquece de si mesma. Excelente aluna, nunca foi uma adolescente rebelde. Única filha do casal que a gerou, quando nasceu a mãe já tinha três filhos homens e o pai já tinha um casal de filhos. “Fui mãe velha”, ela diz. Nunca quisera ter uma filha por considerar que “mulheres sempre sofrem muito”, principalmente “por homens”, mas, paradoxalmente, achava que o problema da filha é “falta de homem” e que a filha ficaria melhor no caso de arrumar um namorado. Acrescenta ainda sobre o jeito da filha: “desde pequena ela parece um menino” (sic).

Mila, tentando descrever o que ela chama de “crises de pânico”, diz que, quando sai na rua, de repente todas as pessoas parecem “mascarados”, tudo fica “enevoado” – o que ela associaria com o medo que tinha, quando criança, durante o Carnaval, por causa das *máscaras* que as pessoas usavam. Seu coração dispara, as pernas tremem e ela sente que irá morrer. Conta que já pensou em se matar várias vezes: “só não me matei ainda por covardia mesmo. Pensei: ‘ah não... morrer deve doer muito’, aí eu desisti”. Tentando localizar o início de seus sintomas, conta que fez seu ensino fundamental todo numa mesma escola, onde era amada pelos professores por ser “a mais inteligente”, porém era conhecida pelos amigos como a “Mila fragilzinha”, “tímida”, e tinha apenas dois amigos. Foi a única que passou para cursar o ensino médio numa escola modelo, a qual tinha uma particularidade: à medida que os nomes dos aprovados eram divulgados, a

diretora adicionava-os a uma página, criando uma turma no *Facebook*. Desta maneira, antes do encontro físico, todos os alunos já se conheciam virtualmente. Foi assim que Mila, utilizando-se da proteção do computador, viu a “oportunidade perfeita para ser outra pessoa” (sic). Mostrava, em sua linha do tempo (fotos, histórias e experiências que contam a vida do sujeito no *Facebook*), ser uma menina extrovertida, cheia de amigos, simpática... Com isso, conseguia muitas “curtidas”. Quando realmente chegou à escola, sustentou aquela situação por algum tempo e vivia cercada de amigos, mas passou a se sentir só: “e aí a máscara caiu... Me vi sozinha e infeliz e voltei a ser eu mesma”.

Depois da primeira entrevista, Mila não retornou por duas semanas. Quando regressou, disse que teve “crises de pânico” ainda mais sérias, “crises horríveis”. Nesses momentos, precisava de um “rosto familiar”, que tinha que ser o da mãe. “Sempre foi assim: quando fico doente é dela que eu preciso. Preciso ver o rosto dela. Se começo a malhar, ela vem com as patadas dela”. O conflito entre mãe e filha, no entanto, foi bem evidente desde o início. Sua mãe a apelidou de “Mila, coração de gelo”, justamente porque ela olhava para a mãe e dizia: “eu não gosto de você”. Quando Mila aborda o assunto em entrevista sozinha, diz não gostar da mãe por não confiar nela e por não a ter como uma amiga: “ela é só uma companhia, sempre gostei mais do meu pai”. Seria o troco da filha para a afirmação da mãe que diz com todas as letras que não a quis?

O pai vivia separado da mãe e acabou falecendo há três anos por problemas cardíacos pelos quais fora hospitalizado. A filha não quis ir ao hospital, nem ao enterro. Nas palavras da mãe: “Mila não derramou nem uma lágrima”. Se o pai sofria do coração, a filha tinha “um coração de gelo”.

Quando vivo, segundo Mila, a mãe sempre atrapalhou tudo e não gostava do fato de Mila gostar do pai. Havia uma cena que sempre se repetia quando era criança: o pai ligava avisando que ia buscá-la e ela dizia querer ir com o pai, mas, quando o pai aparecia na porta de casa, ela já não sabia mais se queria ir, também não sabia se queria ficar... Saía correndo e se trancava no quarto. O pai voltava para casa sem ela. Com o tempo, passou a ir para a casa do pai quase todo final de semana, mas a mãe sempre ligava para perguntar: “ele está passando a mão em você?”. Ela conta que isso era muito aterrorizante: “como minha própria mãe podia me fazer imaginar isso do meu pai?”.

Os atendimentos a Mila não eram contínuos, pois ela desaparecia. Depois de quase um mês sem atendê-la, apenas trocando mensagens por celular, Mila aparece como um menino. Cortou o cabelo e está com roupas de menino. Ela diz: “cortei Joãozinho. Estava de saco cheio daquele cabelo”. Conta que resolveu “experimentar uma menina”: “Lembra que eu te falei que você só pode ser hétero ou homo se experimentar as duas coisas?”. Ela também fala sobre Ana, sua namorada: é uma menina “muito sofrida”. A mãe de Ana, quando descobriu que a filha era lésbica, colocou-a para fora de casa. Quando pequena, morou com o pai e uma

madrasta, que apagava seus cigarros no corpo da enteada: “ela é muito traumatizada”. “Que escolha!”, observa a analista. Ela, dando-se conta, afirma: “é... Deve ser porque somos muito parecidas. Me apaixonei por ela por causa dos textos que ela me manda. Eu adoro escrever para as pessoas, mas ninguém nunca me escreveu nada. Minha mãe nunca me deixou um bilhete de amor. A Ana me envia textos lindos, você tinha que ler... Me sinto amada pelo que ela escreve”.

Depois de um tempo sem aparecer novamente, envia uma mensagem num domingo de madrugada pedindo para ser atendida urgentemente. Conta que tentou se matar por não aguentar mais o “desprezo” da mãe: “eu queria fazer falta. Já que nunca fiz... Penso nisso desde que soube que ela queria me abortar porque eu era menina. Ela nunca quis ter uma filha mulher”. Na mesma sessão, conta ter decidido mudar de escola. A diretora, contrária a essa decisão, já dissera à Mila que fora dessa escola-modelo, ela sofreria muito preconceito por ser do jeito que é, pois, nessa escola, oitenta por cento dos alunos são *gays*, lésbicas ou bissexuais e todos se aceitam.

Ainda assim, Mila estava irredutível e optou por trocar de escola. Em suas palavras, dizia querer abandonar tudo aquilo que em nada combinava com o que ela sentia agora: “preciso construir minhas respostas”, ela disse antes de voltar a sumir novamente. Quando volta, já está morando com a avó materna. Com o cabelo pintado de loiro, *shortinho* curto e uma blusa decotada, agora tem um namorado, um menino “frágil”, que faz tudo que ela quer. Mila subjugou o namorado: “ele é meio bobo, meio covarde”. Ele gostaria de estudar artes, mas ela acha que isso não dá futuro e o impede.

Novamente, a menina some por semanas e, quando volta a aparecer, está com o cabelo pintado de azul. Confrontada à pergunta sobre se essa nova forma de se apresentar trazia alguma referência ao filme *Azul é a cor mais quente?*, ela responde com outra pergunta: “aquele que têm duas lésbicas se pegando? Claro que não! Que nojo!”. Conta que, embora não tenha assistido ao filme, leu algumas reportagens, nas quais as atrizes se diziam violentadas, porque o diretor pediu para que elas gravassem muitas vezes. “Como eu poderia assistir a isso?”, Mila pergunta. Conta que só retornou aos atendimentos por uma questão: continua com o namorado, mas as pessoas acham que ela é lésbica: “por que, mesmo tendo um homem ao meu lado, as pessoas continuam achando que sou lésbica? Eu não gosto de mulher. Eu me assumi, mas já me *desassumi!*”.

Depois de uma longa ausência, envia uma mensagem por celular: “aqui é sua paciente mais cabuladora de consultas. Escrevo para agradecer e para te falar que passei no Vestibular!”. Segundo Mila, foi a partir das consultas e por tê-la aceitado como ela era que se “inspirou” a querer ir para a universidade. Além disso, afirma que a analista “foi uma peça muito importante em seu quebra-cabeça”, e que, caso não tivesse havido esse encontro, pensa que teria continuado perdida e confusa: “eu continuaria a ser uma menina dependente e sem voz”.

DISCUSSÃO DO CASO

O caso relança as questões trabalhadas no artigo e testemunha sobre: (1) o fato de que não há uma inscrição *a priori* na sexuação, o sujeito precisa tomar posição; (2) as opções que estão dadas na cultura atual não são sem consequências para a maneira pela qual um sujeito adolescente se questiona hoje; (3) a posição subjetiva na partilha dos sexos não é sem relação com as profundas questões que o sujeito se coloca sobre seu lugar para o Outro; (4) mas há algo que ele precisa escolher na vertente da separação do Outro e que o implica como ser sexuado; e (5) a importância de um encontro com um analista, quando este não se coloca na posição de quem tem um saber, mas, em função de sua função e abstinência, permite que um sujeito construa sua própria resposta, seja ela qual for.

Por que tantos reposicionamentos? Diante da cultura atual, segundo Mila, “Você só pode ser hétero ou homo se experimentar as duas coisas”. Mesmo que não o experimente do modo como Mila o fez, a questão se coloca para cada adolescente de maneira consciente, o que não quer dizer que todos os adolescentes de hoje tenham a liberdade de procurar respondê-la do jeito como fez Mila. Das novelas televisivas às relações com outros adolescentes, o mundo atual já não acoberta relações homossexuais para um adolescente diante dele. Se ainda há os que se escandalizam, e mesmo adultos que vociferam contra cenas em que a homossexualidade é transmitida para a sala de visitas através da televisão e jovens que atacam homossexuais, inclusive fisicamente e, não raro, mortalmente, nas ruas, é preciso dizer que, nem mesmo esses sujeitos têm como escapar à questão.

Veja-se a cena do pai de Ricky Fitts, em *American Beauty*, de Alan Ball e Sam Mendes, no filme de 1999. O coronel Fitts, aposentado da marinha, atribui ao filho uma

homossexualidade que, na realidade, é dele mesmo e com a qual teria que se haver (cf. Alberti, 2004).

Se ainda, normalmente, a anatomia decide o registro civil, ela não comanda o desejo, nem a pulsão. O registro civil é traço unário que marca o sujeito, sim, mas, no momento em que o identificamos com o desejo, no momento em que o escrevemos “S”, Esse [Es, em alemão], Esse barrado [S], esse sujeito é também da pulsão e nela, já dizia Freud, o objeto é o que há de mais variável (Freud, 1915/2006).

É interessante observar que justamente traços unários dessa ordem, insígnias do que estava dado, máscaras que se impunham, era o que tanto perturbava Mila: as máscaras que transformavam os foliões do Carnaval em assassinos, a paradoxal máscara da mãe e a máscara que a mãe imaginava do pai, a própria máscara que assumiu quando Mila se via tímida e sem amigos. Contudo, Mila começou a se dar conta de que eram apenas máscaras, ela também poderia usar máscaras, ser a mais cotada e curtida dentre as colegas da nova escola... é possível brincar com as máscaras... e é possível deixar cair uma máscara.

Quando isso se tomou mais claro para Mila, a partir de sua análise, o trabalho que se impôs para ela dizia respeito a rever sua posição como ser – “já não ser uma menina dependente e sem voz” – diante do que nem sempre é possível dizer. Há algo do ser que escapa ao dizer, ao saber, ao ver e ao audível.

Esse ser, que na peça de Wedekind (1891/2008) se vê sustentado pela inusitada presença do Homem mascarado, apenas uma máscara que o remete ao que já não é seu pai, e sim ao que há nele próprio a decidir: precisa construir suas próprias respostas que, por implicarem o insabido, provavelmente não serão necessariamente definitivas. Quando a pulsão imprime seu caráter à sexualidade, amor, desejo e gozo são funções que vacilam.

CONCLUSÃO

No hospital, podemos observar o tensionamento presente em duas abordagens diferenciadas das questões da sexualidade. Se, de um lado, temos o modelo biomédico, que se caracteriza por uma definição binária e rígida da diferença entre os sexos, classificando as sexualidades que não se enquadram no modelo dicotômico como disforia de gênero; de outro, temos o atravessamento das teorias de gênero. Estas, por terem uma natureza questionadora, proporcionam uma inequívoca complexidade no que seria a bipartição sexual, tornando mais complexas e escorregadias as categorizações e rótulos. Na especificidade do hospital em que trabalhamos, nos é dada a oportunidade de uma dialetização dessa mesma dicotomia, permitindo a entrada do discurso da psicanálise a ressignificar a própria clínica. Ao mesmo tempo, essa oportunidade exige uma releitura da própria psicanálise, o que tentamos introduzir aqui.

O adolescente é o ser-para-o-sexo por excelência, porque, ao contrário do ser-para-a-morte com o qual se ocupa a filosofia (cf. Lacan, 1967/2003), o sujeito adolescente em análise vive as escansões tão bem presentificadas pelo caso Mila, em que as idas e vindas são cortes com elaboração não apenas do amor, mas também do desejo e do gozo, na pergunta sobre as formas de exercer sua sexualidade. Amor, no registro do imaginário, desejo, no registro simbólico, e gozo, no registro do real. O momento disruptivo de angústia, apontado pela própria Mila, foi quando sua “máscara caiu”. Mas porque havia a possibilidade de falar disso em análise, inúmeras questões, da mãe que não a quis, ao pai com quem se identificava, puderam aparecer. E na medida em que, a partir do discurso psicanalítico, não há sujeito sem sexo, da mesma forma como não há sujeito sem política em qualquer que seja o discurso, não há por que a psicanálise com adolescentes deixar de se aprofundar nisso.

Talvez acabemos mesmo nos deparando com o fato de uma feminização, como aponta Carneiro Ribeiro (2011) quando diz que apostar no discurso analítico, na força da contribuição que ele traz para o novo século, é apostar na posição feminina, no não-todo, na incompletude, no furo do saber.

Separado irremediavelmente do Outro, desamparado, só resta ao sujeito do inconsciente buscar recuperar na fantasia aquele pequeno resto – um olhar cego, uma voz inaudível – que seria o complemento de seu ser. Caso se disponha a pagar o preço de ir ao encontro de sua verdade, poderá, talvez, encontrar um novo saber e um espaço para a criação. Apostar na psicanálise também é apostar na palavra, na escrita, na fala de amor. Sem dívida, uma aposta feminina. (p. 188)

Em psicanálise, trata-se de passar de uma lógica da identidade a uma lógica da posição de gozo, e isto independe da anatomia, inscreve-se no campo da escolha, logo da responsabilidade. Do que Míla não se furtou.

São casos como o dela e aos quais temos acesso em ambulatórios públicos como o do hospital em que trabalhamos que exigem um afinamento da teoria psicanalítica a que não podemos nos furtar. Mas tal afinamento só ocorre se retomamos os textos que nos orientam, que introduzem os fundamentos da psicanálise conceitualmente e eticamente, para que sempre levemos em conta que a política da própria psicanálise é aquela que aposta na subversão do sujeito. No contexto em que atuamos, é a subversão do sujeito adolescente que nos ensina a avançar na teoria.

REFERÊNCIAS

- Alberti, S. (2004). *O adolescente e o Outro*. Rio de Janeiro, RJ: Jorge Zahar Editor.
- Alberti, S. (2009). *Esse sujeito adolescente* (3ª. ed.). Rio de Janeiro, RJ: Rios Ambiciosos.
- Alberti, S. (2017). Dois. In M. Daquino (Org.), *A diferença sexual: Gênero e psicanálise* (pp. São Paulo: Agente Publicações.
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (5ª ed.). Recuperado de: <http://c026204.cdn.sapo.io/1/c026204/cld-file/1426522730/6d77c9965e17b15/b37dfc58aad8cd477904b9bb2ba8a75b/obauoeducador/2015/DSM%20V.pdf>
- Butler, J. (2003). *Problemas de gênero: Feminismo e subversão de identidade*. Rio de Janeiro, RJ: Civilização Brasileira. (Originalmente publicado em 1990)
- Carneiro Ribeiro, M. (2011). *Um certo tipo de mulher*. Rio de Janeiro, RJ: 7 letras.
- Ceccarelli, P. (2010). *Psicanálise, sexo e gênero: Algumas reflexões*. Recuperado de http://ceccarelli.psc.br/pt/?page_id=1483
- Dumaresq, L. (2014). *Ensaio de epistemologia transgênera. Transliteração*. Recuperado de <http://transliteracao.com.br/leiladumaresq/2014/11/ensaio-de-epistemologia-transgenera/>
- Fausto-Sterling, A. (1993) *Os cinco sexos: Porque macho e fêmea não são o bastante*. Recuperado de <http://docslide.com.br/documents/anne-fausto-sterling-os-cinco-sexos.html>
- Fausto-Sterling, A. (2001-02). Dualismos em duelo. *Cadernos Pagu*, 17-18, 9-79. <http://www.scielo.br/pdf/cpa/n17-18/n17a02>. (Originalmente publicado em 2000)
- Freud, S. (1996a) Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In J. Strachey (Ed.), *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud* (Vol. 7, pp. 117-231). Rio de Janeiro, RJ: Imago. (Originalmente publicado em 1905)
- Freud, S. (1996b) Análise terminável e interminável. In J. Strachey (Ed.), *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud* (Vol. 23, pp. 239-288). Rio de Janeiro, RJ: Imago. (Originalmente publicado em 1937)
- Freud, S. (2006). Os instintos e suas vicissitudes. In J. Strachey (Ed.), *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud* (Vol. 14, pp. 117-146). Rio de Janeiro, RJ: Imago. (Originalmente publicado em 1915)
- Freud, S. (2010a). Sobre a sexualidade feminina. In *Obras completas de Sigmund Freud* (Vol. 18, pp. 371-398). São Paulo, SP: Companhia das Letras. (Originalmente publicado em 1931)
- Freud, S. (2010b). Novas conferências introdutórias à psicanálise: A Feminilidade. In *Obras completas de Sigmund Freud* (Vol. 18, pp. 263-293). São Paulo, SP: Companhia das Letras. (Originalmente publicado em 1933)
- Freud, S. (2011a). O Eu e o Id. In *Obras completas de Sigmund Freud* (Vol. 16, pp. 13-74). São Paulo, SP: Companhia das Letras. (Originalmente publicado em 1923)
- Freud, S. (2011b). A Dissolução do Complexo de Édipo. In *Obras completas de Sigmund Freud* (Vol. 16, pp. 203-213). São Paulo, SP: Companhia das Letras. (Originalmente publicado em 1924)
- Freud, S. (2011c). A organização genital infantil, um acréscimo à teoria da sexualidade. In *Obras completas de Sigmund Freud* (Vol. 16, pp. 283-299). São Paulo, SP: Companhia das Letras. (Originalmente publicado em 1925)
- Freud, S. (2013). Uma recordação de infância de Leonardo da Vinci. In *Obras completas de Sigmund Freud* (Vol. 9, p. 113-219). São Paulo, SP: Companhia das Letras. (Originalmente publicado em 1910)
- Freud, S. (2015). Pós-escrito à análise do pequeno Hans. In *Obras completas de Sigmund Freud* (Vol. 8, pp. 256-273). São Paulo, SP: Companhia das Letras. (Originalmente publicado em 1922)
- Gallano, C. (2006). O que dizem gays e lésbicas? In *As realidades sexuais e o inconsciente* (pp. 316-325). Salvador, BA: Escola de Psicanálise dos Fóruns do Campo Lacaniano no
- Knudsen, P. P. S. (2013). Psicanálise, gênero e singularidade. *Revista Faac*, 2, 195-202. Recuperado de <http://hdl.handle.net/11449/125085>.
- Lacan, J. (1992). *O Seminário, livro 17: O avesso*. Rio de Janeiro, RJ: Jorge Zahar. (Seminário proferido em 1969-70)
- Lacan, J. (1995). *O Seminário, livro 4: A relação de objeto*. Rio de Janeiro, RJ: Jorge Zahar. (Seminário proferido em 1956-57)
- Lacan, J. (1998a). Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise. In *Escritos* (pp. 238-324). Rio de Janeiro, RJ: Jorge Zahar. (Originalmente publicado em 1953)
- Lacan, J. (1998b). Posição do inconsciente. In *Escritos* (pp. 843-864). Rio de Janeiro, RJ: Jorge Zahar. (Originalmente publicado em 1960)
- Lacan, J. (2003b). Radiofonia. In *Otros escritos* (pp. 403-447). Rio de Janeiro, RJ: Jorge Zahar.
- Lacan, J. (2008). *O Seminário, livro 20: Mais, ainda*. Rio de Janeiro, RJ: Jorge Zahar. (Seminário proferido em 1972-73)
- Lacan, J. (2009). *O Seminário, livro 18: De um discurso que não fosse semblante*. Rio de Janeiro, RJ: Jorge Zahar. (Seminário proferido em 1971)
- Lacan, J. (2012). *O Seminário, livro 19: ... ou pior*. Rio de Janeiro, RJ: Jorge Zahar. (Seminário proferido em 1971-72)
- Lattanzio, F. (2011). *O lugar do gênero na psicanálise. Da metapsicologia às novas formas de subjetivação*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal de Minas Gerais, MG.

- Brasil. Recuperado de http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/VCSA-8J9G7E/disserta_o_felippe_lattanzio_vers_o_definitiva_o_lugar_do_g_nero_na_psican_lise.pdf?sequence=1
- Lesko, N. (1996). Denaturalizing adolescence: The politics of contemporary representations. *Youth and Society*, 28(2), 138-161.
- Miller, J. (2012). Apresentação. In J. Lacan, *O Seminário, livro 19: ... ou pior* (4a. Capa). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Miranda, E., & Alberti, S. (2012). A função do feminino para a noção de estrutura em psicanálise. *Tempo Psicanalítico*, 44(2), 371-387.
- Pollo, V. (2003). *Mulheres históricas*. Rio de Janeiro, RJ: Contra Capa Livraria.
- Prates, A. (2001). *Feminilidade e experiência psicanalítica*. São Paulo, SP: Editora Hacker.
- Quinet, A. (2002). *Um olhar a mais*. Rio de Janeiro, RJ: Jorge Zahar.
- Quinet, A. (2013). A escolha do sexo com Freud e Lacan. In A. Quinet, & M. A. C. Jorge (Orgs.), *As homossexualidades na Psicanálise: Na história de sua despatologização* (pp. 131-140). São Paulo, SP: Segmento Forma.
- Rocha, Z. (2002). Feminilidade e castração: Seus impasses no discurso freudiano sobre a sexualidade feminina. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 5(1), 128-151.
- Tubert, S. (1999). *A morte e o imaginário na adolescência*. Rio de Janeiro, RJ: Cia das Letras.
- Soler, C. (2013). A maldição sobre o sexo. In A. Quinet, & M. A. C. Jorge (Orgs.), *As homossexualidades na Psicanálise: Na história de sua despatologização* (pp. 119-130). São Paulo, SP: Segmento Forma.
- Strauss, M. (2015). A escolha do sexo: O que dizem disso? *Stylius: Revista de Psicanálise*, 30, 69-78.
- Wedekind, F. (2008). *O despertar da primavera* (3ª ed., M. A. S. Melo, Trad.) Lisboa: Editora Estampa. (Originalmente publicado em 1891)
- World Professional Association of Transgender Health. (2012). *Standards of care for gender identity disorders* (7ª ed.). East Dundee: WPATH.
- Zupančić, A. (2016). Sexo, ontologia e subjetividade. *Lavra Palavra*. Recuperada de Entrevista a Randall Terada publicada no site: <https://lavrpalavra.com/2016/03/01/sexo-ontologia-e-subjetividade/>

ANEXO C - Artigo publicado na Revista Subjetividades. Fortaleza, 20(Especial 2): e8822, 2020 (fl. 1)



QUESTÕES DA DISFORIA DE GÊNERO NA INFÂNCIA: ENTRE PSICANÁLISE E MEDICINA

Issues of Gender Dysphoria in Childhood: Between Psychoanalysis and Medicine

Cuestiones de la Disforia de Género en la Niñez: Entre Psicoanálisis y Medicina

Problèmes de Dysphorie de Genre chez l'Enfant : Entre Psychanalyse et Médecine

 10.5070/23590777.es.v20iEsp.2.e8822

Santa Alberti 

Professora Titular e Psicóloga da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Pesquisadora do CNPq. Proponente da Residência em Psicologia Clínica Institucional do Instituto de Psicologia da UERJ. Psicanalista Membro da Escola de Psicanálise dos Fóruns do Campo Lacaniano.

Heloene Ferreira da Silva 

Doutoranda em Psicanálise (PPSA/UERJ), bolsista FAPERJ. Mestre em Psicanálise (PPSA/UERJ). Especialista em Psicologia Clínica Institucional modalidade Residência Hospitalar HUPE/UERJ.

Resumo

No que tange à psicanálise, qual é nossa política diante das questões de gênero? Esta pergunta que esse texto se coloca a partir do trabalho com uma criança encaminhada para diagnóstico após a suspeita da pediatra de que seria portadora de uma disforia de gênero. Retomando as diretrizes que orientam a medicina quanto a questão da atualidade, observando o trabalho analítico dessa criança e situando nos frente a observações cruciais, tanto de Freud quanto de Lacan, sobre a postura do analista quanto às questões das subjetividades de sua época, discutimos a falácia da binaridade que vigora em um mundo biologicista. Orientamo-nos, metodologicamente, de duas formas: a discussão de discussões e o trabalho clínico conforme a pesquisa em psicanálise, isto é, fazer o sujeito falar para, a partir daí, construir possíveis falhas para sua própria identidade, dessa forma é possível atualizar a referência freudiana ao impossível.

Palavras-chave: gênero; sexualidade; caso clínico; medicina e psicanálise.

Abstract

Concerning psychoanalysis, what is our policy regarding gender issues? This is the question that this text raises from the work with a child referred for diagnosis after the pediatrician's suspicion that she would have gender dysphoria. Resuming the guidelines that guide medicine regarding the issues today, observing the analytical work of this child and situating ourselves in the face of crucial observations, both by Freud and Lacan, on the analyst's stance on the issues of the subjectivity of his time, we discussed the fallacy of binarity that prevails in a biologicist world. We are guided, methodologically, in two ways: discourse discussion and clinical work according to research in psychoanalysis, that is, making the subject speak to, from there, build possible fissures for their own identity, so it is possible to update the Freudian reference to the impossible.

Keywords: gender; sexualization; clinical case; medicine and psychoanalysis.

Resumen

Lo que se refiere a la psicoanálisis, ¿cuál es nuestra política ante las cuestiones de género? Esta es la pregunta que este texto pone a partir del trabajo con una niña derivada para diagnóstico después de la sospecha de la pediatra de que sería portadora de una disforia de género.

Sonia Alberti e Heloane Ferreira da Silva

Revisitando las directrices que orientan la medicina cuando a la cuestión en la actualidad, observando el trabajo analítico de este niño y abrimosnos ante observaciones cruciales, tanto de Freud cuanto de Lacan, sobre la postura del analista cuando a las cuestiones de las subjetividades de su época, discutimos la fatua o la binaridad que existe en un mundo biologicista. Nos orientamos, metodológicamente, de dos formas, la discusión de discursos y el trabajo clínico según la investigación en psicoanálisis, es decir, hacer el sujeto hablar para entonces evaluar posibles balizas para su propia identidad, de esta forma es posible actualizar la referencia freudiana al imposible.

Palabras clave: género, sexualización, caso clínico, medicina y psicoanálisis.

Résumé

Dans ce qui'il concerne à la psychanalyse, quelle est notre politique devant la matière de genre? Voici la question que ce texte soulève à partir du travail avec un enfant dans le pédiatre accompagné qu'il avait une dysphorie de genre. Nous avons discuté de l'illusion de la biculturalisation en reprenant les lignes directrices qui guident la médecine sur cette question aujourd'hui, en observant le travail analytique de cet enfant et en nous situant face à des observations cruciales de Freud et, aussi, de Lacan, sur la position de l'analyste sur les enjeux de subjectivité de son temps. Nous sommes guidés, méthodologiquement, de deux manières, par des débats sur les discours et par le travail clinique, selon la recherche en psychanalyse, c'est-à-dire faire parler le sujet et, donc, connaître ses balises possibles pour sa propre identité. Par conséquent, il est possible de mettre à jour la référence freudienne à l'impossible.

Mots-clés : sexe, sexualité, cas clinique, médecine et psychanalyse.

*As coisas não querem mais ser vistas por pessoas
racíveis.
Elas desejam ser vistas de azul —
Que nem uma criança que você vê de azul.
Manoel de Barros (2016).*

Pablo Vittar emerge, em 2017, como a *divag queen* mais famosa do país, ao mesmo tempo em que uma novela, em horário nobre, aborda a questão da transexualidade. Estamos diante de uma nova revolução sexual, à altura daquela que se iniciou nos anos 1960, introduzindo a liberação sexual, com a aceitação social do sexo antes do casamento, a partir da comercialização da pílula – e da legalização do aborto em vários países desenvolvidos do ocidente. Alastrou-se década de 1970 adentro, a partir dos movimentos iniciados em 1969, no bar Stonewall, em Nova Iorque, quando membros da comunidade LGBT insurgiram-se contra as contínuas agressões da polícia de Nova York em represália à *homo-sensibilização* permitida no bar e suas adjacências. A contracepção, a nudez, a homossexualidade e as formas alternativas de sexualidade, de modo geral, assim como a legalização do aborto, foram resultado de lutas pelos direitos de cada cidadão escolher sua própria forma de gozar e se instrumentalizar do corpo, o que não deixa de ser um ato político se, como Aristóteles, entendemos o homem como um animal cuja própria natureza é política e se, com Hobbes – que, como Freud (1930/1974), retomou a máxima de Plauto segundo a qual o homem é o lobo do homem –, entendemos que, na política, é necessário um pacto – ou contrato – social para que reine paz suficiente entre os homens, de modo a que os mais fracos e desassistidos possam se ver protegidos dos mais fortes (e.g. Tiaga, 2014). Parafrazeando Lacan (2006), poderíamos afirmar que a sexualidade é a política! A partir de Laufer (2017), poderíamos então questionar: tocar a ordem sexuada tem mais consequências do que tocar a ordem econômica ou política do país?

O texto que segue é um produto do trabalho que desenvolvemos em nossa pesquisa de doutorado e que tange as atuais questões de gênero, visando a verificar a posição que a psicanálise pode assumir ali onde Jacques Lacan (1998a, p. 322) propõe que é preciso que o psicanalista “alcance em seu horizonte a subjetividade de sua época”.

No que tange à psicanálise, qual é nossa política? Será que estamos aptos a interrogar como crianças andróginas e bissexuais são transformadas em meninos ou meninas (Laufer, 2017)? Ou fiamos-nos no referencial biológico e reiteremos toda designação sexual advinda no momento do nascimento pelo marcador anatómico? Que espaço há em nossas clínicas para sustentarmos o irrepresentável do sexo quer ele apareça em que idade for? O que é isso que estamos escutando? Se, hoje, o saber se escreve em termos de ou/ou, nem/nem, se/então..., nós, psicanalistas, reforçamos essa dicotomia? Quanto nos atermos ao binário? Se muitos ainda confundem escolha de objeto e posição sexuada, como podemos avançar? Se “a contratransferência nada mais é do que a função do ego do analista, o que chamarei a soma dos preconceitos do analista” (Lacan, 1996, p. 53. Grifo nosso), essa contratransferência poderia ocorrer também em relação à teoria?

Método

Partindo de um caso clínico encaminhado para diagnóstico psicológico por uma pediatra que suspeitava de “uma disforia de gênero” em uma criança de quatro anos de idade que dizia ser menina quando, pelo menos do ponto de vista anatomicofisiológico, era um menino, inúmeras questões surgiram em relação à abordagem teórica dessa questão absolutamente contemporânea. Em consequência, examinamos: 1) o ponto de vista médico que levou a pediatra a fazer o encaminhamento do caso, 2) a clínica que questiona a teoria, permitindo enriquecê-la, 3) como nos colocar ao trabalho por uma elaboração teórica que objetiva a pesquisa em psicanálise.

Desde sempre, a recomendação freudiana é de que, quando temos um caso em análise, não devemos colocá-lo imediatamente em uma categoria e, como também dizem Giaretta & Silva (2019, p. 143), nosso trabalho se configura “aberto, inventivo, espontâneo e fecundo, longe de corresponder a uma espécie de protocolo de intervenções”. Lacan (1975, p. 11, [Tradução nossa]) comenta: “que escutemos com total independência em relação a todos os conhecimentos adquiridos por nós”, para que nos dediquemos à particularidade do caso.

Assumimos o caso, como analista e supervisora, desde que orientadas pela metodologia freudiana do trabalho clínico: fazer falar e, assim, promover a presentificação do sujeito, construir alguma coisa. O fazer falar (Celes, 2005) implica em levar em conta que o sujeito é aquele que fala (Lacan, 1998a), pois ele aí se presentifica por meio dos próprios significantes que emite e, ao contrário de nos situarmos diante disso numa suposta contranferência – que, como o bem disse Lacan (1996), não passa de uma transferência –, devemos deixar nos surpreender pelo novo de cada caso.

Orientamo-nos, metodologicamente, portanto, de duas formas: de um lado, a discussão dos discursos sobre a disforia de gênero na infância e, de outro, o trabalho clínico conforme a pesquisa em psicanálise: fazer o sujeito falar para, a partir daí, construir possíveis balizas para sua própria posição subjetiva.

Tiemo-nos na assertiva de Jacques Lacan (1992, p. 82) de que “a configuração subjetiva tem, pela ligação significativa, uma objetividade perfeitamente localizável, que funda a própria possibilidade da ajuda que trazemos sob a forma da interpretação”. Partimos de uma revisão bibliográfica, corejamos o produto de tal revisão com a clínica, e levantamos, então, hipóteses para possíveis avanços teóricos.

Justificativa

A WPATH (Associação Mundial Profissional para a Saúde Transgênero), cujas Normas de atenção à saúde das pessoas trans e com variabilidade de gênero (WPATH, 2012) funcionam como referência internacional para os protocolos médicos, ressaltam, na seção VI, relacionada à avaliação e tratamento de crianças e adolescentes com disforia de gênero, que, na história clínica da maioria das crianças com disforia, verifica-se que, ao chegarem à puberdade, tal disforia terá desaparecido. “No entanto, em algumas crianças, esses sentimentos se intensificam, e a aversão ao corpo se desenvolve ou aumenta à medida que chegam à adolescência e suas características sexuais secundárias se desenvolvem” (WPATH, 2012, pp. 13-14).

A WPATH observa que a conduta e tratamento médico precoce variam conforme a legislação de cada país e que, no caso de um país adotar o tratamento precoce, ele consiste na administração de hormônios bloqueadores da puberdade nos primeiros estágios de Tanner (escala de medição de desenvolvimento da puberdade). A WPATH alerta para o fato de que médicos inexperientes “podem confundir sinais de disforia de gênero com delírios” (WPATH, 2012, p. 14), quando, na realidade, a disforia de gênero possui um diagnóstico independente de qualquer afecção mental, pois a “grande maioria das crianças e adolescentes com disforia de gênero não está sofrendo de uma doença psiquiátrica grave subjacente” (WPATH, 2012, p. 14). Surge daí a necessidade de o profissional ser “experiente no diagnóstico e tratamento dos problemas comuns de crianças e adolescentes”, o que levou a *American Psychological Association* (APA, 2015) a lançar o *Guidelines for psychological practice with transgender and gender nonconforming people*, cuja proposta era contribuir nessa formação de profissionais da saúde, e a Turban, Ferraiolo, Martin, e Oleszki (2017) a publicarem um artigo com dez itens para orientar médicos e psicólogos no trato com crianças e adolescentes que apresentarem questões de disforia de gênero. Entre essas dez orientações, lê-se, explicitamente, em seu item 7, que o “bloqueio de puberdade e esteroides sexuais podem salvar a vida” de um pré-adolescente (Turban et al., 2017, p. 276, Tradução livre).

Eis, então, a razão pela qual a pediatra que encaminhou o caso que trabalharemos buscava um diagnóstico psicológico mais apurado: tentar identificar, de forma bastante precoce, se, ao crescer, essa criança deveria ou não ser submetida a bloqueio de puberdade, a fim de evitar-lhe futuro sofrimento diante da natural aquisição dos caracteres sexuais secundários e do crescimento dos órgãos sexuais de sua anatomofisiologia. Diante de tal pedido, que política a psicanálise deve adotar?

Sabemos que boa parte da estratégia de instalação da psicanálise na cultura se dá a partir de um discurso no qual ela se coloca na contramão da desvalorização do que está fora da norma, a ponto de haver psicanalistas que afirmam que a psicanálise a contrária (Ambra, 2016). Retomemos a passagem em que Lacan não apenas o corrobora, como o explicita, dirigindo-se aos analistas de uma forma geral:

O que eu tento é outra coisa. É fazer com que, no seu discurso, vocês tenham menos bobagens [...], o que, para isso, tentem incluir um pouco o sentido com elementos que sejam meio novos. Está muito claro que não há nenhum meio de separar duas séries quaisquer – eu disse quaisquer – de atributos que compoñham uma série masculina, de um lado, e a série feminina, do outro. (Lacan, 2012, p. 178)

O psicanalista, ao introduzir o sujeito na cena, está advertido de que o próprio “sujeito é o real da ordem social” (Eliá, 2005, p. 5), marcando também o estatuto do lugar da psicanálise em relação ao saber médico, na medida em que ela surge e sobrevive até hoje, resistindo à tentativa sempre fracassada do saber científico de escrutinar o corpo humano e enquadrá-lo no território das taxionomias.

Há que se precisar do psicanalista, mas, ao mesmo tempo, talvez essa seja uma das maiores dificuldades em implementar uma parceria entre a prática médica e o ato psicanalítico: a diferença ética. Freud já alertava, como escreve Figueiredo (1997, p. 73), “para a inecucabilidade das pulsões” (pilar da psicanálise) e, de outro lado, para os perigos do “*fívor samandí*” (perigo da medicina), questões que escapam totalmente à ciência médica, pois implicam a prática da teoria psicanalítica. Podemos observar a função da psicanálise junto à medicina: a de participar de um ato clínico que, no avesso da categorização normativa, recupera o olhar como dedicado à particularidade de cada caso (Alberti, 2000).

Caso Clínico

Quando recebemos a demanda de tratamento para Nicolas – nome fictício –, um menino de quatro anos que, segundo a mãe, queria ser uma princesa e gostava de brincar que estava grávido, sustentamos uma não resposta imediata, imprimindo na condução do caso a assunção do lugar atópico que o analista deve ocupar. Se a clínica psicanalítica deve ir além da estrutura (Braunstein, 2016), não sem levá-la em conta, de que maneira podemos nos orientar? Lacan (2005) nos ensina que, sem a experiência clínica, a teoria não passa de um ajuntamento.

Lindo, franzino e muito inteligente, aos quatro anos de idade, Nicolas quer sair de casa fantasiado de Trozeu, usar saias e vestidos, passar batom, brincar de bonecas e de estar grávido. Em suas primeiras palavras, afirma que quer ser uma princesa, “porque as princesas são Lindas!” Nas entrevistas com os pais, ambos relatam que, logo após seu nascimento, sentiam um amor imenso e inexplicável por aquele bebezinho. “Eu tinha que me controlar para não fazê-lo só meu. Não queria dividir ele com ninguém. Achava que só eu sabia cuidar”, disse a mãe. “Quando o vi, descobri o que era amor de verdade. Minha mulher, naquele momento, já podia ir embora... Ela foi apenas a hospedeira do verdadeiro amor da minha vida”, disse o pai. Curiosamente, nenhum dos dois parecia se importar com o fato de terem gerado um filho tardiamente ao casamento. A explicação de cada um para ter chegado a hora de gerarem Nicolas foi: “O meu relógio biológico tocou”, disse a mãe. “Ah, era isso que a sociedade esperava de mim”, disse o pai.

Os pais discordam e assumem posturas muito diferentes em relação ao possível diagnóstico médico do filho, que eles identificavam como “transtorno de identidade de gênero”, o que é uma nosologia do DSMIV, criticada por ter sido considerada um transtorno e, por isso, retificada no DSMV como “disforia de gênero”. Para a mãe, o filho é uma criança muito especial, muito sensível e, por isso, muito ligado ao feminino, sendo “um dom dele mesmo que não podemos mudar”, ela diz. Para o pai, o filho “foi contaminado” por ter crescido cercado de mulheres e por não ter ninguém que “corte essas coisas de princesa e incentive outras coisas”, ele diz.

Contam que só tiveram coragem de pedir ajuda agora porque perceberam que o filho estava sendo hostilizado: suas amiguinhas da escola dizem para ele que ele é menino e não pode fazer festa de princesa; ele não entende o porquê. Com os meninos ele responde de forma agressiva, “rola porrada, porque ele é muito territorialista”, diz o pai orgulhoso. Os pais contam que sempre o mimaram: “nós o mimamos muito. Mimamos sabendo que estávamos mimando. Mimamos sem poder parar de mimar”. Além disso, na internet, a mãe estudou várias teorias sobre como criar um filho e encantou-se com aquela que apregoava a “criação com apego” (da API – *Attachment Parenting International*), que dita que o bebê possui três necessidades básicas: proteção, previsibilidade e proximidade, e que, quando essas necessidades são atendidas, ele se desenvolve de forma “plena e feliz”.

A avó paterna também mimou Nicolas, dá bonecas de presente, e não fica abalada com as manifestações de Nicolas de que é princesa, quer brincar de boneca e ter um bebê, porque, como a própria avó diz, “o pai também era *sichimba* quando criança”. O pai ratifica: “sempre fui muito bobo e choro”, e acrescenta que atravessou a adolescência com dificuldades, mas, quando chegou à vida adulta, se viu um homem bonito e forte e “ah, arrasava na performance. Ganhão pegador!”

Em sua primeira entrevista sozinho, Nicolas diz que vai desenhar a analista igual a uma princesa, a princesa mais linda, que é a Trozeu, com trança e tudo, mas, quando vai desenhar, faz um chapéu de bruxa e diz a seu desenho: “agora, você é a Rainha Mãe”. Tira a tampa de todas as canetinhas que lhe oferece a analista para desenhar e risca seus braços, pernas e rosto.

Toca todo rabiscado e, quando a analista lhe faz perguntas, ele responde apenas com cocô e xixi. Cedo percebemos que Nicolas transfere o binarismo que ele presentifica como um dois em um para todas as coisas com as quais se ocupa – cocô e xixi – e cedo também o que é a mais linda das princesas pode se tornar Rainha Má, indiferentemente se ela é ele próprio ou sua analista.

Ainda nas primeiras entrevistas, fala sobre sua segunda grande paixão, o desenho *Ever after high* – produção em parceria com a Mattel e Netflix –, “no qual as princesas são valentes”. No desenho, as filhas adolescentes das princesas e vilãs de Disney estão em conflito. Enquanto Apple White (filha da Branca de Neve) quer cumprir seu destino de “viver feliz para todo o sempre”, Raven Queen (filha da Rainha Má) recusa-se a cumprir seu destino de tornar-se uma vilã como sua mãe. Raven prefere criar seu próprio destino, enquanto Apple acredita que, para realizar seu sonho, Raven deve seguir o dela e se tornar a nova Rainha Má. Nicolas, a princípio, identifica-se com a Rainha Má, inclusive, foi essa a boneca que ele pediu e ganhou do Papai Noel no último Natal.

Enquanto a mãe o descreve como “muito sensível e delicado”, Nicolas tem atos autoagressivos, alguns mutilantes, como quando arrancou grande parte de seu cabelo pela raiz para livrar-se da cola colorida que nele secara – ato que a mãe achou muito engraçado.

Numa sessão, os pais trazem Antonia, a carismática irmã de Nicolas. Uma menina muito afetuosa que, embora ainda não fale, espalha todo seu charme e felicidade. Nicolas a empurra, aperta seu braço, bate nela... E ela e os pais apenas sorriem. Até que Nicolas risca o rosto da irmã com muita força, ela chora. Os pais nada dizem a Nicolas, pegam Antonia e fazem-na parar de chorar. Eles insistem em dizer que Nicolas é um irmão maravilhoso e muito cuidadoso com a irmã, que nunca sentiu ciúmes dela. Afinal, durante a gestação de Antonia, eles foram muito bem preparados pelo ginecologista que fazia o pré-natal, que contou a seguinte metáfora para a mãe: “imagina que o Antony [nome fictício do pai de Nicolas e Antonia] vai chegar em casa com uma nova esposa e essa nova esposa vai dividir com você tudo que era só seu. É assim que o Nique [apelido que aqui lhe damos para fazer ressoar aquele com o qual é chamado em casa, irá se sentir]...”

Nas sessões, Nicolas escolhe sempre brincar com as bonecas e deixa os bonecos com a analista. Todos os personagens pedam e fazem cocô o tempo todo. Entre uma fala e outra, Nicolas grita, debate-se, rabisca-se, come papel, espalha todos os brinquedos, joga-se da cadeira... Numa dessas “crises”, ele diz: “eu deixo a xxx (nome da analista) doidinha”.

Nicolas costuma dizer que o cabelo da analista é igual ao da Branca de Neve, rival direta da Rainha Má no desenho que adora assistir. Ele diz que irá espioná-la pelo espelho que ele tem em casa, no qual conseguirá ver tudo o que a analista faz. As crises de autoagressividade ainda são constantes, e ele se risca, grita... A analista diz: “você pode ficar tranquilo aqui. Aqui nada irá lhe fazer mal”. Ele responde: “você não me conhece”.

Na sessão seguinte, Nicolas diz: “eu tenho uma pepeca no lugar do lulu”. “É sério? E como é isso?”, questiona a analista. “Ah, eu tenho um lulu na frente e uma pepeca atrás. Uma pepeca e um lulu juntos”. A representação do órgão genital como dois em um sugere reflexões teóricas importantes. E uma pergunta se impõe: seria possível que esse *trans Nicolas* identifique a sexualidade com o mesmo maniqueísmo característico de uma tentativa holofásica de mapear o mundo que pode ocorrer na psicose? Ou seria apenas uma forma de se fazer amar ali onde sua mãe dele não se pode separar?

Nicolas passa sessões respondendo somente cocô e xixi. Até que, em uma sessão, diz que precisa fazer cocô e vai ao banheiro. Na saída da sessão, ele diz: “o cocô foi dividido. Agora está metade na cabeça da mamãe, metade na sua cabeça”. Aos poucos, Nicolas suporta alguma divisão.

Certa feita, a mãe chega rindo e diz à analista: “não sei se eu deveria estar rindo da história que vou te contar”. Conta que Nicolas e uma antiguiinha foram para o canto da sala de aula na escola e que ele teria tocado a “pepeca” dela. Ao assisti-la contando-a para a analista, Nicolas fica furioso, chora, faz birra, diz que quer ir embora. Percebendo-o, a analista se senta a seu lado e diz: “te esperei a semana toda e agora que você está aqui, você não quer falar comigo? Eu gosto tanto de falar com você. O que houve?” Ele ri e vai pegar os brinquedos. Desenha uma menina e pergunta: “xxx (nome da analista), você me ama?” e desenha um coração. Mas antes mesmo que a analista possa responder alguma coisa, ele diz: “eu te amo!”, e desenha o outro coração.

Após algumas sessões e muitas supervisões clínicas, a analista pergunta a Antony, pai de Nicolas, se ele sabe a importância de um pai na vida de um filho. Surpreso, ele responde que sim, mas depois pensa e questiona: “qual é a resposta certa”? Perguntado sobre se ele acredita que há uma resposta certa, ele responde: “eu não sei”. Essa entrevista marca uma reificação na postura do pai. Ele passa a estar mais em casa e incluir o filho em suas atividades. Eles saem para fazer “coisas de meninos” e o pai passa a aceitar a paixão do filho por Moana, personagem de outro filme da Disney, e lhe traz essa boneca de uma das viagens que faz no exterior.

Numa sessão posterior, a analista tinha mudado seus cabelos, agora cacheados. Nicolas não parava de olhá-la, boquiaberto. Então, ele diz: “você é da família da Moana. Você é moreninha. Eu sou moreninho. Nós somos da família da Moana”. Nicolas passa, então, a se identificar com Moana, a mais recente princesa da Disney, aliás, cabe dizer, uma teatariva da Disney de afastar as princesas dos papéis estereótipos de gênero. Moana ganha grande espaço em sua vida. Falando seu inglês perfeito, Nicolas canta afinadamente a música tema da princesa:

Tento obedecer, não olho pra trás / Sigo meu dever, não questiono mais / Mas pra onde vou, quando vejo, estou onde eu sempre quis / O horizonte na pele pra lá tão longe
Será que eu vou? / Ninguém tentou / Se as ondas abriam pra mão de verdade / Um dia eu vou saber quem sou.

Sua mãe conta que o parto de Nicolas fora por cesárea. Em suas palavras, “ter feito uma cesárea não foi parir. Cesárea não é parto, é cirurgia de extração de feto”. Diz que apenas com o nascimento da filha se tornou uma “mulher de verdade”. Conta que parir é a coisa mais maravilhosa do mundo. “As outras que me desculpem, mas uma mulher que não pare de parto natural não é uma mulher de verdade. Tem que abrir as pernas e colocar a criança no mundo para saber como é que é uma coisa plena. Um orgasmo”.

Foi quando essa irmã completou um ano de idade que Nicolas passou a querer ser uma princesa. Uma princesa que usa batoni, vestidos, saltos e acessórios da mãe. Um “Ilmeneu travestido assistindo a uma dança em hora de Priapo”, cena do quadro de Poussin (1634/1638), que mostra o deus grego do casamento vestido de mulher numa dança para Priapo, o deus da fertilidade, que costuma ser representado com o falo em perpétua ereção. O jovem Ilmeneu era tão belo que se dizia parecido com uma moça, e transveste-se para ficar junto a sua amada num ritual somente acessível a mulheres. Assim também o querer ser de Nicolas não diz respeito a uma escolha de objeto e, sim, a uma busca de ser. Separado e amado.

Com o andar da análise de Nicolas, a mãe relata ter percebido uma grande mudança no comportamento do filho. “Ele agora é um menino confiante, que consegue conviver bem com qualquer criança”. Conta que, em casa, ela sempre imagina: “O que a xxx (nome da analista) me diria se estivesse aqui vendo o que estou fazendo?”, e que esse pensamento a ajuda a ter um pouco de tranquilidade. O pai fala da sua satisfação em ver como o filho cresceu e como está cada dia mais independente. Nas sessões, Nicolas se dedica a desenhar, cantar, jogar, falar sobre Micina.

A crise financeira enfrentada pelos pais chega a seu ápice e eles são obrigados a mudar os padrões de vida e reduzir os gastos. Optam por retirar Nicolas do tratamento. Na última sessão, quem traz Nicolas é o pai. Sem saber como abordar o assunto e visivelmente consternado, ele começa dizendo que o filho não queria mais vir por que não conseguia ficar sozinho no consultório sem os pais. Nesse momento, o pequeno analisante sugere desenharmos juntos. Ele pede para que a analista o desenhe e ele desenha seu vestido de Rainha Mãe. Pede para que a analista escreva seu nome completo e, pela primeira vez, acrescenta o sobrenome da mãe ao seu. Pede que a analista escreva o nome do país onde o avô paterno nasceu e diz que irá se mudar para lá. “Lá é frio, tem neve e fica muito longe daqui”. A analista diz: “parece que ficaremos um bom tempo sem nos vermos... Eu queria te pedir para me contar uma história, assim, quando nos reencontrarmos, a gente continua”. Nicolas não pensa duas vezes e diz: “vou te contar a história do homem grávido”:

Tinha uma menina gorda.
Ele comeu muita coisa e ficou grávido.
Vão contar a barriga dele.
Ele vai virar um sago.
A Antonia estava dentro da barriga do papai.

Inúmeras são as observações que podemos fazer sobre esse caso, à luz da clássica teoria da clínica psicanalítica: a dificuldade da mãe diante do parto, e nos dois sentidos do termo; a importância da transferência na clínica com crianças, inclusive envolvendo o casal parental; a entrada da analista na relação do pai com o filho, quando esse pai é tão determinado pela sua relação com a própria mãe, para a qual era uma *bitch/baba*, a ponto de ele ter que se transvestir de garanhão, distanciando-se, assim, de sua própria família, viajando o tempo todo, o que só foi modificado quando, com a analista do filho, pôde se colocar na função paterna, tão importante para Nicolas.

Além disso, todo o trajeto analítico feito pelo pequeno analisante, que da binaridade do cocô e xixi desliza para a pepeca e o lulu, numa tentativa de integrar, em si mesmo, a delicadeza com que era identificado pela mãe e a agressividade que extravasava na lida com os meninos e com ele próprio. Mas, de tudo isso, o que insere o caso Nicolas na clássica clínica com crianças, a questão que o trouxe para o consultório da analista, é, absolutamente, contemporânea.

Criança é Trans? Prolegômenos Psicanalíticos

Dos nossos antecedentes, podemos afirmar que a sexualidade é infantil, “perverso polimorfa”, e se constitui na relação com o Outro, desde os tempos de Freud (1905/2016). Nisso não há nada de novo debaixo do sol. Contudo, a racionalidade clínica hegemônica de nosso tempo procura, por meio de sua especialização nos ramos da biologia molecular, determinar de modo inequívoco a realidade do sexo do sujeito. Uma clínica médica atravessada por uma perspectiva que se diz científica por propor métodos neutros e resultados universais, mas que desconsidera, na realidade, a possibilidade de as questões envolvidas

atravessarem outros campos que não apenas o da biologia molecular, porque o sujeito não é totalmente submetido ao que encontra a ciência, menos ainda, o sujeito é inequívoco. O que esse modelo de pensamento esquece, é que a realidade do sexo se dá em sua “relação com a alteridade, em que para ele [o sujeito] consistem a linguagem, a família, a sociedade, enfim, todos os elementos do que Lacan denominou o Outro, que o sujeito vai sexual-se, definir-se homem ou mulher, e definir também os seus demais atributos” (Eliá, 2000, p. 26). Logo, essa racionalidade ávida por determinar o sexo independentemente do sujeito se esquece, indiscutivelmente, da clínica e do fato de que o sujeito, por definição, é dividido.

Sobre o fenômeno chamado “infância trans” (Tajer, 2017), a psiquiatria diz: é trans! Amídiá, redutora de complexidades, é reducionista e afirma: já nascem assim! De tal maneira que, multiplicam-se os analistas de *Facebook*, de *YouTube*, de *Téja*. Colocando suposições quando não há clínica.

A partir da escuta analítica de sujeitos transsexuais participantes do processo transsexualizador no SUS, chama a atenção isso que eles dizem ser um sentimento tão precoce, como na fala de Karina (nome fictício), transmulher de 52 anos, que espera na fila da cirurgia de transsexualização há seis anos:

Eu sempre achei que eu fosse uma mulher. Quando eu era pequena, eu achava que todas as mulheres tinham e que eu tinha. Eu via as minhas irmãs e imaginava que o delas iria crescer. Ah, quando eu fiz sete anos, eu me apaixonou pelo irmão da amiga da minha irmã. Eu sempre tive cabelo comprido, usava roupas leves e coloridas, brincava de pique, comidinha, bola... Eu não sabia que eu não era uma menina... até que eu beijei esse menino. Ele contou para a mãe dele e, a partir dali, todos me diziam todos os dias que eu não era uma menina, mas eu era, eu sou e eu sempre vou ser. [...] A cirurgia é só para me dar uma vagina com a qual eu já deveria ter nascido.

Karina afirma que, antigamente, não havia esse negócio tão bem definido de “isso é coisa de menina” e “isso é coisa de menino”. Segundo ela, a infância era muito mais colorida do que as hodiernas divisões binárias rosa ou azul, boneca ou carrinho, balé ou futebol... Anualmente, um menino que goste de princesas, rosa, laços de cabelo, colocar saia e sapato alto será considerado uma criança transgênero. Uma menina que goste de só usar calças, cabelo curto, futebol e de brincadeiras agressivas, será igualmente trans. Mas se se nenhuma dessas coisas fossem “de menino” e “de menina”?

No âmbito dos estudos de gênero contemporâneo, Preciado (2014) – que em entrevista deu a seguinte declaração: “Se sou homem ou mulher? Esta pergunta reflete uma obsessão ansiosa do ocidente. Qual? A de querer reduzir a verdade do sexo a um binômio. Eu dedico minha vida a dinamitar esse binômio. Afirmo a multiplicidade infinita do sexo!” –, trabalha para desmascarar os binarismos enganosos que se escondem por trás de oposições que servem não só “de fundamento da filosofia moderna”, mas também como “reflexão das teorias feministas” (Bourcier, 2014, p. 11).

Seu *Manifesto transsexual* enfatiza o corpo como espaço de construção biopolítica, como lugar de opressão, mas também como centro de resistência. A autora poderia ser alocada na corrente pós-feminista que concebe o sujeito como uma posição instável, como o efeito de constantes renegociações estratégicas de identidade, no entanto Preciado avança e postula o gênero não como simplesmente performativo, mas, “antes de tudo, prostético, ou seja, não se dá senão na materialidade dos corpos. É puramente construído e, ao mesmo tempo, inteiramente orgânico. [...] poderia resultar em uma tecnologia sofisticada que fabrica corpos sexuais” (Preciado, 2014, p. 29).

Preciado tem toda razão! Assim como Karina, a binaridade entrou no discurso de forma avassaladora na contemporaneidade: “antigamente, não havia esse negócio tão bem definido de ‘isso é coisa de menina’ e ‘isso é coisa de menino’ [...] a infância era muito mais colorida do que as hodiernas divisões binárias rosa ou azul, boneca ou carrinho, balé ou futebol...”. Inúmeras culturas que não se situam no discurso cientificista ainda hoje testemunham a pluralidade de posições subjetivas ou, como afirma Preciado, “a multiplicidade infinita do sexo”. A questão era bem mais nebulosa, e a criança era, sim, informada que havia uma diferença entre meninos e meninas, mas não se falava disso a todo momento. Pretender não influenciar a criança na orientação de sua identidade de gênero é efeito do encontro do discurso da ciência com a biologização do homem e da mulher, ou seja, do discurso capitalista, que pretende vender hormônios, cirurgias e técnicas de intervenção nos corpos de tal modo que já não sejam mais corpos de sujeitos determinados pelas suas histórias e seus gozos, como se fosse possível uma sociedade de seres humanos que não mais se angustiassem – se, com Freud (1937/2018), identificamos a angústia como necessariamente referida à sexualização.

Nicolas é uma criança pequena que, com seu trabalho em análise, pode falar de suas angústias. Se esse trabalho foi interrompido no momento em que se identificava mais com o pai – dando-lhe acesso a uma identificação estruturante, como já observava Freud (1921/1979) em 1921 –, como podemos observar, isso ainda não explicita o que escolherá ser quando adulto. Como vimos, a própria WPATII indica que muitas crianças trans podem se tornar homens ou mulheres adultos cisgênero. Assim, deixemos com que possam se posicionar, do jeito como pretenderem fazê-lo.

Outro Modo de Intervenção

É muito difícil, para nós, analistas, homens ou mulheres, com experiência, não julgar um caso que está começando a funcionar e elaborar sua análise, sem lembrar, a propósito dele, de outros casos. Qualquer que seja nossa pretensa liberdade – pois é impossível acreditar nessa liberdade –, é evidente que não podemos nos desembaraçar do que é nossa capacidade. Fica insistido muito sobre esse ponto e, se isso fosse entendido, talvez indicasse uma via, apontando para um outro modo de intervenção. (Lacan, 1975, p. 8, *Grifo nosso*)

“Outro modo de intervenção”, como sabemos, foi o que Lacan passou a construir, nos anos 1970, com o nó borromeano. O real, é três, Lacan (2018) identificará com o seu dizer no *Seminário 21: Os não todos erram*, e “ele insiste ao ponto de estar marcado na língua”. O real não acrescenta, não é o terceiro. Tudo que eles, os registros – real, simbólico e imaginário –, têm de real, é que cada um e um. E é desse dizer que não supõe nada, senão que triplo é o real, que Lacan avança para a questão da não relação enquanto ela toca, especificamente, isso que é a *subjetivação do sexual*. O imaginário obscurece o real da não relação sexual; o simbólico oferece “uma multidão de substâncias surgindo como substitutas à única própria, a do impossível de se falar dela por ser real” (Lacan, 2003, p. 266), enquanto que o dizer impossível do sexo implica modos de subjetivação de cada sujeito. O manejo clínico do tratamento do real na posição do *falasser* é o que Lacan propõe mostrar com a “realidade operatória” (Lacan, 2015) da topologia borromeana. De tal maneira que, o *parître*, o *falasser*, é “um inconsciente que é um saber falado. E um saber inscrito a partir do corpo a corpo com a língua primeira, surgido, portanto, do laço, ou, se preferirem, do banho obscuro e que vale apenas para um” (Soler, 2010).

Prates (2017), seguindo o arcabouço lacaniano, aponta que “Há do Um” [*Il y a de l’Un*] (Lacan, 2018), sempre ímpar, uma impossibilidade de alcançar o dois. O impasse inverificável do sexo, correspondendo a dois modos de gozo, todo fático e não-todo fático, incomensuráveis e irremediavelmente distintos, faz um dois que não é binário, porque é um dois constituído de um Um e do impossível (e.g. Alberti, 2017).

Associamo-lo à história de Manuel (Bartista, 2019), que demonstra a maneira como a clínica com crianças atualiza-se frente às questões de gênero. Ela parece contestar a premissa freudiana da universalidade do falo, principal característica da “organização genital infantil”, a qual consiste no fato de que, “para ambos os sexos, apenas um genital, o masculino, entra em consideração. Não há, portanto, uma primazia *genital*, mas uma primazia *do falo*” (Freud, 1923/2011, p. 171. *Grifo do autor*). No entanto, o que se evidencia é um questionamento em relação à binaridade imposta pelo discurso: “meninos têm pênis e meninas têm vagina”. Insistindo em designar a diferença, até que ponto não se dificulta à criança o acesso ao impossível de sua designação? Quer dizer, apenas o falo é o significante que pode fazer a significação da falta (Lacan, 1998b) e que permite ao sujeito o acesso a um ponto para o qual não há significante algum, o ponto em que o sexual como tal, não se faz representar no inconsciente (Eliá, 1995). Contudo, se a questão está evidentemente no sujeito, não é sem relação com o discurso corrente.

Do jeito como a questão é tratada hoje, a divisão proposta por Lacan (2018) entre o lado homem e o lado mulher, ler-se-ia: do lado homem, temos o necessário e o possível, em que o saber é corte distanciado de fechamento, fazendo com que o homem abandone o impossível. Enquanto isso, aquilo que, do lado mulher, seria o impossível e o contingente, no qual o saber inconsciente é um conjunto aberto, ou seja, uma classe paradoxal que não se fecha, acaba fechando-se novamente no discurso, levando à misoginia e à segregação. Prates (2017) faz, então, uma ligação do saber, mas não com o desejo, com o horror e sua paixão correspondente, a paixão da ignorância, diante da qual cada discurso escreverá sua modalidade de fechamento e negação sistemática na abertura estrutural do inconsciente não-todo.

Compartilhamos o presente trabalho como uma forma de testemunhar o que Nicolas pode nos ensinar, num momento tão genericado de infâncias rosa ou azul, de princesas ou heróis, que nos possibilite avançar ao que seriam “infâncias possíveis” (Tajer, 2017), entendendo a clínica como “*lôcus* que solapa qualquer horizonte normativo, dado que dá espaço ao contingente que advém do inconsciente” (Ambrá, 2016, p. 108).

Considerações Finais

A palavra pródromo, aqui presente – criança é trans? prolegômenos psicanalíticos –, visa a sinalizar que é preciso que comecemos a falar, questionar, não saber, produzir saber e compartilhar questões nessa temática que urge! Um imperativo ético para continuar sustentando a política da psicanálise diante, inclusive, da medicina. Como diria Porchat (2014), não nos furtar à responsabilidade social decorrente do fato de que a criança sozinha inevitavelmente confronta-se com “a sociedade e seus preconceitos, suas limitações de ordem ideológica e política” (p. 78).

Face às mudanças sociais de sua época, Freud repensava a base epistemológica da psicanálise, e Lacan não se furtava de fazer o mesmo frente às novas influências conceituais, de modo que ambos inscrevem a psicanálise no questionamento

científico, posto que aberta à refutação. De fato, ainda que tentemos tapar o sol com a peneira, a clínica contemporânea articula-se com todo um conjunto de novas formas de sexualidades que, de alguma maneira, nos levam ao reconhecimento de que todo processo de sexuação sempre se inscreve em noutmatizações e jogos de poder particulares (Ayouch, 2015). De tal maneira que, se a divisão binária de gêneros bem como de sexos é uma construção social (Laqueur, 2001). Uma criança que faz ou deseja algo que a inclua numa categoria de não conformidade de gênero não prova que ela seja uma criança trans, nem que não o será.

Referências

- Alberti, S. (2000). Psicanálise, a última flor da medicina. In S. Alberti & L. Elia (Orgs.), *Pesquisa e clínica em psicanálise* (pp. 37-56). Rio de Janeiro: Marca d'Água.
- Alberti, S. (2017). Dois. In M. Daquino (Org.), *A Diferença sexual: Gênero e psicanálise* (pp. 77-94). São Paulo: Agente Publicações.
- Ambra, P. (2016). A psicanálise é cisnormativa? Palavra política, ética da fala e a questão do patológico. *Periodicos: Revista de Estudos Interdisciplinares em Gêneros e Sexualidades*, 5(1), 101-120.
- Ayouch, T. (2015). Psicanálise e transexualismo. Desconstituindo gêneros e patologias com Judith Butler [Resenha]. *Jornal de Psicanálise*, 40(88), 329-332.
- American Psychological Association [APA]. (2015). Guidelines for psychological practice with transgender and gender nonconforming people. *American Psychologist*, 70(9), 832-864. DOI: 10.1037/a0039906
- Battista, J. (2019). Avilência de gênero: Liberdade de escolha e escolha forçada. In A. Quinet & S. Alberti (Orgs.), *Sexuação e identidade* (pp. 347-352). Rio de Janeiro: Arco & Divã.
- Barros, M. (2016). *O livro das ignoranças*. Rio de Janeiro: Alfabeta.
- Bourcier, M. H. (2014). Prefácio. In B. Preciado, *Manifesto contrassexual* (pp. 9-15). São Paulo: n-1 edições.
- Brunstein, N. A. (2016). Structures cliniques ou positions subjectives. *Analyse Freudienne Presse*, (1), 39-57. Link
- Celes, L. A. (2005). Psicanálise é trabalho de fazer falar, e fazer ouvir. *Psychê*, 9(16), 25-48.
- Elia, L. (1995). *Corpo e sexualidade em Freud e Lacan*. Rio de Janeiro: Uapê.
- Elia, L. (2000). Psicanálise: clínica e pesquisa. In S. Alberti & L. Elia (Orgs.), *Pesquisa e clínica em psicanálise* (pp. 19-36). Rio de Janeiro: Marca d'Água.
- Elia, L. (2005). O sujeito, o real e o social. Link
- Figueiredo, A. C. (1997). *Vastas confusões e atendimentos imperfeitos*. Rio de Janeiro: Relume Dumará.
- Traga, M. L. (mar. 2014). A visão política de Thomas Hobbes [Web log Post]. Link
- Freud, S. (1974). O mal-estar na civilização. In J. Stachey (Ed.), *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. 21, pp. 81-171). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1930)
- Freud, S. (1979). Psicología de las masas y análisis del yo. In S. Freud, *Obras completas* (pp. 63-136). Buenos Aires: Amorrortu. (Originalmente publicado em 1921)
- Freud, S. (2011). O Eu e o Id. In S. Freud, *Obras completas de Sigmund Freud* (Vol. 16, pp. 13-74). São Paulo: Companhia das Letras. (Originalmente publicado em 1923)

- Freud, S. (2016). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In S. Freud, *Obras completas de Sigmund Freud* (Vol. 6, pp. 13-172). São Paulo: Companhia das Letras. (Originalmente publicado em 1905)
- Freud, S. (2018). Análise terminável e interminável. In S. Freud, *Obras completas de Sigmund Freud* (Vol. 19, pp. 274-326). São Paulo: Companhia das Letras. (Originalmente publicado em 1937)
- Giaretta, V., & Silva, M. R. (2019). Os indicadores de intersubjetividade e sua potência na clínica de crianças. *Estudos e pesquisas em psicologia*, 19(1), 127-146. [Link](#)
- Lacan, J. (1975). *Conferência em Genebra sobre el síntoma*. [Link](#)
- Lacan, J. (1992). *O Seminário, livro 17: O avesso (1969-1970)*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Lacan, J. (1996). *O Seminário, livro 1: Os escritos técnicos de Freud (1953-1954)*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Lacan, J. (1998a). Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise (1953). In J. Lacan, *Escritos* (pp. 238-324). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Lacan, J. (1998b). A significação do falo. In J. Lacan, *Escritos* (pp. 55-62). Rio de Janeiro, RJ: Jorge Zahar.
- Lacan, J. (2003). Posfácio ao Seminário 11 (1973). In J. Lacan, *Outros escritos* (pp. 503-507). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Lacan, J. (2005). *O Seminário, livro 18: A angústia (1962-1963)*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Lacan, J. (2006). *O Seminário, livro 14: A lógica da fantasia (1966-1967)*. Recife: Centro de Estudos Freudianos do Recife.
- Lacan, J. (2012). *O Seminário, livro 19: ... ou pior (1971-1972)*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Lacan, J. (2015). *Le séminaire, livre XXIII: RSI (1974-1975)* [Seminário inédito]. [Link](#)
- Lacan, J. (2018). *O Seminário, livro 21: Os não rotos erram (1973-1974)*. Porto Alegre, RS: Editora FI.
- Laqueur, T. (2001). *Inventando o sexo: Corpo e gênero aos gregos a Freud*. Rio de Janeiro: Relume Dumará. (originalmente publicado em: 1990)
- Laufex, L. (2017). *Feminismos e psicanálise*. In Universidade de São Paulo (Org.), *Colóquio psicanálise, gênero e feminismos: Perspectivas*. São Paulo, SP: USP
- Porchat, P. (2014). *Psicanálise e transexualismo: Desconsiderando gêneros e patologias com Judith Butler*. Curitiba: Juruá.
- Prates, A. L. (2017). Heresia lacaniana: Um equívoco que dá asas ao novo amor. São Paulo, SP: Fórum do Campo Lacaniano de São Paulo.
- Preciado, B. (2014). *Manifesto contrassexual*. São Paulo: n-1 edições.
- Soler, C. (2010). O corpo falante. *Caderno de stylus*, 1, 09-29.
- Tajer, D. (2017). Algunas consideraciones éticas y clínicas sobre las infancias trans. In I. Meier (Org.), *Psicoanálisis y género. Escritos sobre el amor, el trabajo, la sexualidad y la violencia* (pp.277-294). Buenos Aires: Paidós.
- Turban, J., Ferraiolo, T., Martin, A., & Oleszki, C. (2017). Ten things transgender and gender nonconforming youth want their doctors to know. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 56(4). [Link](#)

World Professional Association for Transgender Health [WPATH]. (2012). *Normas de atenção à saúde das pessoas trans e com variabilidade de gênero*. Link

Como citar:

Alberti, S., & Silva, H. F. (2020). Questões da Distorsão de Gênero na Infância: Entre Psicanálise e Medicina. *Revista Subjetividades*, 20(Esp 2. O Contemporâneo à Luz da Psicanálise), e8822. <http://doi.org/10.5020/23590777.rs.v20iEsp2.e8822>

Endereço para correspondência

Sonia Alberti
E-mail: sonialberti@gmail.com

Heloene Ferreira da Silva
E-mail: heloeneferreira@hotmail.com

Recebido em: 28/12/2018
Revisado em: 18/11/2019
Aceito em: 22/01/2020
Publicado online: 28/11/2020