



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro de Educação e Humanidades

Instituto de Psicologia

Heloene Ferreira da Silva

**Uma abordagem psicanalítica das questões da sexualidade na atual clínica
com adolescentes**

Rio de Janeiro

2017

Heloene Ferreira da Silva

Uma abordagem psicanalítica das questões da sexualidade na atual clínica com adolescentes

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre ao Programa de Pós-Graduação em Psicanálise da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Área de concentração: Teoria, Ética e Método da Psicanálise aplicada às questões da clínica.

Orientadora: Prof^a. Dra. Sonia Alberti

Rio de Janeiro

2017

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

F676 Ferreira da Silva, Heloene.
Uma abordagem psicanalítica das questões da sexualidade na atual clínica com adolescentes / Heloene Ferreira da Silva. – 2017.
170 f.

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

1. Psicanálise – Teses. 2. Sexualidade – Teses. 3. Adolescentes – Teses. I. Alberti, Sonia. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Psicologia. III. Título.

CDU 159.964.2

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

Assinatura

Data

Heloene Ferreira da Silva

Uma abordagem psicanalítica das questões da sexualidade na atual clínica com adolescentes

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre ao Programa de Pós-Graduação em Psicanálise da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Área de concentração: Teoria, Ética e Método da Psicanálise aplicada às questões da clínica.

Aprovada em 8 de março de 2017.

Banca Examinadora:

Prof^ª. Dra. Sonia Alberti (Orientadora)
Instituto de Psicologia da UERJ

Prof. Dr. Vinícius Darriba
Instituto de Psicologia da UERJ

Prof^ª. Dra. Maria Anita Carneiro Ribeiro
Universidade Veiga de Almeida

Rio de Janeiro

2017

DEDICATÓRIA

Para Mariana e Pedro, sempre.

AGRADECIMENTOS

Hoje coloco no papel as últimas palavras desta dissertação. Virão na frente, mas foram escritas por último. Enquanto as escrevo, reconstruo a história que culminou nesse trabalho. Nela participaram pessoas e instituições, laços acadêmicos e de amizade, sem os quais certamente não seria possível chegar até aqui.

À Sonia Alberti, minha supervisora e orientadora, pela presença incansável desde a Residência no HUPE/UERJ, pela interlocução profícua, por me inspirar com seu rigor teórico e clínico e pelas intervenções precisas nos momentos mais difíceis. Agradeço por trilhar comigo os caminhos que levaram não apenas à construção dessa pesquisa, mas, sobretudo, ao meu crescimento como pesquisadora de um modo geral. Por tudo que aprendi nessa convivência (e continuarei aprendendo), o meu muito obrigada!

Ao Programa de Pós-graduação em Psicanálise, docentes e discentes, que com seus apontamentos contribuíram para o desdobramento das questões desta pesquisa. Um agradecimento especial ao professor Vinícius Darriba, por acompanhar meu percurso desde a Residência, por ter aceitado compor a banca e por todas as contribuições ao longo desses anos.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro, FAPERJ, pelo incentivo financeiro sem o qual eu não poderia me dedicar integralmente a essa pesquisa.

À equipe do Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente (NESA/HUPE/UERJ), por ter me ensinado muito sobre o trabalho em equipe multidisciplinar no hospital.

À equipe do Ambulatório de Endocrinologia Pediátrica do HUPE, por todas as trocas e por ter me ensinado tantas coisas, sem as quais seria impossível construir este trabalho. Dra. Isabel Rey, por me receber com disponibilidade, Dr. Paulo Solberg por todas as explicações sobre puberdade e Dr. Daniel Gilban por me explicar e reexplicar os aspectos médico-biológicos dos DDSs e pela auspiciosa parceria de trabalho que desenvolvemos nos últimos anos.

À equipe do Ambulatório de Urologia do HUPE, pelo entusiasmo e colaboração diante de minhas questões. Ao Dr. Átila Rondon pela rigorosa interlocução. Agradeço especialmente ao Dr. Eloísio Alexsandro pela confiança em meu trabalho e pelo *brainstorming* que proporcionou o desdobramento de novas questões para o doutorado.

Ao professor Antonio Quinet, que, ainda no exame de qualificação, me disse palavras tão inspiradoras que jamais poderei esquecer.

À Maria Anita Carneiro Ribeiro, primeira professora com quem apresentei um trabalho num evento científico, ainda na graduação, e que sempre foi uma inspiração. Por ter aceitado compor minha banca, muito obrigada!

Àqueles que estiveram ao meu lado nos últimos anos, Cinara Santos, Raquel Puga e Elis Marques, pela amizade em todas as situações. Um agradecimento especial à Marcia Pourchet, por ter desejado o meu sucesso. Em nome destas amigas que citei, agradeço a todos os amigos que, cada um ao seu modo, me incentivaram nesta trajetória.

A todos os mestres que me ajudaram a construir meu caminho de pesquisa. Agradeço especialmente à professora Vera Pollo, que, ainda nos tempos de graduação, apostou no meu potencial de pesquisadora e me ajudou a seguir em frente.

Aos colegas de orientação, pelos debates e incentivos. Agradeço especialmente à Raquel Pardini pela ajuda com o alemão, e Aline Martins por toda parceria e pela generosa paciência com todos os muitos pedidos que lhe fiz nesses últimos anos.

À Eliane Augustinis, por possibilitar a minha experiência com o inconsciente e a tessitura do meu desejo do analista.

À minha família, pessoas muito importantes na minha vida. Especialmente minha mãe, Terezinha Ferreira, por me transmitir a coragem que muitas vezes me faltava.

À Mariana e Pedro, meus amores, pela felicidade vivenciada e demonstrada em cada conquista minha, que sempre foi nossa.

Aos meus analisandos, que tanto me ensinaram, sem os quais essa pesquisa não seria possível, muito obrigada!!

O impossível a simbolizar é identificado com a Mulher justamente porque o sexo da mulher é um buraco, remetendo o sujeito a seus próprios impossíveis, ao que ele não entende, ao que percebe, mas não consegue significar. Tal buraco reenvia todo adolescente, independente de sua cultura, língua, ou mesmo grau de instrução, ao osso do humano: há um ponto de irrepresentável.

Sonia Alberti, 2009

RESUMO

FERREIRA DA SILVA, Heloene. *Uma abordagem psicanalítica das questões da sexualidade na atual clínica com adolescentes*. 2017. 170 f. Tese (Doutorado em Psicanálise) – Instituto de Psicologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

A presente dissertação foi motivada pela prática enquanto residente de Psicologia no Hospital Universitário Pedro Ernesto. Interroga a teoria a partir da clínica, dos dados que dela se pode obter, ou seja, do que a fala de cada sujeito pode trazer de novo para a teoria sobre a sexualidade na adolescência. Os casos foram estudados conforme a metodologia psicanalítica, ou seja, a partir da transferência. Com as falas dos sujeitos que foram atendidos, verifica em que a teoria que vige na atualidade está conforme a esta mesma atualidade e em que a teoria necessita de modificações e acréscimos trazidos a partir daquilo que os sujeitos disseram. Parte da fundamentação teórica de que a sexualidade é infantil e se constitui na relação com o Outro, retoma Freud e verifica que desde os seus *Três Ensaio*s ele propusera ampliar duplamente o conceito de sexualidade vigente na época, ou seja, afastá-la de sua ligação estreita com os genitais e incluir todos os impulsos englobados pelo polivalente termo amor. Partindo da formulação freudiana de um início bifásico da sexualidade, na infância e na puberdade, investiga quais seriam as diferenças entre elas. Constata que, do ponto de vista da medicina, a puberdade corresponde à fase final da diferenciação sexual do indivíduo, induzida pela produção de hormônios sexuais que levam a transformações no seu corpo, sendo este um processo absolutamente necessário do ponto de vista biológico para a aquisição da fertilidade e consolidação do crescimento. Contrapõe então, a partir da psicanálise, a adolescência como a presentificação do ser-para-o-sexo, subversão freudiana da filosofia, que pressupõe o encontro com o real da castração, com as questões sobre a assunção de um posicionamento na partilha dos sexos. A partir daí, verifica as implicações clínicas de dois diagnósticos retirados do discurso médico, os distúrbios da diferenciação do sexo (intersexualidade) e a disforia de gênero (transexualidade). Retoma em Freud a conceituação de masculino e feminino e ratifica que para ele não são somente uma referência para o desenvolvimento do menino e da menina, se referem ao modo como cada sujeito lida com o reconhecimento da diferença. A anatomia é dada, o que não é dado é o modo como cada sujeito vê sua anatomia. Em consequência: a bipolaridade sexual é psíquica e não anatomo-fisiológica e o sujeito se situará num dos lados das fórmulas da sexuação, propostas por Lacan, e não necessariamente sempre do mesmo lado.

Palavras-chave: Adolescência. Psicanálise. Sexualidade. Sexuação. Disforia de gênero. Intersexualidade.

ABSTRACT

FERREIRA DA SILVA, Heloene. *A psychoanalytic approach to the issues of sexuality in the current clinic with adolescents*. 2017. 170 f. Tese (Doutorado em Psicanálise) – Instituto de Psicologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

This dissertation was motivated by the practice as a psychology resident at the University Hospital Pedro Ernesto. This work questions the theory from the clinic, from the data that can be obtained from it, in other words, from what the speech of each subject can bring back to the theory about sexuality in adolescence. The cases were studied according to the psychoanalytic methodology i.e. from the transference. From the speeches of the subjects, it verifies that the current theory is in accordance nowadays and in what the theory needs modifications and additions brought from what the subjects said. Part of the theoretical substantiation that sexuality is childish and constituted in the relationship with the Other, Freud takes up again and verifies that since the Three Essays he proposed to extend doubly the concept of sexuality in force at the time, that is, to remove it from its connection close to the genitals and include all the impulses encompassed by the multipurpose term love. Starting from the Freudian formulation of a biphasic beginning of sexuality in childhood and puberty, he investigates the differences between them. He notes that, from the point of view of medicine, puberty corresponds to the final phase of the sexual differentiation of the subject, induced by the production of sex hormones that lead to transformations in his body, which is an absolutely necessary process from the biological point of view for acquisition of fertility and consolidation of growth. It contrasts, from psychoanalysis, with adolescence as the presentiment of being-for-sex, Freud's subversion of philosophy, which presupposes the encounter with the real of castration, with questions about the assumption of a position in the sharing of the sexes. From this point, he verifies the clinical implications of two diagnoses taken from medical discourse, disorders of sexual differentiation (intersexuality) and gender dysphoria (transsexuality). This study resumes the conceptualization of masculine and feminine and ratifies that for him they are not only a reference for the development of the boy and the girl, they refer to the way how each subject deals with the recognition of the difference. Anatomy is given, what is not given is the way how each subject sees his anatomy. Consequently: sexual bipolarity is psychic and not anatomo-physiological and the subject will be placed on one side of the formulas of sexuation, proposed by Lacan, and not necessarily always on the same side.

Keywords: Adolescence. Psychoanalysis. Sexuality. Sexuation. Gender dysphoria. Intersexuality.

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	10
1	O DESPERTAR DA SEXUALIDADE NA ADOLESCÊNCIA.....	23
1.1	A sexualidade é infantil e se constitui na relação com o Outro	25
1.2	Teorias sexuais infantis	30
1.3	Édipo é a possibilidade de desejar	32
1.4	Complexo de castração	37
1.5	O falo é a norma universal para o posicionamento sexual.....	43
1.6	A menina e o sinuoso caminho da sexualidade feminina	47
1.6.1	<u>Caso Aliana: entre a menina e a mãe que lugar para o desejo?</u>	53
1.7	O menino e o despertar dos sonhos	58
2	ADOLESCÊNCIA E PUBERDADE	63
2.1	A sexualidade do adolescente no discurso médico.....	68
2.2	Puberdade e reforço pulsional	70
2.3	A adolescência implica o encontro com o real do (Outro) sexo.....	77
2.4	Caso Louise: “uma mulher com síndrome de Turner é uma mulher normal”?.....	81
2.5	Caso Briane: “Eu queria uma vagina normal”	91
3	ADOLESCÊNCIA E SEXUALIDADES NO SÉCULO XXI: ENTRE O DISCURSO MÉDICO E O DA PSICANÁLISE.....	97
3.1	Sexuação – Identidade de Gênero.....	105
3.1.1	<u>Lado homem</u>	108
3.1.2	<u>Lado mulher</u>	108
3.2	Adolescência e disforia de gênero	111
3.3	Intersexualidade e Escolha do Sexo.....	115
3.4	Escolha de objeto – orientação sexual	123
3.5	Caso Mila: “você só pode ser hétero ou homo se experimentar as duas coisas” ...	132
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	138
	REFERÊNCIAS	144
	APÊNDICE - Projeto de pesquisa de doutorado submetido à Plataforma Brasil	153

INTRODUÇÃO

É mais o desejo de despertar que me move.

Jacques Lacan, 1973

A presente dissertação surgiu do interesse em dar continuidade aos estudos acerca da clínica com adolescentes no hospital e o despertar da sexualidade à luz da teoria psicanalítica. Estudos estes que começaram quando iniciei um trabalho clínico com adolescentes durante meu período como treinanda profissional (TP) no Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente (NESA) do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE). Posteriormente, pude passar no concurso da Residência em Psicologia Clínica Institucional da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ) e minha prática enquanto residente no referido hospital se deu em seis diferentes setores no primeiro ano: Enfermaria Psiquiátrica, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS-UERJ), Ambulatório do Nesa, Pediatria, Cirurgia Cardíaca e Núcleo Perinatal, incluindo o Plantão Geral. No segundo ano, dediquei-me quase que exclusivamente ao Ambulatório e Enfermaria do Nesa, fazendo apenas um horário extra-oficial no Ambulatório de Endocrinologia Pediátrica, a convite da equipe médica que escreveu uma carta ao meu preceptor solicitando minha permanência devido à crescente demanda de diagnósticos de casos de intersexualidade que eu acompanhava. Mantive assim, interesse particular pela clínica com adolescentes com suas inquietações, principalmente no que se refere ao encontro com o real do sexo e aos impasses que podem surgir na escolha da posição na partilha dos sexos e ao mesmo tempo se inscrevia uma pergunta a partir dos casos de “distúrbios da diferenciação do sexo” (DDS) que eu acompanhava e que devido à não-intervenção precoce escolheriam, do ponto de vista médico, seu sexo na puberdade: adolescente escolhe sexo? Eu me perguntava. Fui atravessada assim pelo discurso médico que definia a puberdade de maneira bastante particular e pela primeira vez ouvi falar em “ausência de puberdade”, “mimésis de puberdade”, “puberdade precoce”, “puberdade atrasada”... A puberdade é caracterizada por se inscrever numa “faixa de normalidade”, que seria para meninas entre oito e doze anos e meninos entre nove e treze anos. Cheguei à conclusão que do ponto de vista biológico a puberdade se inscreve na ordem do necessário.

Assim, foi a partir do acompanhamento psicanalítico, de alguns casos identificados no discurso médico como de intersexualidade, ou seja, casos clínicos de pessoas que nascem sem

uma anatomia definida, geralmente por modificações cromossômicas, que me deparei com os grandes problemas éticos da intervenção médica, na escolha do sexo do sujeito. Se a anatomia, naturalmente dada, vacila no momento do nascimento qual o referencial para escolha do sexo? Não havia respostas prontas, muito menos definitivas, e o ato médico precisava se deparar com isso, a psicanálise também. Sabemos que o campo psicanalítico é diferente do campo médico, cada um tem seu recorte do real. Para a medicina, quando o desenvolvimento do sexo cromossômico, gonadal ou anatômico é atípico no bebê ou na criança, estamos diante de “distúrbios ou desordens da diferenciação do sexo (DDS)”, hoje sinônimo de intersexualidade, sendo esta uma condição biológica, congênita ou cromossômica. Longe de se restringirem aos casos de hermafroditismo, englobam um grande número de anomalias como: insensibilidade aos andrógenos, síndrome de Turner, síndrome de Klinefelter, hiperplasia adrenal congênita... diante do que, a medicina se vê premida a fazer o que é conhecido como “diagnóstico de definição do sexo”: sexo genético, sexo gonadal, sexo hormonal, sexo genital interno, sexo genital externo, sexo social, sexo psicológico e sexo de criação. Para a psicanálise, na medida em que nela “o ab-senso designa o sexo” (LACAN, 1972, p. 451), e que “sexo biológico e sexualidade pouca coisa têm em comum, salvo o fato de que a sexualidade pode sexualizar o biológico, mas não o contrário”, uma vez que “a linguagem determina a sexualidade do sujeito” (ALBERTI, 2009, p. 125), o fato daquelas atipias médicas não deveria ser indicativo de uma desordem, mas uma condição do sujeito que dela fará – ou não – alguma coisa. Ao mesmo tempo, para ambos os discursos há um real no caso, a impossibilidade de definir biologicamente o sexo, e é com isso que as equipes de saúde se deparam. Lacan (1971, p. 27) define como real “aquilo que faz furo nesse semblante articulado que é o científico”. É menino ou menina? Questão normalmente respondida na medicina com base na anatomia, mas nestes casos uma resposta assim é impossível. Logo, a “ambiguidade genital”, assim chamada no discurso médico, é um real que explode o imaginário dos ideais de uma sexualidade biológica. Meu tema de pesquisa “O despertar da sexualidade na adolescência”, surgiu neste contexto. Vejamos como.

A princípio trabalhei com a clínica com adolescentes sem qualquer questão orgânica de indefinição do sexo. Esses adolescentes deixavam claro que os impasses do encontro com o real do sexo se colocava para todos, bem como a confrontação com a impossibilidade de uma relação de completude entre os sexos. Mais adiante, a clínica com um bebê intersexual que não passaria pela intervenção precoce, ficando com uma genitália ambígua, e apenas na adolescência escolheria o sexo a que deseja pertencer, me impunha a questão: adolescente escolhe sexo? Foi quando recebi duas adolescentes criadas com genitália ambígua. Suas

diferentes respostas diante daquilo que as acometera, além de ratificar a singularidade do caso-a-caso, levaram à nossa primeira fundamentação teórica: a sexualidade é infantil e se constitui na relação com o Outro. Posto isso, embora seja impossível universalizar a experiência singular, impôs-se nossa segunda questão: como se dá o desenvolvimento sexual na adolescência? Poderíamos pensar o desenvolvimento sexual na adolescência articulando-o à temporalidade lógica proposta por Lacan (1945), em seu artigo “O tempo lógico e a asserção da certeza antecipada”, a saber: instante de ver, tempo de compreender e o momento de concluir?

Alberti (2013, p. 185) apontando que a teoria freudiana nasceu da clínica e retornou a esta, para verificação, afirma:

a questão é justamente que quando você põe a soberania na clínica e constrói uma teoria que visa realmente dar conta do que verifica na clínica, você rapidamente se deparará com suas próprias resistências, as resistências dos outros clínicos e, finalmente, a resistência do real da clínica, que é totalmente inusitado para a teoria até então construída.

De tal maneira, que não foi fácil estruturar um texto acadêmico com rigor teórico e ao mesmo tempo construir respostas para perguntas colocadas pelo próprio real da clínica. Se a sexualidade é infantil, por que pensar a adolescência como momento em que o sujeito se posiciona na partilha dos sexos, com sua consequente escolha de objeto sexual? Por que articular genitália ambígua e consequências psíquicas da distinção anatômica entre os sexos? Freud (1905, p. 189) afirma que “com o advento da puberdade se introduzem as mudanças que levam a vida sexual infantil à sua configuração normal definitiva”. Há de fato, uma escolha definitiva do sexo na adolescência? Essa seria uma afirmação datada de Freud? O que mudou? O que a psicanálise pode oferecer a esses adolescentes que se deparam com o real do sexo e encontram-se às voltas com a escolha da posição sexuada, mas ao mesmo tempo apresentam questões de clínica médica? Muitas perguntas que exigiam um ponto de partida. Começemos.

Se em 1996 Alberti, propondo-se responder à questão: “se a adolescência não é um conceito psicanalítico, o que a psicanálise pode dizer sobre ela”?, inicia seu percurso trilhando os caminhos da “tendência a agir”, pois nela se fundava a maior parte das pesquisas sobre a adolescência, poderíamos afirmar que hoje, vinte anos depois, as pesquisas pautam-se no tema da sexualidade. As pesquisas atuais sobre a temática da adolescência, tendo ultrapassado um pouco, mas não muito, a confusão entre sexualidade e ato sexual que as levava a temática da AIDS entre a população mais jovem e gravidez na adolescência, hoje privilegiam a temática

“identidade de gênero” e “orientação sexual”, focalizando temas como homossexualidade e bissexualidade, não fazendo, no entanto, diferenciação entre: escolha de posição sexuada e escolha de objeto, tema trabalhado por Freud já em 1905.

Nesta segunda década do novo milênio, vemos o corpo *teen* cair em mergulho livre no enigma da relação sexual e não podemos negar os impactos políticos, sociais e estéticos das novas tecnologias da comunicação e informação nas suas encenações de destinos que não correspondem ao anatômico, semblantes que a época inscreve no corpo. Se considerarmos 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 de Babel” (LACAN, 1953, 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 uma desmontagem de todo tipo de identidade de gênero que não são “adequadas” ou “corretas” no cenário da bipolaridade. “Dizer que o movimento *queer* nega a existência da diferença sexual é simplificar uma proposta que, na verdade, multiplica as sexualidades, não as encerrando em classificações” (CARNEIRO RIBEIRO, 2013, p.328). Embora gênero não seja um conceito da psicanálise, não há como negar os efeitos discursivos produzidos ao colocá-lo em questão.

A puberdade, desde os “Três ensaios sobre a teoria da sexualidade” (1905), aporta uma série de questões que não podemos ignorar na construção do presente trabalho: a fantasia que responde à S (^A) no grafo do desejo para o neurótico; o real, o simbólico, o imaginário e a queda das identificações; o encontro com o real do (Outro) sexo; a impossibilidade da relação sexual; A Mulher que não existe e a castração de Freud a Lacan (ALBERTI, 1998). Penso que não há contexto mais relevante para debatermos essas questões do que a clínica com adolescentes que acompanhamos, uma vez que eles, enquanto ser-para-o-sexo, presentificam as grandes questões de nossa época. De tal maneira que no presente trabalho poderão ser encontradas pistas e proposições novas, ancoradas em casos clínicos, ressaltando a intricação teórica e clínica desses desenvolvimentos. “A abordagem psicanalítica nunca é a de uma ‘teoria’ que se desenvolve independentemente de uma prática. Tampouco é uma ‘especialidade’ à margem isolada das outras disciplinas clínicas” (LAURENT, 2014, p. 21).

Anterior à temática acima exposta, cabe aqui um parêntese a fim de ressaltar a importância do meu encontro com uma paciente psicótica de trinta anos no CAPS-UERJ, que certamente muito me ensinou sobre a afirmação lacaniana a realidade do inconsciente é sexual (LACAN, 1964). Diante de toda sua dificuldade para lidar com a sexualidade, uma vez que

não há inscrição do Nome-do-Pai no lugar do Outro, ficou o ensinamento daquilo que está para além dos semblantes homem e mulher.

Carmelita¹ teve seu primeiro surto ainda na adolescência, com recorrentes internações psiquiátricas desde então, todas por agredir fisicamente a mãe. Seu encaminhamento para o Caps foi feito como última tentativa de adesão a um tratamento que nunca se dava, pois Carmelita “nunca conseguiu se vincular”, conforme dizia o encaminhado do Hospital Pinel. Ao chegar ao Caps nos primeiros encontros chamados de “recepção”, Carmelita concluiu logo que o técnico, - *um homem*, que a atendeu -estava apaixonado por ela e queria comê-la; disse que nunca mais voltaria àquele lugar. Em supervisão institucional ficou estabelecido que a psiquiatra, *uma mulher*, passaria a ser a técnica de referência. O primeiro técnico trouxe à reunião suas impressões de Carmelita: descreve-a como tendo uma aparência bizarra, que inclui uso de casaco mesmo nos dias mais quentes e um lenço que lhe cobre a cabeça. A mãe da paciente disse a ele que a filha desejava ser freira da ordem das Carmelitas, mas que nunca foi possível por não ter a sanidade mental necessária. Ele relata que a mãe apresenta um discurso bastante “estranho”, chegando a afirmar que “Carmelita foi gerada sem penetração”.

Carmelita aceitou retornar ao Caps para a consulta com *uma mulher*, mas durante o atendimento, concluiu que a médica era *lésbica* e estava apaixonada por ela. Nesse momento a psiquiatra pede ajuda e sou convidada a entrar na sala de atendimento. Assim se produz meu primeiro encontro com Carmelita. Antes que pudesse dizer qualquer coisa, Carmelita dispara: “qual é a sua opção sexual?”. A psiquiatra, visivelmente angustiada, começa a se desculpar por não ter me avisado antes, que era muito importante para a paciente não ser atendida por homens, nem por lésbicas. Carmelita e eu, tranquilas, olhamos para ela. De repente, Carmelita olha para mim e diz: “ela não é. Eu sei que ela não é lésbica”. Segundo Pollo (2012, p. 42), “a psicanálise verifica que estar fora da partilha homem/mulher equivale a estar fora-do-sexo. Testemunham-no os sujeitos psicóticos, que nela só se inscrevem mediante a invenção de uma sexualidade inédita”. Carmelita inaugura uma ordem sexual tripla: homens (que querem comê-la), lésbicas (que querem seduzi-la) e não-lésbicas.

Ainda nesta primeira entrevista comigo, Carmelita introduz sua história dizendo que tudo começou no dia em que foi crismada porque o bispo tinha pacto com Satanás e porque sua mãe disse: “você está escolhendo seguir esse caminho, mas esse não é o meu”. De repente Carmelita pára e diz que pensou em algo engraçado:

¹ Nome fictício que, no entanto, mantém a homonímia entre o nome da paciente e de um convento. Fato que consideramos fundamental no presente caso.

- Sabe que eu sonhei com você antes de te conhecer?
- E como foi esse sonho?, pergunto.
- Na verdade não foi um sonho, eu estava acordada e te vi na televisão. Eu estava tentando entrar para o convento e você estava tentando ser a madre-abadessa.
- O que é madre-abadessa?
- Você não sabe? Você não é católica? Novamente nada respondo e ela prossegue.
- Madre-abadessa é a chefe superior de todas as madres. Eu estava tentando ser freira e você já tentava ser a chefe.

Na semana seguinte, ela retorna e diz que ficará em silêncio: não quer falar e também não quer ouvir nada. “Tudo bem”, respondo, oferecendo assim uma presença silenciosa. Ela então diz que não queria estar ali, que queria ter ido à Igreja da Candelária, local aonde vai quase todos os dias se confessar e onde antigamente era a igreja de Nossa Senhora da Cabeça, “protetora dos que têm problemas de cabeça”.

No seu primeiro surto, relatado pela mãe, Carmelita invadiu a casa onde a mãe morava com o padrasto e seu irmão menor e jogou todas as roupas da mãe pela janela. Nesta época, Carmelita e a irmã mais velha moravam com a avó materna, pois a mãe tinha casado novamente e as deixara aos cuidados desta. Carmelita acreditava que o padrasto queria matar sua mãe e seu irmão e pretendia protegê-los. Foi internada. Tempo depois, teve um segundo surto, uma semana antes de começar o curso de arquitetura: conta que viu venderem por dez milhões o desenho que ela teria feito na prova discursiva do vestibular. Posteriormente, passou em novo vestibular, só que agora de psicologia, mas a faculdade era muito cara; foi trabalhar para poder pagá-la, porém nunca retomou os estudos. Trabalhou dois anos como operadora de telemarketing, até que desestabilizou de novo. Teria parado de tomar a medicação e, segundo a mãe, ficou “paranoica” com os colegas do trabalho. Dessa época em diante seus delírios e alucinações agravaram-se, a agressividade em relação à mãe aumentou e as internações tornaram-se recorrentes.

Quando pergunto se deseja o “acompanhamento psicológico”, Carmelita diz que sim, porém quando a mãe retorna à sala, Carmelita diz: “eu não quero. Ela não é Deus, mãe. Ela não pode me ajudar e eu sei que ela vai me decepcionar. Então, para que começar o que vai ser uma decepção?”. Nesse momento impõe-se a questão formulada por Lacan (1964) no *Seminário II*: “o que quer ser o analista para o seu paciente”? Uma coisa é certa, ela não quer ser Deus. Digo então: “você poderia vir um dia, depois outro, depois outro e assim quem sabe você poderá decidir se quer vir ou não”. Ao que Carmelita responde: “se é assim, então eu venho”.

A realidade de Carmelita é estruturada da seguinte forma: ela e a mãe, Rita de Cássia, fundariam uma nova ordem de freiras, a *Trinitatem Recolhitas*, que seria fundada em seu

apartamento, herança de sua avó, Santa Francisca Romana. Teria se comunicado com o Papa através de cartas e ele já teria autorizado a fundação da nova ordem. Carmelita fala sobre o pai uma única vez, logo nos primeiros atendimentos: “meu pai morreu quando eu tinha um ano. Ele foi assassinado por um czar russo. Eu vi tudo na televisão”.

Algumas falas de Carmelita, remetem à ausência estrutural do Nome-do-Pai, sua não operatividade no Édipo, que provoca como efeito uma coincidência entre os campos do imaginário e do simbólico, como se o ser se resumisse ao seu organismo ou à sua própria imagem: anos atrás raspou todo o seu cabelo por acreditar que este atraia os homens. Hoje está deixando o cabelo crescer, pois descobriu que o que atrai aos homens são orelhas descobertas e cotovelos de fora. Chegou a arrancar pedaços do rosto com as unhas para ficar feia para que ninguém a quisesse. Tatuou, ela mesma em seu braço, a lança do arcanjo Miguel para protegê-la do mal, principalmente dos homens que querem comê-la. Também costuma colocar-se *piercings*, que provocam inflamações. Deve fazer sacrifícios, pois tem sobrenome “Oseias”, que é o nome de um profeta sofredor. Carmelita diz que não consegue olhar-se no espelho, o que só será possível “no ano de 4000 d.c, quando sairemos da alta idade média”. “Eu olho no espelho do banheiro e vejo Santa Carmela... Mas na maioria das vezes eu vejo uma inimiga”. Um dia ela me diz: “tenho dúvidas se minha mãe está viva ou morta. Eu também não a vejo no espelho, às vezes a vejo como uma inimiga, uma bruxa do mal”.

É a partir do grande Outro, campo da linguagem, do tesouro dos significantes, que a questão acerca da existência do sujeito se formula sob a forma de “que sou eu nisso”? - referente ao seu ser e ao seu sexo. Nas falas de Carmelita, sua mãe é apresentada numa ligação dual e sem mediação, na qual o corpo de Carmelita não tem proteção, sendo objeto de manipulação e de invasão do Outro. Como postula Quinet (2006a, p.17) a partir de Lacan, “para o sujeito psicótico, o Outro não é barrado, é consistente e é um Outro absoluto ao qual o sujeito está submetido, não havendo no Outro a inscrição da lei”. O que está de acordo com concepção de Lacan de que na psicose, a posição estrutural do sujeito é a de ser objeto do gozo do Outro. Diz ainda que a cicatriz que tem no pescoço deve-se ao fato de um dia sua mãe ter cortado sua língua. Além disso, quando pequena, viu sua mãe como Medusa, mas não foi seu cabelo que se transformou em cobra, todos os seus dedos viraram cobrinhas e queriam atacá-la.

Passados alguns dias Carmelita diz: “eu estou achando que minha mãe é lésbica. Ela vem para cima de mim com aquele hálito de lascívia. Fica querendo me beijar... meu irmão falou para eu deixar a porta do quarto trancada, porque senão ela pode entrar e me chupar toda”. Conta então que o fato da mãe ser do signo de peixes faz dela uma pedófila: “quando

eu era pequena minha mãe foi me dar banho e apertou o meu clitóris assim bem forte...Fez isso com minha irmã também...com meu irmão foi diferente, porque ele tem aquele negócio nojento e minha avó é aquário e segurou a minha mãe”. “Se eu tivesse um filho homem nem sei como eu iria limpar a fralda dele... Eu nunca tocaria naquele negócio que ele tem no meio das pernas”. Ela então afirma: “Eu acho que eu sofro do Complexo de Electra, que é quando a menina fica ligada à mãe... Sexualmente ligada. Sobre Electra eu não sei muito, sei mais sobre o Édipo. O Édipo é perigoso porque ele virou um objeto de capricho da mãe, ele satisfaz o desejo dela...”

Certo dia Carmelita chega sorrindo ao atendimento. Tomando uma alta dose de medicação, suas expressões faciais eram mínimas. Ela sorri para mim e pergunta: “eu estou sorrindo?”. “Sim”, respondo. “Deve ser porque eu estou te vendo. Eu olho para você e penso em Deus. Pensar em Deus é pensar em todas as coisas boas da vida”. Um dia me endereça a seguinte questão: “eu ia perguntar isso para o meu mentor espiritual, mas como você está me ajudando vou perguntar para você mesma: eu acho que o meu amor ao próximo está atrapalhando o meu amor a Deus sobre todas as coisas. O que você acha? Eu vou para o inferno?”. “Como é mesmo o mandamento bíblico?”, pergunto. “Amar a Deus sobre todas as coisas e ao próximo como a si mesmo”, ela responde rapidamente. Segundo Alberti (1999), para o esquizofrênico, “o analista sabe do real”. No âmbito da transferência na esquizofrenia, o analista é igual aos outros, “o verdadeiramente diferente é ele próprio, sujeito a e de experiências que os outros não têm”. Porém, o analista ocupa “um lugar de exceção para o sujeito – uma vez que ele, analista, intervém sobre o próprio gozo do sujeito”. Ainda segundo Alberti, “surpreendentemente é no senso estético que algo da gestaltização se dá na transferência”. Carmelita costuma dizer que pareço com sua sobrinha. “Você tem Nascimento no seu nome? Porque a minha sobrinha tem e você é igualzinha a ela. Esses seus olhinhos piscando, seus dentinhos para fora. Você tem um sorriso lindo e dentes lindos também”.

Certa ocasião, instaurou-se um momento difícil no tratamento. Carmelita não retornava ao Caps e quando eu telefonava, falava grosseiramente: “eu já te disse que você fica falando da minha vida para os outros e eu não confio em você”; “você está me ligando só porque você acha que eu sou um perigo para a sociedade?”. Nenhuma intervenção foi possível, ela estava irreduzível. Na semana seguinte, chega ao Caps acompanhada de sua mãe, que diz que sua filha não queria mais ser atendida, mas ela acredita que isso é algo a se dizer pessoalmente. Carmelita sai andando na frente batendo o pé, não fala comigo e nem me olha. Neste momento não sabia o que fazer. Decidi então sentar numa cadeira e esperar um pouco. Passados alguns minutos, Carmelita aparece na sala e diz: “vamos Heloene”.

No decorrer dos atendimentos, pude perceber alguns efeitos subjetivos que entendemos com Soler (1989) como sendo a retificação do Outro. Se quando chega ao Caps, Carmelita lida sempre com um Outro que quer seduzi-la, devorá-la, comê-la, que está “interessado” nela, o mesmo não se pode dizer quando, após cinco meses de tratamento, fala sobre o novo médico psiquiatra e diz gostar muito dele: “ele gosta do que faz? Ele é um excelente médico”. Adere assim também ao tratamento psiquiátrico e medicamentoso. O maior medo de Carmelita é a internação, porque segundo ela, é no hospital psiquiátrico onde o “inimigo de nossas almas” se encontra. Relata que uma vez durante uma internação foi tratada tão mal que pediu para que a matassem de uma vez. Morreu e foi às “portas do inferno”. É interessante notar como ela sofre e apresenta queixas sobre o mal que a acomete: “eu não era tão doida assim. A primeira vez que eu fui internada foi porque eu joguei tudo pela janela, mas eu não fiz aquilo porque surtei. Fiz porque minha mãe não me ouvia... Eu não surtava tanto... Eu era agressiva com a minha mãe... Mas foram esses remédios que me deixaram desse jeito. Tudo começou quando eu quis ser uma Carmelita”.

No percurso do primeiro ano de residência, o rodízio pelos serviços tem uma duração de seis meses; passado esse tempo, pensando como seria essa passagem com Carmelita, ela se antecipa dizendo algo que eu jamais dissera: “você disse que nosso tratamento duraria seis meses. Semana que vem faz seis meses, então vamos terminar”. Diz então que tem um único pedido para me fazer antes da minha saída: “eu quero que você escreva um atestado de sanidade mental para mim, para provar que eu posso ser mãe. Eu estou grávida e tenho medo que quando você for, eles tirem o meu filho de mim. Deus já me explicou tudo... Eu vou sentir uma dor e vou no banheiro, meu filho vai sair como se eu estivesse fazendo cocô. Vai ser rápido e não vai doer. Você escreveria isso para mim? Escreveria que eu posso ser mãe”? “Escrevo”, respondi.

Embora tenha passado por períodos difíceis, Carmelita não voltou a ser internada. Comparece ao Caps apenas para o tratamento psiquiátrico e segue recusando outros atendimentos. Certa vez me ligou e disse que as coisas com a mãe estavam muito difíceis, disse que ela sempre poderia me ligar para falar sobre isso, de repente ela interrompe minha fala e diz: “Heloene, eu queria dizer que eu te amo e não estou falando isso para te seduzir”. Desliga o telefone e nunca mais volta a me ligar.

Por que introduzir um caso de psicose num trabalho que pretende pensar a partilha dos sexos e a adolescência? Se levarmos em conta que Freud (1924a) escreve seu texto “Neurose e Psicose” também no início dos anos 1920 quando estava às voltas com as “consequências psíquicas da diferença anatômica entre os sexos”, tal introdução não será ao acaso. Freud

(1923a, p. 177) inicia este texto retomando “O Eu e o Isso”, escrito no ano anterior, como forma de pôr à prova sua teoria e se questiona se ela “se revela útil e proveitosa também para outras coisas, ainda que seja apenas para ver de uma nova maneira o já conhecido, classificá-lo diferentemente ou expô-lo de modo mais convincente” (). Conclui que tal aplicação poderia também significar um “vantajoso retorno da teoria cinzenta para a verdejante experiência” (FREUD, 1923a, p. 177).

Toda psicanálise é, simultaneamente, teoria e prática, sendo a prática (a clínica), nesse contexto, antes o lugar de produção do que de aplicação do saber a ser elaborado teoricamente, embora a própria estruturação do dispositivo analítico, em que se exerce a clínica, seja determinada, em todos os seus pontos, pela teoria (ELIA, 1995, p. 19).

Certamente este encontro e todos os ensinamentos sobre a sexualidade não-toda fálica, levaram-me a pensar numa série de conceitos referentes à sexuação do sujeito. No presente trabalho propomos pensar a adolescência como momento de encontro com o real do sexo, contudo tentando evitar cair num maturacionismo sem saída. Embora o gozo sexual emergja antes da maturidade sexual, o gozo sexual na sua maturidade implica necessariamente a castração (LACAN, 1971-72). Na adolescência, o encontro com o sexo “é o encontro com as questões sobre a assunção de um posicionamento na partilha dos sexos” (ALBERTI, 2004, p. 8).

As questões da adolescência, portanto, implicam paradigmaticamente que a inquietação quanto ao próprio sexo *é a regra para todos* mas sabemos também que tal inquietação só se resolve no momento em que se lastreia na impossibilidade de uma resposta *a priori*. O sentido sexual “indica a direção na qual ele fracassa” (LACAN, 1972, p. 106) e é esse o ponto em que o sujeito neurótico pode responder à questão. Eis onde neurose e adolescência se encontram: todo sujeito adolescente é neurótico, rigorosamente falando, não há adolescência na psicose. Verifica-se tal enunciado tanto em articulação à frase de Freud (1895) segundo a qual o adolescente porta em si o germen da histeria – ou seja, o germen do sujeito em questão –, quanto em articulação àquela de Lacan, em que observa a importância da função da demanda na neurose da mesma maneira como podemos observá-la na adolescência: “Ele depende tanto da demanda do Outro, que o que [ele] demanda ao Outro em sua demanda de amor [...] é que se permita que ele faça alguma coisa” (LACAN, 1960–61, p. 257). Lacan enuncia essa frase acerca do neurótico, mas podemos transpô-la facilmente para os adolescentes de que tratamos. A própria adolescência sendo, portanto, um tempo lógico de trabalho, quando a sexualidade se mostra como um desencontro entre os sexos,

marcando que não há relação sexual. Se não é possível pensar a adolescência sem referi-la à castração, pois o trabalho que a representa é a tentativa de elaborá-la de alguma forma (ALBERTI, 2009), poderíamos perguntar: “por que só uma não criança, uma 'pós-criança', ou alguém após a infância, poderia deduzir a castração do Outro”? (ELIA, 1995, p.77).

Inscrevendo-se na linha de pesquisa intitulada “Teoria, Método e Ética da Psicanálise Aplicada às Questões da Clínica”, inserida no Programa de Pós-graduação em Psicanálise: Clínica e Pesquisa da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), a presente dissertação tem como premissa as questões suscitadas pela clínica psicanalítica. Segundo Lacan (1953, p. 268), “se a psicanálise pode tornar-se uma ciência – pois ainda não o é -, e se não deve degenerar em sua técnica – o que talvez já seja um fato -, devemos resgatar o sentido da experiência”. Tomando a prática como campo de pesquisa e a conjugação da teoria e clínica psicanalítica legada por Freud e Lacan, fomos impulsionadas a tentar escrever noções e conceitos para falar da relação entre adolescência e partilha dos sexos.

No primeiro capítulo, partimos de nossa fundamentação teórica: a sexualidade é infantil e se constitui na relação com o Outro. Passando pelo complexo de Édipo e de castração, enfatizando a importância da fantasia na relação com o desejo, entendendo o falo como a norma universal para o posicionamento sexual, o narcisismo como uma ação psíquica que tem como efeito a constituição do Eu pelo investimento da imagem do corpo pelo Outro materno. Além de percorrermos o sinuoso caminho da sexualidade feminina, bem como a sexualidade do menino e o despertar dos sonhos. De tal maneira que pudemos concluir com Pollo (2013, p. 171) “o filhote do homem sempre foi, e permanece, um ser de prematuridade, fato prenhe de consequências para sua realização como ser sexuado”.

No segundo capítulo, fazendo uma primeira revisão da literatura sobre o tema da adolescência, pudemos observar que já se tornou lugar comum lembrar que “adolescência” não é um conceito da psicanálise e que até mesmo o vocábulo pouco aparece nas obras de Freud e de Lacan, o primeiro tendo privilegiado o termo “puberdade”, o segundo preferindo utilizar o significante “jovem”. Porém é fato que grande número de psicanalistas se dedica a trabalhar com sujeitos adolescentes e a elaborar teoricamente possíveis especificidades da práxis psicanalítica com aqueles que atravessam essa etapa da vida caracterizada por Freud como a de uma reorganização das pulsões, um reviver do conflito edipiano, com a rejeição das fantasias incestuosas e o desligamento da autoridade dos pais, “pelo que constrói a contradição para si mesmo, tão importante para a evolução cultural entre a nova geração e a antiga” (FREUD, 1905). Elucidamos os critérios biológicos da puberdade sob o ponto de vista médico. Contrapomos então, a partir da psicanálise, a adolescência como a presentificação do

ser-para-o-sexo, subversão freudiana da filosofia, que pressupõe o encontro com o real da castração, com as questões sobre a assunção de um posicionamento na partilha dos sexos. Afirmamos que a adolescência implica o encontro com o real do (Outro) sexo e trazemos um caso clínico para verificarmos as consequências psíquicas do encontro com o real quanto ao sexo próprio e o encontro com o real do Outro sexo.

Abordando nossa terceira questão introduzida no presente trabalho: o que a psicanálise pode oferecer a esses adolescentes que se deparam com o real do sexo e encontram-se às voltas com a escolha da posição sexuada e sua consequente escolha de objeto sexual?, retomamos Lacan (1964, p. 14) em seu *O Seminário livro II*, no qual pergunta: “O que é uma práxis?” e responde: “é o termo mais amplo para designar uma ação realizada pelo homem, qualquer que ela seja, que o põe em condição de tratar o real pelo simbólico”. A psicanálise tem na linguagem o seu único instrumento de trabalho, pois sabemos que o significante incide no real traumático do sexo. Lacan (1964, p. 55) comenta sobre todo seu esforço para revalorizar esse instrumento, a fala, “para lhe devolver a sua dignidade”. Neste mesmo Seminário afirma: “nenhuma práxis, mais do que a análise, é orientada para aquilo que, no coração da experiência, é o núcleo do real”.

No terceiro capítulo, abordamos a questão da sexualidade no século XXI entre o discurso médico e o da psicanálise, partindo da premissa de que a sexualidade do sujeito se inscreve, desde sempre, no Édipo porque ele tem relação com o desejo, “fenômeno central do período sexual da primeira infância” (FREUD, 1924, p. 124).

Na atualidade, a proliferação de sexualidades é acompanhada de perto pela proliferação de nomeações ou seria, na medida em que se nomeiam as sexualidades que os sujeitos se identificam? O conceito de “identidade de gênero” difere do de “orientação sexual”. Segundo a *American Psychological Association*, a orientação sexual refere-se 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 coisa. Pessoas transexuais podem ser heterossexuais, lésbicas, gays, bissexuais ou assexuais, assim como as pessoas não-transgêneros podem ser². Entre as muitas maneiras de um sujeito nomear sua identidade, ou de ser nomeado por ela, destacamos algumas: cisgênero, o prefixo cis vem do latim e significa “deste lado”. É utilizado para se referir às pessoas cujo gênero é o mesmo que o designado em seu nascimento. Transgênero, refere-se à condição do indivíduo cuja identidade de gênero difere daquela designada no

² In: <http://www.apa.org/topics/lgbt/transgender.aspx>. Consultado em: 12/11/16.

nascimento temporária ou definitivamente e que não é necessariamente anatômica. Transexual, indica um sujeito que busca ou passa por uma transição social de masculino para feminino ou de feminino para masculino, o que, em muitos casos (mas não em todos), envolve também uma transição anátomo-fisiológica por tratamento hormonal e cirurgia genital (cirurgia de redesignação sexual). Intersexual, o prefixo inter se refere à condição de quem, ao nascimento, não pode ter seu sexo anatômico definido, de quem possui uma indefinição do sexo biológico, e que não se reduz a indefinição anatômica podendo ser também cromossômica, genética, gonadal, hormonal. Muitos optam pelo anonimato, mas quando decidem se nomear, usam o termo intersexo.

No final dessa dissertação, o discurso de uma adolescente, Mila, relança as questões nela trabalhadas e testemunha que, na adolescência, o encontro com o sexo “é o encontro com as questões sobre a assunção de um posicionamento na partilha dos sexos” (ALBERTI, 2004, p. 8), deixando em aberto a pergunta: será para a vida toda? Reiteramos que “a psicanálise só pode acontecer sob transferência e esta é sempre do sujeito, na qual ele mesmo reconstrói sua história e desvela o seu desejo, o que equivale dizer que a psicanálise não comporta significações preestabelecidas” (ALBERTI, 2009, p. 164). Lacan (1965-66) afirma que a análise é um jogo porque ela prossegue no interior de uma regra e há aparentemente dois jogadores. No entanto, há um terceiro jogador. “O terceiro jogador se chama a realidade da diferença sexual” (LACAN, 1965-1966, p. 357). O discurso analítico aponta para o real da não relação sexual e isso não é sem consequências.

Este trabalho, antes de pretender contextualizar a adolescência na contemporaneidade, retomando grandes questões de nossa época, dá a ela voz e procura deixar-se guiar pelas falas desses adolescentes e suas questões mais urgentes, para verificar aquilo que os faz sofrer, seus sintomas. Ali onde há sofrimento há sujeito; o sintoma é índice de presentificação do sujeito. Fazer de cada adolescente que atendi coautor desse trabalho implica marcar sua dimensão de sujeito que se apropria de seu desejo, responde por suas escolhas inconscientes e por sua posição de gozo.

1 O DESPERTAR DA SEXUALIDADE NA ADOLESCÊNCIA

A sexualidade ampliada da psicanálise coincide com o Eros do divino Platão.

Sigmund Freud, 1920

A palavra “despertar”, que compõe o presente título, foi extraída do título da peça de Frank Wedekind (1864-1918), dramaturgo alemão, *O despertar da primavera* (1891) cujo tema central é a sexualidade dos adolescentes. Jacques Lacan (1974) afirma que Wedekind precedeu Freud no que se refere à sexualidade do adolescente. Se uma das descobertas da Psicanálise é exatamente a existência de gozo sexual desde a mais tenra infância, porque falar de um despertar da sexualidade na adolescência? Freud menciona um período de latência entre o fim da primeira infância e a puberdade³, durante o qual o recalque do gozo sexual favoreceria o processo de aprendizagem e a construção das teorias sexuais infantis. Assim, Freud estabelece um início bifásico da sexualidade “*instauração em dois tempos* do desenvolvimento sexual, fato digno de nota e pleno de consequências” (FREUD, 1923b, p. 169, grifo do autor): na infância e no início da adolescência. Desde seus “Três Ensaio sobre a teoria da sexualidade” Freud (1905) se propõe a ampliar duplamente o conceito de sexualidade vigente na época, ou seja, afastá-la de sua ligação estreita com os genitais e incluir todos os impulsos englobados pelo polivalente termo amor.

A sexualidade do sujeito se inscreve, desde sempre, no Édipo porque tem relação com o desejo, sendo este, sempre, desejo do Outro. O sujeito se vê remetido ao Outro para engajar seu desejo. Nesse sentido, o despertar da sexualidade na adolescência seria na verdade um segundo despertar. Tomamos o grande Outro como ponto de partida da subjetividade humana, ressaltando que “a relação do sujeito com o Outro não é recíproca, é uma relação que se engendra por inteiro no processo de hiância. Espaço indizível no qual emerge o sujeito” (MIRANDA; ALBERTI, 2012).

O sujeito ao entrar no mundo dos seres falantes está submetido ao significante. Abro nesse ponto um parêntese, para retomar, com Lacan, o conceito de significante. Lacan o faz retomando-o de Ferdinand de Saussure (1857-1913, p. 80), linguista suíço, e o coloca como central em seu sistema de pensamento, tornando-o elemento significativo da fala. Segundo

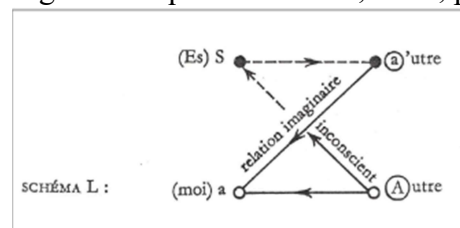
³ *Pubertæet*, no original.

Saussure o significante seria a imagem acústica de um conceito, “não é o som material, coisa puramente física, mas a impressão psíquica desse som” e o significado só se determina quando em associação com outro significante. Lacan ao situar a primazia do significante sobre o significado, invertendo o algoritmo saussuriano, o situa como campo determinante ao qual o sujeito está sempre referido e do qual é efeito. O sujeito do inconsciente se constitui a partir de um significante vindo do Outro.

Na lógica simbólica, a relação que determina o sujeito é quaternária “uma estrutura quadripartite, desde o inconsciente, é sempre exigível na construção de uma ordenação subjetiva” (LACAN, 1963, p. 785-86). O sujeito se constitui a quatro termos, segundo o “esquema da constituição do sujeito na dialética da intersubjetividade”, o famoso “esquema L” de Lacan. Assim, temos quatro termos tomados em diferentes articulações: os termos \$ e $\bar{A}$, respectivamente sujeito e Outro, unidos pela relação inconsciente, a determinação simbólica do sujeito a partir da Outra cena em que consiste o lugar do Outro, o inconsciente e os termos a-a', respectivamente eu e outro, unidos pela relação imaginária, narcísica, que se estabelece entre o eu e seus objetos, ou semelhantes.

As duas diagonais são articuladas entre si, o que indica que, no processo de constituição do sujeito a partir da rede simbólica que o determina, *o campo das identificações é fundamental* como estruturante da relação do próprio sujeito com a imagem do corpo e com os semelhantes, através da instância do eu (ELIA, 1995, p. 33, grifo nosso).

Figura 1 Esquema L Lacan, 1956, p.58



Freud (1914) faz do narcisismo uma fase intermediária necessária entre o autoerotismo e o amor objetual. A introdução do narcisismo acarreta, quanto à definição do Eu, o seu não surgimento desde logo, nem mesmo como resultado de uma diferenciação progressiva, mas que exige, para se constituir, “uma nova ação psíquica” que tem como efeito a constituição do eu pelo investimento da imagem do corpo pelo Outro materno.

1.1 A sexualidade é infantil e se constitui na relação com o Outro

A experiência com pacientes histéricas levou Freud a uma interrogação: por que razão a maioria de suas pacientes se referia a uma experiência de sedução atribuída a um adulto, que teria ocorrido em algum momento da infância da paciente? A princípio, podia-se pensar – e Freud pensou – que se tratava de experiências reais. Mas a quantidade e a intensidade das referidas experiências fizeram-no desconfiar de que se tratava, na verdade, de fantasias. Ora, se eram fantasias, então havia algo, na experiência infantil, responsável pela emergência de tais fantasias, alguma coisa de natureza sexual, uma vez que são relatos de experiências de sedução. A tese de que a sexualidade humana só se constitui no decorrer da puberdade, ocasião em que o organismo se torna “maduro para procriar”, devia, portanto, ser revista. Em sua *Autobiografia*, Freud (1925a, p. 112) retoma isso que ele chama de “erro” e afirma: “devo lembrar de um erro em que incidi por algum tempo e que quase se tornaria funesto para todo o meu trabalho”. A teoria da sedução sexual corroborava com a visão de sua época de uma infância inocente e assexuada, corrompida pela intrusão de um adulto. Essa intrusão é, na realidade, muito mais precoce, está na origem da formação subjetiva, de modo que o próprio sujeito se forma com as fantasias a partir dessa intrusão e “os sintomas neuróticos não se ligavam diretamente a vivências reais, e sim a fantasias envolvendo desejos, e que para a neurose a realidade psíquica significava mais que a realidade material” (FREUD, 1925a, p. 113). Quinet (2008, p. 77) aponta que

A realidade psíquica pinta um quadro do encontro sexual infantil. Este quadro é a fantasia, ela está colada na janela do real enquadrando a realidade do sujeito. [...] ela é o enquadre do ser-para-o-sexo. Mas ela é tão real que o sujeito a troca pela realidade e assim as fantasias sexuais infantis desveladas numa análise aparecem como recordações de cenas vivenciadas.

Em seus *Três ensaios*, Freud (1905) abandona a concepção sexológica da sexualidade em favor de uma abordagem psíquica do sexual (MIRANDA, 2014). Ele é categórico em afirmar que a sexualidade é infantil, sendo perverso-polimorfa por se orientar pelo desejo e se constituir na relação com o Outro. “Os neuróticos preservam o estado infantil de sua sexualidade ou foram retransportados para ele” (FREUD, 1905, p. 162).

Elia (1995, p. 53) em *Corpo e Sexualidade* aponta que o sexual no rigor que convém a Freud “é, estrutural e necessariamente parcial, e o ato mesmo de sua enunciação conclama a postulação do para além do sexual, lugar a partir do qual se desenha e se circunscreve o

sexual”. Assim, propõe-se a pensá-lo a partir de seu atributo primordial – o infantil – “já que é articulando sexual e infantil que Freud elabora a sua primeira teoria do sexual em psicanálise”, sendo que este atributo “constitui-se verdadeiramente como critério substantivo de construção conceitual da própria categoria freudiana da sexualidade” (ELIA, 1995, p. 54). Questiona então: “O que teria Freud concebido sob a rubrica de sexualidade infantil”? Apresentando como resposta:

Não se trata, assim, de um infantil que se oporia a um não mais infantil, o que levaria Freud a concluir que, por estranhas razões, permanecemos infantilizados quando teríamos a chance de amadurecer, o que evidentemente não é o caso, mas sim de um infantil que define o modo próprio de ser sexual dos humanos, o que quer dizer, dos seres falantes (ELIA, 1995, p. 56).

Propõe a ideia de que “o atributo infantil da sexualidade vem desempenhar uma especialíssima função metodológica, sobretudo se lembramos que Freud o cunhou através da clínica de adultos, pois não analisava crianças” (ELIA, 1995, p. 57). De tal maneira que, a sexualidade infantil é exclusiva “não há outra, só existe, do ponto de vista psicanalítico, a sexualidade do falante”. Mas então, “*que sexualidade é articulável ao inconsciente*”?, pergunta Elia (1995, p. 42) tomando em consideração o método de Freud que “se vale do senso comum para produzir o senso incomum”.

No primeiro ensaio de seus “Três Ensaio sobre a teoria da sexualidade infantil”, intitulado curiosamente de “Aberrações sexuais”, Freud introduz dois termos em que se dão os “desvios” da sexualidade: quanto ao objeto sexual (pessoa de quem provém a atração sexual) e quanto ao alvo sexual (ação para a qual a pulsão impele). Elia (1995, p. 43) pontua que este título já é uma indicação metodológica, uma vez que:

tomar o aberrante sob exame é, aqui, aquilo que diz a verdade sobre o “normal”, o avesso do quadro, que, ao revelar suas entranhas, desnuda a sua verdade. É isto o patológico, o aberrante, para Freud: 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.

No que tange aos desvios quanto ao alvo sexual, Freud divide o que chama de “perversões” em: transgressões anatômicas e fixações, ou seja, demora nas relações intermediárias com o objeto sexual.

Entre as transgressões anatômicas, Freud aponta:

- Supervalorização do objeto sexual;
- Uso da mucosa dos lábios e da boca;
- Uso sexual do orifício anal;

- Significação de outras partes do corpo;
- Fetichismo (substituição imprópria do objeto sexual)

Ao fazer considerações gerais sobre as perversões, Freud as aponta como um componente que raramente falta na vida sexual dos neuróticos e que apenas as características de “exclusividade e fixação” apareceriam como um sintoma patológico. Freud (1919, p. 233-34, grifo nosso) afirma

se é possível que as perversões derivem geralmente do complexo de Édipo, nossa apreciação dele experimenta mais um reforço. Pois achamos que *o complexo de Édipo é propriamente o núcleo da neurose*, a sexualidade infantil que nele culmina, a verdadeira condição da neurose, e o que dele resta no inconsciente representa a disposição para o futuro adocimento neurótico do adulto.

Sobre a pulsão sexual, Freud aponta que ela tem de lutar contra certas forças anímicas que funcionam como resistências (vergonha, asco e moral) que contribuem para circunscrever a pulsão dentro dos limites considerados normais, como consequência ao desenvolvimento. Assim, “os sintomas são a atividade sexual do doente”, uma vez que por um lado baseiam-se nas exigências da pulsão e por outro nos protestos do eu em relação a elas. O que faz Freud (1905, p. 157) concluir que “a neurose é o negativo da perversão”, corroborada pelo fato de que os sintomas representam a expressão convertida de pulsões que seriam designadas de perversas se pudessem expressar-se diretamente. Assim:

Fantasia consciente → perversos	}	coincidem até os mínimos detalhes em seu conteúdo
Temores delirantes → paranoicos		
Fantasias inconscientes → histéricos		

Em 1910, no texto “Cinco lições sobre a psicanálise”, Freud (1905, p. 206) retoma esta formulação e afirma “as neuroses estão para a perversão como o negativo para o positivo”. Neste contexto argumenta:

Agora os senhores talvez façam a objeção de que isso não é sexualidade. Emprego a palavra *num sentido bem mais amplo* do que aquele a que estão acostumados. Isto lhes concedo de bom grado. Mas cabe perguntar se os senhores não empregariam o termo em sentido muito restrito, *ao limitá-lo ao âmbito da procriação*. Assim fazendo, sacrificam o entendimento das perversões, o nexa entre perversão, neurose

e vida normal, e ficam incapacitados para perceber, em sua verdadeira significação, os primórdios — facilmente observáveis — da vida amorosa física e psíquica das crianças (FREUD, 1905, p. 206, grifo nosso).

Freud postula: “*os psicanalistas tomam a sexualidade naquele sentido pleno a que somos levados pela consideração da sexualidade infantil*” (FREUD, 1905, p. 206, grifo nosso). No texto “Além do princípio do prazer”, Freud (1920b, p. 222) ao rever o que considera “a lenta evolução de nossa teoria da libido” afirma que a psicanálise não podia prescindir em hipótese alguma sobre a pulsão, de tal maneira que

O conceito de “sexualidade” – e, portanto, o de uma pulsão sexual – teve certamente que ser ampliado, até abarcar muita coisa que não se incluía na função reprodutiva, e isso provocou certo escândalo no mundo austero, respeitável ou simplesmente hipócrita.

No texto “Pulsões e vicissitudes das pulsões”, Freud (1915, p. 42) define a pulsão como “um representante psíquico de uma fonte endossomática de estimulação que flui continuamente”, está no limite entre o psíquico e o somático e em si mesma não possui qualidade alguma, devendo ser considerada como “uma medida do trabalho imposto à psique por sua ligação com o corpo”. Elia (1995, p. 50, grifo do autor) aponta que “*limite é algo que não é nem somático nem psíquico, algo que é, precisamente, de uma outra ordem*”. Introduzindo uma leitura da pulsão como “responsável pela ruptura do espaço psicofísico entendido como uma unidade, por sua explosão irreversível, na medida em que introduz uma disjunção que o torna inconsútil, insuturável” (ELIA, 1995, p. 51). Logo:

O sujeito, na psicanálise, nada mais tem a ver com o psíquico, ou com o psicológico de que se trata no espaço psicofísico explodido pela pulsão, efeito que corresponde àquilo que, no plano tópico, constitui a divisão produzida pela introdução do inconsciente, o que é fator igualmente operante de uma cisão, uma divisão insuturável no campo subjetivo. Pulsão de um lado, Inconsciente, de outro, são as duas formas de alteridade radical que constituem o sujeito como dividido (ELIA, 1995, p. 51).

“A pulsão é a vertente aberrante do que se faz passar, no quadro normal, por instinto, é o que evidencia quando, abandonando-se as ilusões da normalidade, revela-se a estrutura” (ELIA, 1995, p. 45). De tal maneira que, a pulsão

é o nome do conjunto de efeitos que a linguagem perpetra no instinto (estrageiro ou montagem, pouco importa). Não há, assim, experiência instintiva no ser humano, no sujeito, mas experiência do instinto fragmentado e remodelado pelo significante, que é a pulsão (ELIA, 1995, p. 47).

Freud (1915) ao caracterizar cada um dos quatro elementos da pulsão (fonte, pressão, objetivo e objeto), diz que o objeto da pulsão é o que há de mais variável, e que só é escolhido por prestar-se, entre os possíveis, a propiciar a satisfação, que é o objetivo, por sua vez invariável, da pulsão.

Freud (1905) introduz seu segundo ensaio, “A sexualidade infantil”, de forma contundente. Ao tratar do descaso para com o infantil afirma que “faz parte da opinião popular sobre a pulsão sexual que ela está ausente na infância e só desperta no período da vida designado de puberdade”. Freud lança mão então da amnésia infantil para explicar o porquê desse encobrimento dos primeiros anos da infância.

Freud aponta três características de uma manifestação sexual infantil:

1. Nasce apoiando-se numa das funções somáticas vitais;
2. Ainda não conhece nenhum objeto sexual, sendo inicialmente autoerótica, satisfaz-se no próprio corpo;
3. Seu alvo sexual acha-se sob o domínio de uma zona erógena.

Desde o nascimento haveria impulsos sexuais e qualquer parte do corpo pode ser tomada como zona erógena, fenômeno a que Freud (1905, p. 221) denomina “disposição perverso polimorfa”. As pulsões na infância seriam desorganizadas, “a pulsão sexual da criança comprova ser, de fato, perverso-polimorfa”.

As três fases da maturação infantil descritas por Freud são: a lactância, a fase por volta dos quatro anos e a puberdade. Freud ainda aponta as fontes da sexualidade infantil:

- 1) Reprodução de uma satisfação vivenciada em relação a outros processos orgânicos (interna);
- 2) Pela estimulação da zona erógena (externa);
- 3) Como expressão de algumas pulsões (não compreende a origem).

Freud (1933a) apresenta três fases de organização temporária do desenvolvimento sexual, chamadas pré-genitais:

1ª) FASE ORAL – o primeiro órgão a surgir como zona erógena é a boca. “Correspondendo ao modo como o lactente é alimentado, a zona erógena da boca domina o que podemos chamar de atividade sexual desse período da vida” (FREUD, 1933a, p. 246).

2ª) FASE ANAL-SÁDICA – a satisfação é procurada na agressividade e na função excretória.

3ª) FASE FÁLICA – precursora da forma final assumida pela vida sexual. “Nos dois sexos o membro viril – e o que a ele corresponde na menina – adquire uma importância que não mais poderá ser ignorada” (FREUD, 1933a, p. 246).

Freud então postula: “reservamos a expressão fase genital para a *organização sexual definitiva*, que se estabelece após a puberdade e na qual, somente então, o genital feminino tem o reconhecimento que o masculino adquiriu muito tempo antes” (FREUD, 1933a, p. 246, grifo nosso).

No terceiro ensaio, “As metamorfoses da puberdade”, Freud aponta como processo da puberdade o “crescimento manifesto da genitália externa”, de tal maneira que o aparelho sexual biológico recebe três tipos de excitação:

- 1) Vindo do mundo externo (excitação das zonas erógenas);
- 2) Do interior do organismo;
- 3) Da vida psíquica. Ou seja, a excitação sexual apresenta sinais psíquicos (sentimento peculiar de tensão) e somáticos (ereção e umidificação).

Segundo Freud (1905), a puberdade traz ao menino um avanço grande da libido, enquanto que a menina se vê submetida a uma nova onda de recalcamientos que afeta justamente a sexualidade do clitóris, a menina tem que recalcar uma parcela da sexualidade masculina mudando sua zona dominante para sua atividade sexual posterior, enquanto que o homem a conserva desde a infância.

Em “As resistências à psicanálise”, Freud (1925b, p. 263-64) afirma:

A psicanálise pôs termo à fábula da assexualidade da infância, provou que desde o começo da vida há interesses e atividades sexuais nas crianças pequenas, mostrou as transformações que eles experimentam, como aproximadamente no quinto ano sucumbem à inibição e depois, na puberdade, entram a serviço da função reprodutiva.

1.2 Teorias sexuais infantis

Em 1897, tendo sido forçado a abandonar sua “teoria da sedução” como escreve na “Carta 69” de 21 de setembro a Fliess e com a descoberta do Complexo de Édipo, (“Cartas 70 e 71” de 3 e 15 de outubro), Freud postula a importância da fantasia como janela da realidade psíquica. O lugar da fantasia no aparelho psíquico seria o de “produzir uma satisfação que, negada por um lado pela realidade, continua sendo requisitada pela pulsão” (JORGE, 2010, p. 60). A relação entre fantasia e desejo é enfatizada por Lacan (1958, p. 643) em “A direção do tratamento e os princípios de seu poder” quando indica que “a fantasia, em seu uso fundamental, é aquilo mediante o qual o sujeito se sustenta no nível de seu desejo

evanescente”. Para Freud ela é edípica por definição, é uma resposta que o sujeito constrói diante do desejo do Outro.

Freud (1908) chamou de “teorias sexuais infantis” as próprias explicações tecidas pelas crianças a respeito de como nascem os bebês, e essas explicações dependem do momento de desenvolvimento sexual em que se encontram.

Transcorre um bom tempo até a criança notar claramente a diferença entre os sexos; nesse período de *pesquisa sexual* ela engendra típicas *teorias sexuais*, que, por depender da incompletude da organização somática, misturam coisas certas e erradas e não podem solucionar o problema da vida sexual (o enigma da Esfinge: de onde vêm as crianças?) (FREUD, 1925a, p. 117).

Ao observar e ouvir crianças, e através da análise dos relatos de seus pacientes adultos, Freud acompanhou a frequência com que surgiam três tipos de explicações: as crianças nascem pelo ânus da mãe; tanto os homens como mulheres possuem pênis (premissa fálica), e o coito é sempre de natureza agressiva e sádica. Freud (1923b, p. 175, grifo nosso) tratando sobre as complicadas teorias que são construídas para explicar a troca do pênis por uma criança, quando a criança descobre que apenas mulheres podem ter filhos, afirma: “em tudo isso *o genital feminino não parece jamais descoberto*”⁴. Lacan (1956-57, p. 49) pontua que “o que diz Freud é [...] que as teorias sexuais infantis [...] vão marcar com seus vestígios o desenvolvimento de um sujeito, toda a sua história, tudo o que será para ele a relação entre os sexos”. A fantasia é a maneira através da qual o sujeito se protege do encontro com o real do sexo. A fantasia vela o horror da castração (PIZA; ALBERTI, 2013). A falta no Outro é o suporte da fantasia inconsciente que promove a relação do sujeito com o objeto.

Prates (2012, p. 70) aponta que as “teorias sexuais infantis são fantasias construídas pela criança no sentido de ‘desmentir’ a castração materna”.

A posição infantil de negar a castração equipara-se, então, àquela do neurótico; e a sexualidade infantil, por sua vez, deve nos remeter necessariamente à lógica da construção da fantasia. Dessa forma, Freud substitui a compreensão da sexualidade infantil a partir de uma visão desenvolvimentista ou educacional por outra que enfatiza a fantasia.

Freud (1905) aponta como fantasias do período da puberdade (independente do que foi vivenciado):

- 1) Escutar as relações sexuais dos pais;
- 2) Sedução pelas pessoas amadas;
- 3) Ameaça de castração;

⁴ *Das weibliche Genitale scheint dabei niemals entdeckt zu werden*, no original.

- 4) Fantasia do ventre materno (permanência e vivência);
- 5) Romance familiar (reage à diferença entre sua atitude de agora para com os pais e a que teve na infância).

Em “Moisés e o Monoteísmo” (1939 [1934-1938]), Freud aponta o “romance familiar” como “fonte de toda ficção poética”, dividido em dois tempos. Nos primeiros anos, tal romance é dominado por uma supervalorização do pai e depois, marcado por rivalidade e desapontamento, visa se desligar dele. Em “Romances Familiares”, Freud (1909 [1908]) já havia desvelado a fantasia de substituição dos pais, que aqui tomaremos como a fantasia do adolescente, como repúdio das fantasias edípicas claramente incestuosas, e, contemporaneamente a isso consuma-se uma das realizações psíquicas mais significativas e também a mais dolorosa do período da puberdade: o desligamento da autoridade dos pais.

1.3 Édipo é a possibilidade de desejar

Somente em 1923, no texto “A organização genital infantil: um acréscimo na teoria da sexualidade”, Freud irá acrescentar a fase fálica que consiste no momento em que o interesse nos genitais e em sua atividade adquire grande importância, a posse ou a não-posse do falo é seu elemento diferencial primordial. Logo, introduzir uma organização genital infantil constitui uma interpolação à teoria da sexualidade, “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, p. 171, grifo do autor). Freud nos mostra que não só ambos os sexos se constroem pelo referencial fálico, mas também que a distinção anatômica entre os sexos se expressa em consequências psíquicas, deixando claro que “*o que constitui a masculinidade ou feminilidade é uma característica desconhecida, que a anatomia não pode apreender*” (FREUD, 1933a, p. 166, grifo nosso).

Recentemente pudemos perceber melhor que o desenvolvimento sexual da criança chega até uma fase em que o genital já assumiu o papel condutor. Mas esse genital é apenas o masculino, mais corretamente, o pênis; o feminino não foi ainda descoberto. Essa fase fálica, simultânea à do complexo de Édipo, *não continua a desenvolver até a organização genital definitiva*, mas submerge e é substituída pelo período de latência (FREUD, 1924c, p. 205-06, grifo nosso).

Para os meninos, o pênis aparece como objeto de interesse, curiosidade sexual e vontade de comparação com outros. Ao observarem as meninas, deparando-se com a ausência

do órgão estimado, rejeitam o fato, encobrindo-o com a suposição de que o pênis estivera lá, mas fora retirado. Ou seja, é das comparações feitas do ponto de vista da diferença sexual que deriva a fantasia da ameaça de castração. Segundo Freud (1923b, p. 173), “a ausência de pênis é vista como resultado de uma castração, e o menino se acha ante a tarefa de lidar com a castração em relação a ele próprio”.

Freud (1940 [1938], p. 180) afirma: “com a fase fálica, e ao longo dela, a sexualidade da tenra infância atinge seu apogeu e aproxima-se da sua dissolução. A partir daí meninos e meninas têm histórias diferentes”. Embora ambos 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. 180, grifo nosso).

Em relação às investigações sexuais das meninas, observam-se outras consequências psíquicas. Elas consideram que o órgão protuberante dos meninos é o equivalente superior de seu próprio órgão, o que redundaria na inveja do pênis. Para explicar essa defasagem em relação ao sexo masculino, a menina supõe que em alguma época anterior possuiu o pênis e este lhe foi retirado devido à castração, ela “não entende sua falta de pênis como uma característica sexual” (FREUD, 1924c, p. 212), de tal maneira que não estende essa conclusão a outras, mulheres adultas, mas atribuir-lhes “um genital grande e completo, masculino, exatamente no sentido da fase fálica” (FREUD, 1924c, p. 212). Isto é, 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 (1924c, p. 212) afirma: “a renúncia ao pênis não é tolerada sem uma tentativa de compensação”. O menino abandonará o desejo incestuoso pela mãe, com medo que sua realização acarrete a perda do órgão estimado (FREUD, 1924). Assim, a primazia do falo

Só surge quando não se trata mais do genital como ponto de chegada do desenvolvimento psicosexual de um indivíduo, mas de uma lógica que, não mais admitindo exceções maturacionais, faz tudo o que é da sexualidade humana passar pelo desfiladeiro do significante, pela fragmentação, pela moenda do simbólico: é só aí que o genital, como questão central do desejo sexual do ser falante, poderá encontrar seu lugar na doutrina psicanalítica (ELIA, 2004, p. 65).

Em “A dissolução do complexo de Édipo”, Freud (1924c, p. 204) aponta o Édipo como “fenômeno central do período sexual da primeira infância. Depois ele desaparece, sucumbe ao recalque, como dissemos, e vem o período de latência” e afirma que o que leva à

sua dissolução ainda não ficou claro, porém as análises demonstram que são “dolorosas decepções experimentadas”.

No caso da menina, que pretende ser amada pelo pai acima de tudo, sofre “uma dura punição⁵” por parte dele e “se vê expulsa do paraíso” (FREUD, 1924C, p. 204). Já o menino, que encara a mãe como sua propriedade, descobre que ela “transferiu seu amor e seu cuidado a um recém-chegado”. Essas experiências aflitivas são inevitáveis e agem em oposição ao conteúdo do complexo e, mesmo que não ocorra nenhum acontecimento especial, dois fatores levam “o pequeno amante a voltar as costas ao seu anseio sem esperança”: a ausência de satisfação esperada e a negação continuada do bebê desejado. Assim, o complexo de Édipo se encaminha para sua dissolução⁶ por: falta de sucesso e pelos efeitos de sua impossibilidade interna.

Lacan (1938, p. 30, grifo nosso) em *Complexos Familiares* trabalha o complexo de Édipo nos seguintes termos:

A psicanálise revelou na criança pulsões genitais cujo apogeu se situa no quarto ano de vida. Sem nos estender aqui sobre a sua estrutura, digamos que elas constituem *uma espécie de puberdade psicológica, bastante prematura, como se vê, em relação à puberdade fisiológica*. Fixando a criança por um desejo sexual ao objeto mais próximo que normalmente a presença e o interesse lhe oferecem, a saber, o progenitor de sexo oposto, essas pulsões fornecem ao complexo sua base; a sua frustração delas forma o seu nó. Ainda que inerente à prematuração essencial dessas pulsões, essa frustração é referida pela criança ao terceiro objeto que as mesmas condições de presença e de interesse lhe designam normalmente como o obstáculo para sua satisfação: a saber, ao progenitor do mesmo sexo.

Lacan (1957-58) em *O Seminário, livro 5: as formações inconscientes*, se propõe a pensar os três tempos lógicos do Édipo e, ensina que durante o primeiro tempo do Édipo a criança é totalmente identificada ao desejo da mãe. O bebê tem a mãe como um ser onipotente e tenta satisfazê-la em todos os seus caprichos. Isso só é possível devido à equivalência simbólica bebê = falo, o bebê torna-se o falo materno. Na neurose, nesse primeiro tempo, a mãe é para criança o Outro absoluto e, a criança responde ao lugar de objeto de desejo da mãe.

No segundo tempo do Édipo, o falo se desloca, a função paterna opera de modo a destituir a criança do lugar que ela ocupava de falo. É uma operação simbólica. Queda narcísica que incide tanto sobre a criança, quanto sobre sua mãe, pois o falo não pertence nem

⁵ *Züchtigung*, no original. Castigo.

⁶ *Untergang der*, no original. Naufrágio, afundamento.

à criança, nem à mãe. O falo, assume, então, o lugar privilegiado de ser aquilo que pode faltar ou que é suposto faltar ao Outro. “Se no primeiro tempo lógico do Édipo o Outro é a mãe, o Nome-do-Pai é o que vem barrar o Outro onipotente e absoluto, inaugurando a entrada da criança na ordem simbólica” (QUINET, 2015, p. 41).

Figura 2 Metáfora Paterna. Lacan, 1958.

$$\frac{NP}{DM} \cdot \frac{DM}{x} \longrightarrow NP \cdot \left[\begin{array}{c} A \\ \text{Falo} \end{array} \right]$$

A inclusão do significante do Nome-do-Pai no Outro marca, portanto, a entrada do sujeito na ordem simbólica e permite a inauguração da cadeia do significante no Inconsciente, implicando as questões do sexo e da existência e as identificações aos semblantes homem e mulher (QUINET, 2015, p. 42).

Já no terceiro tempo, o falo passa do estatuto imaginário, ao falo simbólico, deixa de ser confundido com o seu portador (primeiro a mãe, depois o pai) para ser o significante da falta (guardador de um lugar do desejo). O falo é elevado ao estatuto de significante. O falo simbólico, como produto dessa operação de metáfora, une o desejo à lei. Surge o supereu como herdeiro do Complexo de Édipo, instância psíquica que representa a interdição do incesto, portanto representa a lei e aponta a ligação dela com o desejo.

Freud (1923a) em “O Eu e o Isso” mais especificamente no capítulo três: “O Eu e o Supereu (Ideal do Eu)” – tratando da questão das origens dessas instâncias, responde, em síntese, com a famosa frase: “O Supereu é um herdeiro do Complexo de Édipo”. Tomando como modelo uma noção já desenvolvida anteriormente para explicar o luto e a melancolia (FREUD, 1917) – a introjeção, por identificação, de um objeto perdido – Freud a aplica agora ao Édipo. O objeto perdido, é a partir daí introjetado por identificação, seria, no texto que estamos considerando, “o genitor do mesmo sexo”.

Quinet (2015, p. 9) em *Édipo ao pé da letra* propõe “um retorno a Édipo na psicanálise a partir de uma releitura da tragédia de Sófocles *Édipo Rei* ao pé da letra do nome do herói em grego: *Óidipus* – nome este que é a marca trágica de uma maldição herdada” e aponta o mito de “Totem e tabu” (FREUD, 1913 [1912-1913], p. 25) como “muito mais adequado à elaboração freudiana sobre o complexo de Édipo do que o próprio mito de Édipo”.

Em “Totem e tabu”, Freud (1913 [1912-1913]) levanta a hipótese da horda primeva e da morte do pai primevo, trabalhando a origem da religião (Totem) e da moralidade (Tabu) como intrinsecamente ligadas ao nascimento da cultura e do sujeito (FUKS, 2000).

Freud apresenta o *Urvater*, o pai primitivo, que Quinet (2015, p. 28) propõe como tradução para este termo freudiano: “tiranossauro”, pois é “aquele que impõe a lei, mas não está submetido a ela”. Assim esse “tiranossauro” era tirano e agia de forma violenta para subjugar os outros por meio da força. Desposava todas as mulheres do clã e impedia os outros membros machos de deitarem-se com elas, sendo assim o depositário das proibições. O que dá coesão aos membros machos - excluídos da sexualidade e da palavra, uma vez que a força se fazia pelo autoritarismo -, é que eles são tomados pelo ódio e planejam o assassinato do pai/chefe. Planejam aniquilar, destruir, assassinar, mas principalmente se apropriar de suas características, evidenciando uma relação ambivalente de admiração e temor. Eles matam o pai e o devoram, introjetando e identificando-se com seus traços. Tornam-se irmãos. No entanto, se sentem culpados por terem matado o pai e renunciam ao objeto de desejo. A proibição do incesto se torna então o elemento central em torno do qual se organiza o social.

O supereu é o herdeiro desse pai arcaico, sendo, portanto, a instância que encarna os imperativos de um pai identificado ao gozo, um pai que não estaria submetido à castração, mas que exige a castração do filho. O *Urvater* é uma figura do pai real, agente da castração simbólica, que opera sobre um objeto imaginário que é o falo (QUINET, 2015, p. 27)

Quinet (2015, p. 29) aponta que o pai, tanto no complexo de Édipo como no de castração, propostos por Freud, “é aquele que aparece como quem vai executar a castração com punição pela relação sexual com a mãe”. Para o autor, Lacan dá um passo a mais e situa o pai como portador da lei “não só da Lei da interdição do incesto, mas da lei simbólica, elevando então o pai ao status simbólico de letra da lei que funciona no psiquismo como significante do Nome-do-Pai, articulando assim Lei e desejo [lei (do pai) e desejo (pela mãe)]” (QUINET, 2015, p. 29). Donde o “lado do impossível a suportar do Édipo freudiano: o Real que retorna ao mesmo lugar, que é o lugar da não inscrição da relação sexual” (QUINET, 2015, p. 30). De tal maneira que, “o gozo não está ‘para além do Édipo’, é parte integrante deste” (QUINET, 2015, p. 31).

Fazendo uma releitura do Édipo a partir do *O Seminário, livro 17: o avesso da psicanálise* de Lacan (1969-1970), Quinet (2015, p. 36) aborda “o real do Édipo”, “para além da operação significante da metáfora paterna”, uma vez que na metáfora paterna só há significantes, não havendo espaço para o gozo. Logo, “a metáfora paterna não aborda todo complexo de Édipo, não leva em conta a dimensão trágica do gozo”. Assim, “nessa conjuntura do ensino de Lacan nos anos de 1970, descortina-se o pai real como o agente da castração”. Quinet propõe então, “uma releitura do Édipo a partir do gozo do pai no que ele tem de real

para o sujeito: o crime de Laio [pai de Édipo] como pai real. Não é o pai morto assassinado pelo filho, e sim o real do pai que se manifesta como cifra de gozo, ou seja, letra” (QUINET, 2015, p. 36).

No campo da linguagem, o complexo de Édipo é trabalhado por Lacan partindo da metáfora paterna, em que o Nome-do-Pai vem barrar o desejo da mãe, tendo por resultado a significação fálica e sua localização do gozo, o que permite ao sujeito a vida sexual e a inserção na partilha dos sexos. O pai aparece como a lei que sustenta o desejo do sujeito. Já no campo do gozo (*Seminário 17*), “O Édipo do mito é abordado por meio do assassinato de Laio e do gozo incestuoso, duas modalidades de gozo que Édipo experimentou e cuja consequência foi a castração e a queda do objeto” (QUINET, 2015, p. 43). Logo, o Édipo para Lacan no campo do gozo, “nos leva do simbólico do mito grego ao real da estrutura”. O pai real é o agente da castração – o que já se lia em Freud e o que Lacan já conceituava no *O Seminário, livro 4: a relação de objeto*.

1.4 Complexo de castração

Freud afirma (1924c) que a destruição da organização genital fálica da criança é ocasionada pela ameaça de castração, ele demonstra como se dá o processo: primeiro o menino não acredita em tal ameaça ou não a obedece absolutamente. No entanto, duas experiências pelas quais a criança passara a preparara para a perda de partes altamente valorizadas do corpo: a retirada do seio materno e a exigência cotidiana que lhe é feita para soltar os conteúdos do intestino. No entanto, não existe prova que demonstre que, ao efetuar-se a ameaça de castração essas experiências de perda tenham qualquer efeito. Somente quando são associadas à visão dos órgãos genitais femininos que a criança começa a avaliar a possibilidade de ser castrada, fazendo-o “apenas de modo exitante e de má vontade, não sem fazer esforços para depreciar a significação de algo que ela própria observou” (FREUD, 1924c, p. 220). Com a visão da região genital de uma menina “a perda de seu próprio pênis fica imaginável e a ameaça de castração ganha seu efeito adiado” (FREUD, 1924c, p. 220).

Segundo Freud a criança pode apresentar três reações frente às suas primeiras impressões de ausência de um pênis:

- 1) Rejeita o fato e acredita que ainda assim vê um pênis;

- 2) Encobre a contradição dizendo que o pênis ainda é pequeno e que irá crescer;
- 3) Chega à conclusão que o pênis estivera lá, mas foi retirado.

Rejeitar, encobrir e fantasiar são reações possíveis diante das evidências da castração, logo “o complexo de castração se estabelece para o menino quando descobre que apenas as mulheres podem dar nascimento aos bebês e que a mãe não tem pênis” (QUINET, 2015, p. 18).

A aceitação da possibilidade de castração e o reconhecimento de que as mulheres são castradas, põe fim às duas maneiras de obter satisfação no complexo de Édipo porque “ambas acarretavam a perda do pênis, uma, a masculina, como castigo, a outra, feminina, como pressuposto” (FREUD, 1924c, p. 208).

Se a satisfação do amor no campo do complexo de Édipo deve custar à criança o pênis, está fadado a surgir um conflito entre seu interesse narcísico nessa parte de seu corpo e o investimento libidinal de seus objetos parentais. Nesse conflito, triunfa normalmente a primeira dessas forças: o eu da criança se afasta do complexo de Édipo.

Freud (1933b, p. 231) nas “Novas Conferências Introdutórias à Psicanálise, Angústia e pulsões”, trata do “perigo real que a criança teme, como consequência de estar enamorada da mãe”:

Antes de tudo, não se trata de a castração ser realmente levada a efeito; o decisivo é que o perigo seja uma ameaça de fora, e que o menino acredite nela. Ele tem algum ensejo para isso, pois frequentemente ameaçam cortar seu membro durante a fase fálica, na época de seu primeiro onanismo (FREUD, 1933b, p. 231).

Em uma nota de rodapé no texto “Organização genital infantil: uma interpolação a teoria da sexualidade”, após afirmar que “*a significação do complexo de castração só pode ser apreciada corretamente quando se considera também sua origem na fase da primazia do falo*” (FREUD, 1933b, p. 173, grifo do autor), Freud (1923b, p. 173, nota de rodapé) explicita que a perda do seio materno e a perda das fezes, já trazem a ideia de um dano narcísico, porém “só devemos falar de um complexo de castração quando tal ideia de perda ficou ligada ao genital”.

Freud aponta vinculações entre: a organização fálica, o complexo de Édipo, a ameaça de castração, a formação do supereu e o período de latência. Sendo estas vinculações existentes entre eles, justificativas para a afirmação “o complexo de Édipo sucumbe⁷ à ameaça de castração” (FREUD, 1923b, p. 210). Freud (1923b, p. 211) então se questiona: “o

⁷ *An der Kastrationsdrohung zugrunde geht*, no original. “Sucumbe à ameaça de castração”.

processo descrito refere-se, como foi expressamente dito, somente à criança do sexo masculino. Como o desenvolvimento correspondente se realiza na garota pequena”?

Embora o sujeito do sexo feminino também tenha um complexo de Édipo, um supereu, uma organização fálica, um complexo de castração e um período de latência, as coisas não podem ser as mesmas como nos meninos, “a diferença morfológica tem de manifestar-se em *diferenças de desenvolvimento psíquico*. ‘A anatomia é o destino’” (FREUD, 1924c, p. 211, grifo nosso). Freud afirma que embora o clitóris da menina se comporte inicialmente como um pênis, ela ao compará-lo com o de um colega do sexo masculino, nota que “saiu perdendo”⁸ e sente esse fato como desvantagem e razão para inferioridade. Sendo a castração um “fato consumado” para as meninas, nelas estaria “excluído o medo da castração”, deixando de haver um forte motivo para a construção do supereu e a demolição da organização genital infantil, no entanto é preciso dizer que Freud avança ainda mais na Conferência sobre a feminilidade (1933a) e em seu texto “Sexualidade feminina” (1931a). 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, 1971-72), se expressa em consequências psíquicas. Do lado da pequena diferença há a grande diferença que é - A diferença – o Outro sexo. A castração é um processo psíquico, consequências psíquicas da diferença anatômica entre os sexos. O que tem consequência é a diferença, dirá Freud no ano seguinte. Assim, foi ao introduzir o complexo de castração em sua teoria que Freud (1933^a, p. 166) pode esclarecer a dissimetria entre os caminhos da sexualidade masculina e feminina, no entanto “o que constitui a masculinidade ou feminilidade é uma característica desconhecida, que a anatomia não pode apreender”

Lacan (1957-58), em *O Seminário, livro 5: as formações do inconsciente*, falando do Édipo feminino, afirmava que à menina nada falta, no sentido de *Penisneid*, e que o complexo de castração não tem a ver com os órgãos ou as imagens, e sim com o sujeito em sua relação

⁸ “zu Kurz gekommen” ist. “Saiu perdendo” (aspas no original).

com a linguagem e à opacidade do desejo do Outro. Sobre essa questão, introduz em seu ensino mais tardio, um ponto que retomaremos mais adiante:

a elucubração freudiana do complexo de Édipo, que faz da mulher peixe na água, por ser a castração nela a situação inicial (Freud *dixit*), contrasta dolorosamente com o fato da devastação que é na mulher – para a maioria delas – a relação com sua mãe, da qual ela parece realmente esperar como mulher mais subsistência que de seu pai – o que não acontece com ele sendo segundo, nessa devastação (LACAN, 1973, p. 465).

Freud observa que se o complexo de castração é o pivô da dissolução do Édipo nos meninos, há nas meninas uma ordem inversa. A confrontação com a castração induz do lado masculino à renúncia do objeto incestuoso, levando o menino à saída do Édipo; do lado feminino, o encontro com a castração introduz a menina no Édipo. Ela vai abandonar o seu primeiro objeto incestuoso, a mãe, voltando-se para o pai. “O complexo de castração nas meninas”, dirá Freud em 1931, “também inicia ao verem os genitais do outro sexo”.

Naturalmente, a angústia de castração não é o único motivo do recalque; afinal, não existe nas mulheres, que têm um complexo de castração, mas não podem ter angústia de castração. Em seu lugar aparece no outro sexo, a angústia da perda do amor, evidentemente uma continuação da angústia do lactente, ao sentir a falta da mãe (FREUD, 1931. p. 232).

Freud (1933b) aponta que a toda época se acrescenta um certo determinante da angústia, relacionado a um tipo de perigo de vida, sendo eles:

Perigo do desamparo psíquico → estágio de imaturidade inicial do Eu

Perigo da perda do objeto → dependência dos primeiros anos da infância

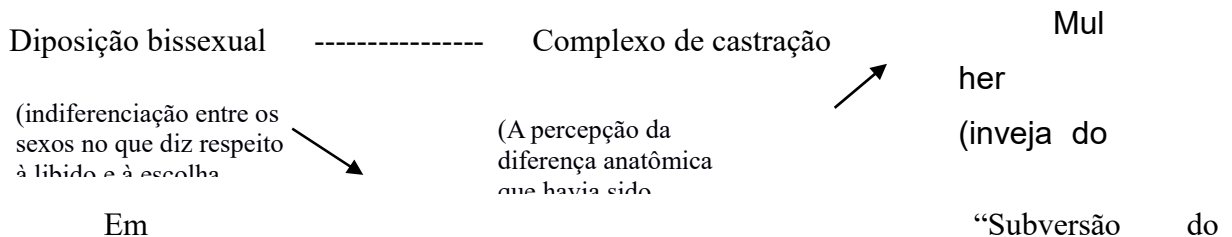
Perigo da castração → fase fálica

Angústia ante o supereu → período de latência

Freud (1940[1938], p. 188) em seu texto “Esboço de Psicanálise”, admite que a diferença sexual é “o grande enigma” com o qual nos defrontamos. Adverte ainda que o sexual e o genital se “distinguem de maneira aguda” (FREUD, 1940[1938], p. 152), o que “aponta para uma dimensão de inacessibilidade do real do corpo” (VICENTINI, 2008, p. 352). A diferença anatômica entre os sexos não se inscreve no inconsciente senão por suas consequências. Não há representação psíquica daquilo que a diferença anatômica entre os sexos apresenta. Para Elia (1995, p. 60), há “disparidade entre apresentação e representação: nem tudo que se faz presente na anatomia se faz representado no psiquismo”. Assim, o sujeito não registra senão as consequências das diferenças que a anatomia lhe apresenta.

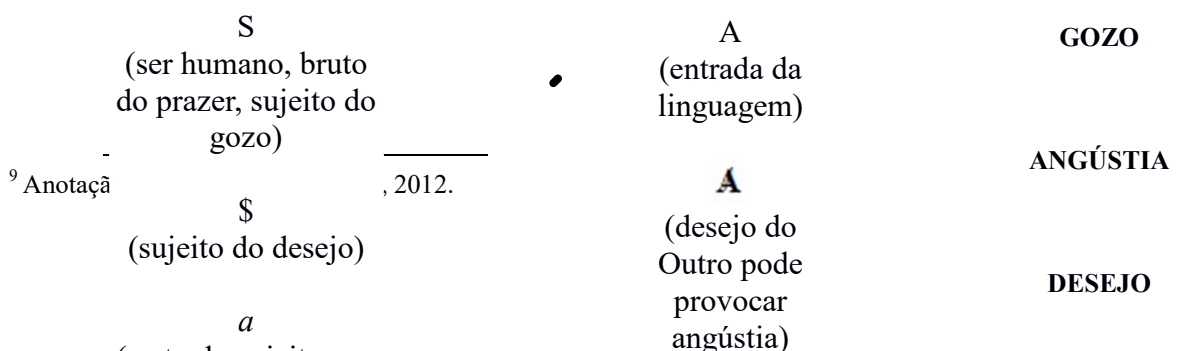
A anatomia apresenta, como não é dado a ninguém deixar de saber, dois órgãos genitais, o masculino e o feminino, o pênis e a vagina. Curiosamente, observa Freud, no inconsciente do sujeito não existe a representação biunívoca desta dualidade de órgãos, ou seja, a cada órgão não corresponde uma representação, ponto a ponto, de tal forma que a representabilidade inconsciente não recobre a apresentabilidade empírica da realidade genital anatômica (ELIA, 1995, p. 61).

No inconsciente a diferença anatômica é significantizada e reduzida à problemática do ter fálico (SOLER, 1998). Como se manifestaria, então, essa diferença? Em “Análise terminável e interminável”, Freud (1937) aponta duas atitudes distintas frente ao complexo de castração. Na mulher, comparece como a inveja do pênis, desejo de possuir um órgão genital masculino e no homem, revolta contra a atitude de manifestar uma posição passiva ou feminina frente a outro homem. Prates (2001) propõe o seguinte esquema:



Em “Subversão do sujeito e dialética do desejo”, Lacan (1960, p. 835) escreve: “mas o que não é mito, e que Freud, no entanto formulou tão logo formulou o Édipo, é o complexo de castração”. O Édipo é mito, a castração é real. Édipo é ficção, construído com significante. A castração é uma falta que não é coberta por significante, nem por imagem. Ponto nevrálgico, da castração resulta a significação fálica. “A castração é a operação real introduzida pela incidência do significante, seja ele qual for, na relação do sexo. E é obvio que ela determina o pai como esse real impossível que dissemos” (LACAN, 1969-70). É por meio da significação fálica que, segundo Lacan, o sujeito encontra sua articulação ao que seria seu ser de vivente. Esta significação dá ao sujeito a possibilidade de considerar-se como estando vivo e como pertencendo a um sexo ou outro.

Quinet (2012)⁹, propõe a seguinte leitura da operação da constituição do sujeito, tal como foi esquematizado no *Seminário 10* de Lacan sobre a angústia, supondo um momento original de gozo (tempo mítico e lógico):



A castração provocada pela linguagem vem barrar o Outro e o sujeito. O objeto *a* vem da relação com o Outro, quer dizer, da relação com os efeitos de linguagem. “O objeto *a* é o destino”, pois quando o gozo se confronta com o significante o resultado é o objeto *a* (SOLER, 2012). Objetos *a* destacados do corpo: objeto oral e anal como significantes da demanda, objeto olhar e voz como índice do desejo.

O sujeito do inconsciente, subvertido pela linguagem e capturado na dialética do desejo, é, na verdade, um assujeitado à estrutura do Outro. Assujeitado, mas não escravo, pois que desse Outro ele deve separar-se, parir-se, engendrar-se, criar-se, enfim (PRATES, 2012, p. 149).

Lacan (1962-1963) em *O seminário, livro 10: a angústia*, utiliza a castração como referência fundamental para fazer a passagem de ϕ para *a*. O objeto *a* para causar desejo tem que sair da angústia, há um ultrapassamento necessário. Se o objeto *a* é o efeito da castração (efeito da falta) e o falo é o objeto da castração (significante da falta), o primeiro recolhe na angústia o sinal de sua intervenção perturbadora para o sujeito.

Lacan nos lembra, em 1964, do dizer de Freud de que as pulsões são nossos mitos e acrescenta que é o real que elas mitificam, reproduzindo a relação do sujeito com o objeto perdido. Quando desenhou o percurso da pulsão ele o montou a partir do objeto *a*. O circuito pulsional dá ao sujeito a possibilidade de circular, na topologia fantasmática, pelos lugares de sujeito e de objeto. Por meio do circuito pulsional, os órgãos e as funções biológicas se inscrevem enquanto funções de gozo. Além disso, “as pulsões são, no corpo, o eco do fato de que há um dizer” (LACAN, 1975-76, p. 18). Para que esse dizer ressoe, é preciso que o corpo seja sensível, o que concerne aos seus orifícios dos quais o mais importante é o ouvido.

“Porque ele não pode se tapar, se cerrar, se fechar. É por esse viés que, no corpo, responde o que chamei de voz” (LACAN, 1975-76, p. 19).

Para além da linguagem, o corpo, segundo Lacan (1966, p. 12), “é algo feito para gozar”. O que ele chama de gozo, no sentido em que o corpo se experimenta, “é sempre da ordem da tensão, do forçamento, do gasto”, o que anuncia que o território do gozo tange o mais além do princípio do prazer. E continua: “(...) é no campo do Outro que se localizam os excessos de linguagem, associado ao campo do gozo, dos quais o sujeito porta uma marca que escapa a seu próprio domínio”.

O paradigma da extração do objeto é o *fort-da* freudiano, matriz da relação do sujeito com o significante e com o objeto. Ao observar o brincar de seu neto de um ano e meio de idade, Freud descreveu o jogo que ficou conhecido como jogo do *fort-da* e que marca a inserção da criança na dimensão simbólica. Ao afastar de si o carretel com o qual brincava, a criança enunciava o *fort* e, ao recuperá-lo, trazendo-o para junto de si, enunciava o *da*, expressando a alternância do desaparecimento e do retorno do objeto. “Foram esses jogos de ocultação que Freud, numa intuição genial, produziu, a nosso ver, para que neles reconheçêssemos que o momento em que o desejo se humaniza é também aquele em que a criança nasce para a linguagem” (LACAN, 1953, p. 320).

1.5 O falo é a norma universal para o posicionamento sexual

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”. Em 1927, Freud (1927, p. 156) postula que não se trata de uma não percepção da diferença entre os sexos, mas de um desmentido (*Verleugnung*), relacionado ao afalicismo materno, “esse desmentido necessariamente acarreta uma divisão no Eu do sujeito”. 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, 1938[1940], p. 180). Onde 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.

Em “A significação do falo”, Lacan (1958, p. 693-4) aponta que a discussão sobre a fase fálica, depois de um período entre os anos de 1928-32 que representou a “degradação da psicanálise”, foi abandonada. 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*”. Partindo do que isso pode ter de espinhoso na mulher e em relação à mulher, Lacan aponta 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). Assim, segundo Lacan, 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, p. 693). Para Lacan, essa ignorância é bastante suspeita de desconhecimento, “às vezes ela é forjada”. Ele 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, 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.

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 que possua o pênis. Ele representa a própria *falta de um saber sobre a sexualidade*, já que inscreve um significante lá onde não havia qualquer representação possível (o sexo feminino). 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). Nesta condição, pode adquirir vários significados, deslizando em uma “equação simbólica” (FREUD, 1924c), do pênis para um filho, por exemplo.

É a partir das investigações sexuais infantis que o falo emerge como o significante que simboliza a diferença sexual. No nível imaginário, sua ausência representa a castração e sua presença o masculino, não havendo um significante capaz de simbolizar o sexo feminino. A diferença sexual é equacionada, portanto, em termos de ausência e presença do pênis ou falo imaginário, “o falo imaginário, objeto ameaçado de perda para um, e objeto de inveja para

outro, é inscrito na subjetividade, para ambos os sexos, como faltante ($-\phi$)” (QUINET, 2015, p. 18).

A função que o falo assume no inconsciente, como produto da operação edipiana, é de significante, o falo como desejo do Outro (Φ), articulado à linguagem por sua própria qualidade de significante (LACAN, 1958). Imaginário, enquanto faltante, órgão sujeito a dialética presença-ausência. Simbólico, enquanto desejo do Outro.

O falo não designa uma das ‘fases’, mas o ponto de articulação das organizações pré-genitais (oral e anal) ao nível de um significante ordenador – que é precisamente o significante falo, ou o falo como significante – 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, o ponto que a doutrina freudiana situa no cerne daquilo que, não por acaso, Freud chamou de castração, o ponto no qual o próprio falo, como significante, incide como faltoso (ELIA, 2004, p. 65).

O ensino lacaniano em seu retorno a Freud, retoma esse debate para com ele estabelecer o falo como o significante estruturador da sexualidade, seja ela masculina - significação da virilidade - ou feminina - se situar como objeto de desejo do homem. Na ausência de um instinto que acarretaria certo saber sobre a sexualidade, o sujeito tem apenas um significante, um recurso puramente simbólico, que une sexualidade e linguagem, permitindo ao sujeito se situar em relação à partilha dos sexos como homem ou mulher. “O sujeito passa de uma posição de ser o falo a uma posição de falta-a-ser, entrando na dialética do ter ou não ter” (QUINET, 2015, p. 42).

Para que o falo passe da condição imaginária para a simbólica, é fundamental que o sujeito atravesse o complexo edípico. No desfecho deste processo, ocorre o recalque das fantasias edipianas incestuosas e a sua substituição por identificações que permitem a introjeção da autoridade parental. A dissolução do complexo de Édipo tem o supereu como seu herdeiro e a ele se atribui a autoridade antes atribuída aos pais, o que permite então separar-se deles.

Segundo Lacan, esta operação psíquica torna-se possível pela inscrição do Nome-do-Pai, apontando para a criança que o desejo materno se volta a um terceiro e não exclusivamente a ela. Este significante é o pai enquanto função simbólica que impede a mãe de fazer da criança seu objeto de uso, barrando o gozo da relação simbiótica entre a díade mãe-filho. Logo, a figura materna passa de Outro onipotente a barrado. O significante Nome-do-Pai tem uma função estruturante quanto à assunção do sexo do sujeito. Como vimos, o Nome-do-Pai institui uma separação entre o sujeito e o Outro primordial, de modo que ele pode sair da condição de objeto. Este processo implica em uma perda de gozo, inscrevendo

uma falta no Outro, ao que Lacan deu o nome de castração simbólica. Prates (2012, p. 161, Grifo nosso) afirma que, “o falo não é um ponto de chegada na escala maturacional, mas o *ponto articulador da estrutura simbólica*. Nesse sentido, o falo é um significante, e importa à medida que falta à mulher”.

No registro da ficção temos, sobretudo, o falo. Grande esforço lacaniano foi necessário para situar o falo como significante, retomando a “querela do falo” instaurada pelos pós-freudianos. Atravessados por uma racionalidade biológica de identificar o falo ao pênis, os discípulos de Freud impuseram um desvio à obra do mesmo, identificando e criticando uma posição falocêntrica na teoria freudiana. O falo não é o pênis. Trata-se, antes, no falo, de algo que pode faltar, alusão à falta do pênis na mulher. “Pênis faltoso, o falo introduz a dimensão simbólica da castração, assinalando a incompletude radical e estrutural do sujeito em relação ao sexo, e inscrevendo definitivamente a ordem do sexual no registro da parcialidade” (ELIA, 1995, p. 63).

É neste contexto que o falo passa à condição de significante, saindo de sua forma imaginarizada, tal qual aparecia nas pesquisas sexuais infantis. O sujeito deixa de ser o falo imaginário da mãe para buscar o falo enquanto símbolo. Inaugura-se o desejo, possibilitando o deslocamento da libido de um significante a outro e, com isso, a estruturação da rede simbólica inconsciente. Retomando o conceito de libido como desenvolvido por Lacan no *Seminário 11*, Pollo (2012), afirma que “a libido é o órgão irreal dos seres falantes que avança sobre o mundo como uma lamela, uma cola ou um grude, mas também como uma tinta que colore objetos com as tintas do desejo”.

O fato de o falo não se encontrar onde é esperado, ali onde é exigido, ou seja, no plano da mediação genital, é o que explica que a angústia seja a verdade da sexualidade, isto é, aquilo que aparece toda vez que seu fluxo recua e mostra a areia. [...] O falo, ali onde é esperado como sexual, nunca aparece senão como falta, e é essa a sua ligação com a angústia (LACAN, 1962-63, p. 293).

Lacan estabelece o falo como o único significante estruturador da sexualidade, tanto do homem, como da mulher – o que implica em apontar para a inexistência do Outro sexo ao nível inconsciente. Nesse sentido, o falo é uma estrutura de ficção, um recurso puramente simbólico, que tem a complicada missão de unir sexualidade e linguagem (ELIA, 1995). É, portanto, a sua representação e inscrição de modo ímpar no inconsciente, marca registrada da sexualidade infantil, que dá a medida da radical diferença conceitual entre falo e pênis. Se o falo se insere na psicanálise como o significante que organiza o campo sexual, podemos com Lacan, então, extrair sua dimensão de semblante na ordem sexual. Ou seja, o falo é também

um semblante. “O falo, portanto, ganha o estatuto de significante da diferença sexual, diferença irreduzível entre a sexualidade fálica, infantil, inconsciente, própria ao falante, e o Outro sexo, não representável no inconsciente” (ELIA, 1995, p. 64).

Neste ponto podemos introduzir a seguinte questão fundamentada na seguinte afirmação freudiana: “sabemos que com a puberdade se introduzem novas fortes tendências à satisfação das metas sexuais diretas. Em casos desfavoráveis elas permanecem separadas, como corrente sensual, das duradouras orientações ‘ternas’ de sentimento” (FREUD, 1921, p. 70). Como se dá o desenvolvimento sexual na adolescência? Poderíamos pensar o desenvolvimento sexual na adolescência articulando-o à temporalidade lógica proposta por Lacan (1945), em seu artigo “O tempo lógico e a asserção da certeza antecipada”, a saber: instante de ver, tempo de compreender e o momento de concluir? Se a adolescência implica um “revisitar do Édipo adormecido”, seria ele diferente para meninos e meninas? Freud (1931, p. 373) afirma: “Há muito tempo renunciamos à expectativa de um perfeito paralelismo entre o desenvolvimento sexual masculino e feminino” (). Vejamos com a clínica. Sabendo que, “a articulação entre psicanálise e adolescência, a ser sempre construída já que não é primária, no sentido freudiano do termo em que primário é fundante, enriquece então particularmente se a remetemos à clínica” (ALBERTI, 2002).

1.6 A menina e o sinuoso caminho da sexualidade feminina

“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”. É assim que uma adolescente de quinze anos fala sobre sua sexualidade. Lembrando-nos o que Freud (1931a, p. 376) já havia assinalado: “é indiscutível que a bissexualidade – que afirmamos ser parte da constituição humana – aparece bem mais nitidamente na mulher do que no homem”. Freud sempre esteve às voltas com a “sexualidade da menina”, embora considerasse seu material “muito mais obscuro e insuficiente”.

A sexualidade da menina se acha, como sabemos, sob o domínio de um órgão diretor macho (o clitóris), e muitas vezes comporta-se como a do menino. Uma última onda de desenvolvimento, na época da puberdade, tem de remover essa sexualidade

masculina e erguer a vagina, derivada da cloaca, à condição de zona erógena dominante (FREUD, 1913, p. 336).

Será no início dos anos 30 em seus artigos sobre a sexualidade feminina e a feminilidade, partindo da seguinte advertência: “é próprio da peculiaridade da psicanálise, então, que ela não se ponha a descrever o que é a mulher – uma tarefa quase impossível para ela -, mas investigue como a mulher vem a ser, como se desenvolve a partir da criança inatamente bissexual” (FREUD, 1933a, p. 269), que Freud tentará dar conta do que chama desse enigma e entre outras coisas irá ocupar-se da relação mãe-filha. Freud (1933a, p. 269, grifo nosso) pondera:

É com duas expectativas que começamos a investigar o desenvolvimento sexual feminino. A primeira, de que também nele a constituição não se ajustará à função sem alguma relutância. A outra, de que *as mudanças decisivas terão sido encaminhadas ou realizadas antes da puberdade.*

Em relação ao menino, “a evolução da garota pequena para uma mulher normal é mais difícil e complicada, pois abrange duas tarefas mais, para as quais não há contrapartida na evolução do menino” (FREUD, 1933a, p. 270). Para ele os dois sexos parecem atravessar da mesma forma as primeiras fases de desenvolvimento da libido, no entanto “com o ingresso na fase fálica, a diferença entre os sexos recua completamente diante das semelhanças” (FREUD, 1933a, p. 271). A menina é um homenzinho e tem o clitóris como principal zona erógena na fase fálica, tendo como primeira tarefa a ser cumprida no desenvolvimento da mulher: “ceder à vagina sua sensibilidade e, com isso, sua importância, no todo ou em parte” (FREUD, 1933a, p. 271). “A vagina, o órgão propriamente feminino, não foi descoberto ainda pelos dois sexos” (FREUD, 1933a, p. 271).

Quanto à sua segunda tarefa, Freud aponta a mãe como primeiro objeto amoroso para meninos e meninas, no entanto “na situação edípica o pai se torna objeto amoroso para a menina, e esperamos que ela, no curso normal do desenvolvimento, ache o caminho para a *escolha objetal definitiva* a partir do objeto paterno” (FREUD, 1933a, p. 272, grifo nosso). Assim, a menina deve cumprir duas tarefas: trocar de zona erógena e de objeto, ambos conservados pelo menino. Como sucede isso? É a pergunta freudiana que irá alinhar todo o texto.

Freud aponta a importância da “*ligação pré-edípica com a mãe*”, e a define como relações libidinais da menina com a mãe, que passam por todas as três fases da sexualidade infantil, manifestando em “desejos orais, sádico-anais e fálicos” (FREUD, 1933a, p. 273).

Essa ligação é totalmente ambivalente, de natureza tanto carinhosa como hostil-agressiva, de tal maneira que a fantasia de sedução pela mãe aparece na história pré-edípica da menina. Segundo Freud, nesse caso: “a *fantasia toca o chão da realidade*, pois foi realmente a mãe que, cuidando da higiene corporal do bebê, suscitou-lhe (ou talvez despertou mesmo) sensações prazerosas nos genitais” (FREUD, 1933a, p. 274, grifo nosso). Como desaparece essa forte ligação materna da menina? “O afastamento em relação à mãe ocorre sob o signo da hostilidade, a ligação materna acaba em ódio” (FREUD, 1933a, p. 275). Do período que a menina se volta ao pai, Freud recolhe “uma longa lista de acusações e queixas contra a mãe, tendentes a justificar os sentimentos hostis da filha” (FREUD, 1933a, p. 276), entre elas: as desatenções, os desapontamentos no amor, o ciúme, a sedução acompanhada de proibição... Freud aponta que essas queixas também ocorrem na relação do menino com sua mãe, não sendo, no entanto, capazes de afastá-lo do objeto materno.

Freud (1931a) percorre uma série de motivos que levam ao afastamento da mãe:

- 1) que ela não dotou a menina do único genital verdadeiro;
- 2) que a nutriu de maneira insuficiente;
- 3) que a obrigou a dividir com outros o amor materno;
- 4) que jamais satisfaz as expectativas de amor e, por fim,
- 5) que inicialmente estimulou e depois proibiu sua atividade sexual (FREUD, 1933a, p. 385).

Ao procurar qual seria o fator específico que levaria ao desfecho da ligação materna, Freud o encontra num “lugar não inesperado, embora numa forma surpreendente” (FREUD, 1933a, p. 279), no complexo de castração. Afinal, “a diferença anatômica tem de manifestar-se em consequências psíquicas”. Freud se diz surpreso ao descobrir nas análises que “a menina responsabiliza a mãe por sua falta de pênis e não lhe perdoa essa desvantagem”.

Freud ocupa-se do complexo de castração feminino diferenciando-o do masculino. O complexo de castração da menina também é iniciado pela visão do outro genital.

Ela logo percebe a diferença e – deve-se admitir sua importância. Sente-se muito prejudicada, diz com frequência que gostaria de ‘ter algo assim também’ e sucumbe à inveja do pênis, que deixa traços indelévels em seu desenvolvimento e na formação do caráter, e mesmo em casos desfavoráveis não é superada sem grande dispêndio psíquico (FREUD, 1931a, p. 280).

Em “Alguns tipos de caráter encontrados na prática psicanalítica”, Freud (1916) já apontara três tipos de traços de caráter:

- 1) As exceções → a pessoa se proclama uma exceção.

- 2) Os que fracassam no triunfo → as pessoas adoecem justamente quando veio a se realizar um desejo profundamente arraigado e há muito tempo nutrido.
- 3) Os criminosos por sentimento de culpa → a consciência de culpa estava presente antes do delito.

Ateremos-nos aqui ao primeiro, as exceções, uma vez que Freud o aponta como tendo o mesmo fundamento que a reivindicação das mulheres por privilégios e dispensa de muitas restrições da vida, “as mulheres se veem como prejudicadas na infância, imerecidamente privadas de um pedaço e relegadas a segundo plano, e *o amargor de muitas filhas para com suas mães tem raiz, afinal, na objeção de que as trouxeram ao mundo como mulheres, em vez de homens*” (FREUD, 1916, p. 195, grifo nosso).

Freud (1931a) conclui: “a descoberta da própria castração é um ponto de virada no desenvolvimento da menina”. Dela partem três direções de desenvolvimento:

- 1^a) **inibição sexual ou neurose** → afastamento da sexualidade em geral.
- 2^a) **mudança de caráter no sentido de um complexo de masculinidade** → se apaga com teimosia à masculinidade ameaçada. Se constitui pela identificação com a mãe fálica ou com o pai.
- 3^a) **feminilidade normal** → definitiva configuração feminina normal, que toma o pai por objeto.

Freud (1931a, p. 380) aponta que “o traslado das ligações afetivas do objeto materno para o paterno constitui o teor principal do desenvolvimento que leva à feminilidade”. “O vir-a-ser uma mulher pareceu-lhe, então, mais ‘complexo’ e ‘sinuoso’ do que o vir-a-ser homem, em decorrência da necessária identificação viril da menina com o pai” (POLLO, 2001, p. 30).

Freud deixa a saída do complexo de Édipo num impasse, em que *ser mulher* e *ser mãe* se confundem. O que ele chama de maturidade feminina é a escolha de objeto em conformidade com o ideal narcísico no qual a menina gostaria de ter-se tornado. Trata-se da identificação com a mãe, que é principalmente o resultado de um apego carinhoso com ela, tomada como modelo diante do complexo de Édipo (QUINET, 2015, p. 21).

Segundo Pollo (2012, p. 75) “a problemática feminina reside, antes, em separar-se do Outro da demanda, para aceder ao desejo, mesmo sabendo que nada lhe falta e que não tem o que perder”. Tal elaboração teórica nos remete ao caso de Júlia¹⁰, adolescente de dezessete anos, que fazia acompanhamento num Ambulatório clínico para tratamento de epilepsia. Recentemente vinha tendo muitas crises, embora jurasse tomar o remédio regularmente. Logo nas primeiras sessões ela endereça uma questão: “doutora, uma mãe ama sempre sua filha ou

¹⁰ Nome fictício.

tem uma decepção no meio que atrapalha o amor?”. Peço a Júlia que explique melhor. “Mas não é você a doutora? Como eu vou te explicar alguma coisa?”, ela questiona um tanto desconfiada. “Dizendo o que você pensou quando perguntou isso”, pontuo. “Eu quero que você me responda se todas as mães amam suas filhas, ou se a filha decepciona a mãe e ela deixa de amar?”. “O que você acha?”. “Eu acho que uma filha decepciona muito uma mãe e decepciona nos pequenos detalhes, aí aquele amor todo vai acabando”. Deslizando em sua cadeia significativa ela traz a fala da mãe: “sempre quis ter uma filha. Sempre sonhei com isso, mas a única que tenho é esquisita. Quando tive uma filha em meio de tantos filhos, ela nasceu com defeito”. Segundo Quinet (2008, p. 74), “é a incidência dos ditos do Outro sobre o corpo do sujeito que mapeia seus oásis de gozo que podem se transformar em sintoma. O Outro deixa suas marcas de gozo no corpo do sujeito”.

Após acompanharmos a construção freudiana e suas ponderações sobre as mulheres, poderíamos fazer os seguintes apontamentos:

- Bissexualidade mais predominante;
- Dificuldade de sair do Édipo;
- A importância da relação com a mãe – quase predestinada a terminar em ódio;
- Alternância entre os períodos de masculinidade e feminilidade;
- Posição de refúgio na relação com o pai – das experiências negativas com a mãe.

A concepção freudiana de que a bissexualidade vem ao primeiro plano na vida sexual das mulheres se desdobra nas considerações de que o caminho que conduz do gozo fálico da menina à posição sexuada da mulher permanece exposto a perturbações motivadas pelos fenômenos residuais do período masculino inicial, o qual implica o gozo clitoridiano, o desconhecimento da vagina e a identificação ao pai. Freud (1925, p. 297) afirma que “o complexo de Édipo é algo tão significativo que não pode deixar de ter consequências a forma como dele se entrou e dele se saiu”.

Em *O Seminário, livro 7: a ética da psicanálise*, Lacan (1959-1960) indagava como a Psicanálise, que parecia expor todo o segredo da sexualidade, deixara o gozo feminino tão obscuro. Lacan, retoma o *Was will das Weib?* – o que quer uma mulher? O que ela deseja? – freudiano e aponta a questão da sexualidade feminina como o sinal da carência que há em relação à elaboração de tal questão. Para o autor “é muito estranho que a experiência analítica tenha, sobretudo, abafado, amortecido, eludido as zonas do problema da sexualidade vistas dentro da perspectiva da demanda feminina” (Lacan (1959-1960, p. 108).

É em seu texto contemporâneo a este *Seminário*, “Diretrizes para um congresso sobre a sexualidade feminina”, que Lacan (1960) irá criticar a psicanálise pós-freudiana, apontando

uma “negligência marcante” por parte desta ao reduzir a sexualidade feminina à maternagem, “às frustrações oriundas da mãe”, desviando-se de onde foi inicialmente concebida, ou seja, com referência ao pai e à castração. Aqui cabe um parêntese: na década de 1960 a segunda onda feminista invadiu a Europa e os Estados Unidos. Discutia-se livro de Simone de Beauvoir, *O segundo sexo*, no qual a autora escreveu que ninguém nasce mulher, mas se torna mulher, e foi nesse contexto, atravessado pelo “espiral de sua época” e retomando a “querela do falo”, que Lacan apresenta seu trabalho sobre a feminilidade, denunciando uma ausência nos trabalhos psicanalíticos até então.

Para tratar da “parte feminina”, embora se questione se esse termo tem sentido, Lacan pergunta: “quais são as vias da libido concedidas à mulher pelos fâneros anatômicos de diferenciação sexual dos organismos superiores”? (LACAN, 1960, p. 735). A fim de responder a tal questão, se propõe levantar três fatos: a mulher estudada a partir dos médicos (referências médicas), a mulher como mãe subordinada ao desejo e a bissexualidade psíquica na mulher que inicialmente era relacionada com as duplicações da anatomia, porém cada vez mais imputadas a identificações.

No intuito de fazer um resumo, no que tange à sexualidade feminina, Lacan destaca duas ausências e aponta que alguns avanços não foram considerados:

As novas aquisições da fisiologia, as realidades do sexo cromossômico, por exemplo, e seus correlatos genéticos, sua distinção do sexo hormonal e a proporção que lhes cabe na determinação anatômica – ou simplesmente o que se evidencia do privilégio libidinal do hormônio masculino, e até da ordenação do metabolismo estrogênico no fenômeno menstrual (LACAN, 1960, p. 735).

Seguindo em suas elaborações, Lacan ressalta que embora, no que tange aos “quimismos”, a cautela se imponha em sua interpretação clínica, não deixa de dar o que pensar sobre o porquê de eles, os “quimismos”, terem permanecido ignorados, afirmando que “a distância guardada aqui do real pode levantar, com efeito, a questão do corte tendencioso – o qual, se não tem que ser feito entre o somático e o psíquico, solidários, impõe-se entre o organismo e o sujeito” (LACAN, 1960, p. 736). Fazendo uma distinção entre o corpo, organismo, objeto de estudo da medicina, e o corpo na psicanálise, que é o corpo presentificado no sujeito, conclui que um corpo tem consistência.

Lacan afirma que Freud instala a mulher no desconhecimento primário de seu sexo e conclui que “tudo pode ser imputado à mulher, já que, na dialética falocêntrica, ela representa o Outro absoluto” (LACAN, 1960, p. 741). Lacan conclui que se no que tange à sexualidade

feminina as coisas não foram precisamente elucidadas, isso deixa entrever um impasse científico na abordagem do real.

1.6.1 Caso Aliana¹¹: entre a menina e a mãe que lugar para o desejo?

No início dos anos 1930 em seus artigos sobre a sexualidade feminina e a feminilidade, Freud se propõe a responder as seguintes questões sobre o desenvolvimento da menina “como, quando e por que se desliga da mãe?”. Para ele, essa fase de ligação exclusiva e apaixonada pela mãe é “um período destinado a terminar em ódio”, pois a menina, além de dirigir censuras “por a mãe não lhe ter dado um pênis apropriado” (FREUD, 1931a, p. 241), e não tê-la amamentado “o suficiente” (FREUD, 1931a, p. 242), encontraria outros motivos que justificariam o afastamento da mãe, como, por exemplo, “a proibição da masturbação”.

A mãe, através dos cuidados, é quem primeiro desperta a atividade sexual da criança, eroginizando seu corpo, gerando uma fantasia de sedução na história pré-edipiana, como escreveu Freud (1933a) para a menina, “aqui, a fantasia toca o chão da realidade” (FREUD, 1933a, p. 274), para depois a proibir causando um ressentimento da filha pela censura à masturbação. De forma enigmática Freud afirma que “o mesmo motivo entra em funcionamento após a puberdade, quando a mãe assume seu dever de guardiã da castidade da filha” (FREUD, 1933a, p. 241).

Atendendo sujeitos adolescentes num ambulatório público, recebemos algumas mães angustiadas diante da perda da virgindade de suas filhas, o que nunca se deu em se tratando de um filho. De maneira geral, a clínica com adolescentes é difícil, uma vez que a adolescência “é sintoma do que não anda e se põe como pedra no caminho, sintoma do que não cessa de se escrever no real” (ALBERTI, 2009). Pudemos observar que os casos que chegaram, geralmente procederam de encaminhamento da clínica médica, ou por procura espontânea de mães queixosas e angustiadas, recebidas, em geral, em uma situação crítica. Vamos ao caso.

Aliana, quatorze anos, segundo sua mãe, desde que ficou doente, se fechou. “Não sei se ela achou que ia morrer... Só sei que ela está fechada dentro desse corpo e o que se passa com ele, eu não sei. Ela não se abre... Eu só fui saber que ela tinha perdido a virgindade porque o namorado dela veio me contar. Tanto que eu perguntava... Ela não conversa... Talvez

¹¹ Nome fictício.

com uma psicóloga ela possa se abrir”. A busca da mãe por tratamento se deu pelo fato de a adolescente estar relapsa, com desinteresse escolar, fazendo coisas sem sentido, uma verdadeira “*kamikaze*” (sic), além disso, desde que “abriu as pernas, só pensa em dar” e a mãe se queixa de que, desde então, se recusa a conversar com ela. A mãe dizia estar à “beira de um ataque de nervos”. Não parava de repetir a frase: “está ruim pra ela? Está muito pior pra mim. Porque pra mim são duas responsabilidades. Com ela e comigo”. Batia na filha, gritava sem parar, a perseguia, impunha uma série de proibições e restrições e se a filha demorasse a voltar da escola, imaginava que ela poderia estar “se drogando e dando por aí”, o que a levou a concluir rindo que: “eu não estou aguentando mais a Aliana. Já falei: ‘vou colocar chumbinho na comida dela’”.

Diagnosticada aos onze anos com febre reumática e uma válvula prolapsa do coração, ficara um ano sem poder ir à escola, com inchaços, paralisia e dores no corpo. A mãe relata que após esse período, a filha nunca mais foi a mesma, ficou “desligada de tudo”, reclusa em seu corpo. A adolescente, por sua vez, quando só na entrevista com a Psicóloga, demonstra que a relação do sujeito é com a palavra e não com a doença e consegue dizer: “minha mãe nunca foi de conversar. Sempre gritando. Só quando meu namorado foi contar para ela que eu não era mais virgem foi que ela mudou... Nem quando eu estava doente foi assim. Pra quê conversar agora, se ela nunca foi disso? Vou lá e faço, e faço porque quero”. Segundo ela, suas notas baixas na escola são apenas por “falta de vontade de estudar mesmo”, não consegue se concentrar em nada e frequentemente esquece tudo o que lhe disseram. Conta que o namorado é bastante ciumento e que brigam muito: “ele acha que vou trair ele o tempo todo”. Rindo diz “que ele está muito mais ciumento” e se achando o seu dono desde que transou com ele. Com o decorrer dos atendimentos a adolescente enuncia a seguinte frase: “é melhor ser dele do que da minha mãe. Ele pelo menos, se me perturba muito, mando logo ‘ir se fuder’”.

O nome da mãe de Aliana é Ariana¹², muda apenas uma letra. “É estranho ter um nome tão igual ao da mãe”, afirma a adolescente.

De maneira geral, nos atendimentos com as mães de adolescentes sabemos o que elas demandam, mas não o que desejam e quando se evoca o desejo o que surge é a fantasia, “uma ficção fixada por um gozo” (MIRANDA, 2012) e que vela o desejo do Outro. Nos atendimentos individuais a mãe constrói seu romance familiar, sua tentativa de ficcionar uma resposta para as suas questões. Filha primogênita e única mulher, nascera de um estupro. Sua

¹² Nome fictício.

própria mãe, avó de Aliana, aos 16 anos, namorava e sonhava em casar-se na igreja de “véu e grinalda” quando foi estuprada pelo melhor amigo de seu namorado e engravidou. O casamento se deu às pressas e a avó de Aliana nunca se refez do trauma. Odiava sua filha, Ariana, e seus dois irmãos e os entregou para que sua irmã os criasse, tia avó de Aliana. A avó de Aliana casou-se novamente e teve outro filho, com um homem a quem Ariana, sua filha, mãe de Aliana, odeia, definindo-o assim: “ele é o único que minha mãe ama e cria”.

Na continuação de sua entrevista, Ariana diz que “conservou sua virgindade” até os dezenove anos, quando conheceu o pai de sua filha e foi morar com ele “mesmo sem casar”. Fez um tratamento para engravidar aos vinte e quatro anos, porque, segundo ela, seus ovários estavam entrando “em falência”, se não engravidasse ali, não engravidaria mais. Engravidou de Aliana. Conta que logo após, descobriu que o marido “era um viciado em drogas irreversível”, tendo ficado internado diversas vezes, o que levou à separação quando Aliana tinha dois anos. Segundo a mãe, o pai “só aparece quando quer. É um irresponsável”. Quando tiveram que fazer o rastreamento genético da família paterna, devido à válvula prolapsa do coração de Aliana, ele mandou o irmão, alegando que não saberia responder nada.

Ariana, mãe da adolescente, costuma dizer que tem “uma filha especial”. Quando perguntada sobre o que isso significa, ela diz: “ela nasceu perfeitinha e foi dando defeitos. O pior é que ela não veio com manual de instrução. Aí tenho que ficar andando atrás de tratamento, médico, remédio... A única diferença é que ela não fica babando... mas ela é como aquelas crianças que são ‘especiais’ e eu como aquelas mães que vivem em função dos filhos. Eu vivo para ela, vivo para cuidar dela”.

Nas consultas iniciais, a mãe conta que a filha perdeu a virgindade, e que isso foi “a pior descoberta” de sua vida. Além disso, a filha não levava em conta a orientação da ginecologista de que deveria ficar sem transar até os vinte e cinco anos, porque caso engravidasse antes, morreria devido à válvula prolapsa, e caso pegasse uma DST também morreria por causa da febre reumática. “Não tem príncipe encantado que valha a sua vida” lhe dizia a mãe, e completa rindo novamente: “falei para ela: ‘que vontade de dar uns tiros na sua perereca para ver se ela morre logo!’”.

A mãe repete insistentemente que a filha “ter virado mulher aos treze anos” é algo com o que ela nunca irá se conformar, tanto que ela “vigia”... Inclusive, este é o motivo pelo qual a filha não terá sua tão sonhada festa de quinze anos, pois Aliana quebrou uma das três cláusulas do acordo imposto quando tinha dez anos: “não perder a virgindade, não engravidar e não se drogar”. Para ela, agora que a filha “virou mulher”, uma festa de quinze anos não tem nenhum sentido, “quer um vestido lindo para descer uma escada? Fica tranquila, que vou abrir

uma escada daquelas de ferro no quintal, te enrolar nuns panos, aí você sobe e desce. Pronto! Já teve sua festa”.

Vê-se que em seu discurso, a mãe promove na filha o destino transgeracional, impõe a repetição que agora se centra no vestido, para a neta, da festa de quinze anos da avó, o vestido de noiva que esta não pode por. Caem os castelos com vestidos lindos e maravilhosos, e a interposição da sexualidade não só traz repercussões à vida da adolescente, mas, segundo a mãe, também à dela. “Uma repetição que vem malgrado o sujeito” (MOCARZEL, 2004). O “tiro na perereca” da filha equivale a um tiro em sua própria cabeça, Ariana-Aliana. As fantasias da mãe acerca da sexualidade da filha adolescente ocupam um lugar “como suporte inconsciente dos sintomas de uma e outra, mãe e filha” e trazem “consequências no real da vida sexual de cada uma” (POLLO, 2012).

A mãe ultrapassa o desejo da filha com seu gozo e a adolescente não consegue freá-la. A filha, em busca de um lugar no desejo do Outro, realiza a fantasia do Outro. Ao mesmo tempo, divide-se diante desse destino entre a mãe e o namorado, observando ser melhor ser dele do que da mãe. Se isso não impede Aliana sofrer as devastações da relação mãe-filha em função da repetição do gozo da história da primeira, faz de Aliana mulher a encontrar no parceiro aquele que, não sem também devastá-la, é apenas segundo nesse tipo de relação, o que permite à adolescente poder distanciar-se bem mais facilmente dele do que da mãe. Isso corrobora a observação de Lacan (1974-75) que, no *Seminário R.S.I.* é explícito quanto ao fato de o homem ser para uma mulher a devastação, mas apenas como segundo, pois aquele que primeiro a devastou foi sua mãe.

Em função disso, o que nos interessa levantar como questão é: que lugar haveria para essa filha no desejo da mãe? Em função de uma transferência possível da mãe, que se identificava tanto com a filha a ponto de também eleger como sua terapeuta, aquela que escutava a filha, passava a vir separadamente em horários marcados. O efeito evidente foi o de uma entrada em análise que, por sua vez, levou à remissão do sintoma de “gritar feito louca e enfiar a porrada” na filha.

A adolescente por sua vez, não menos mobilizada em seu trabalho na transferência, desliza na cadeia significante e mostra sua divisão subjetiva: de um lado sonha com sua festa de debutante, descendo as escadas com um lindo vestido azul e rosa e, por outro, fica de olho na “arma do namorado da mãe”, sente “um negócio por dentro” quando a vê e se imagina “saindo por aí, poderosa com uma arma na mão”. Esse namorado da mãe permitia à Aliana uma referência a outra coisa, ao “não é mamãe” - forma de o Bebê Dinossauro se referir ao pai -, justamente porque esse namorado da mãe tinha uma arma que o distinguia e falizava.

A divisão de Aliana podia se presentificar finalmente, entre aquilo que é determinado pelo Outro devastador e aquilo que é escolha do sujeito. Na adolescência da menina há ainda esse indecível muito forte entre o todo e o não-todo fálico.

Se por um lado sabemos com Lacan que “o desejo é o desejo do Outro”, sendo “a mãe o grande Outro para uma criança porque ela cria condições para que a criança possa ter suas relações com o grande Outro” (ALBERTI, 2009, p. 93), por outro lado, quando esse desejo não é dialetizado pelo que é “não é mamãe”, fica difícil, muito difícil para a adolescente, fazer uma escolha própria, ou seja, uma escolha por um desejo que aponte para a sua própria singularidade. Lacan (1957-1958, p. 295) em *O Seminário, livro 5: as formações inconscientes*, aponta que só se chega à posição feminina na medida em que a decepção consegue, mediante uma série de transformações e equivalências, fazer brotar do sujeito uma demanda dirigida ao personagem paterno, de que lhe seja dada alguma coisa que realize o seu desejo.

Se Lacan (1969-1970, p. 105), em seu *O Seminário, Livro 17: O Averso da Psicanálise*, comenta sobre o desejo da mãe que ele “não é algo que se possa suportar assim, que lhes seja indiferente. Carreia sempre estragos. Um grande crocodilo em cuja boca vocês estão – a mãe é isso. Não se sabe o que lhe pode dar na telha, de estalo fechar sua bocarra”. Aquilo de que a adolescente nos fala nos ensina que se exercer sexualmente, perder sua virgindade, poderia equivaler para ela, ao pau na boca do crocodilo a que se referia Lacan: “há um rolo, de pedra, é claro, que está lá em potência, no nível da bocarra, e isso retém, isso emperra. É o que se chama falo. É o rolo que os põe a salvo se, de repente, aquilo se fecha” (LACAN, 1969-1970, p. 105). A adolescência de uma moça sempre implicará o binômio idealização/devastação. O Outro sempre a verá, ou do lado da menina que se mantém a jurar, ou do lado do objeto, sustentado pelos próprios desígnios da mãe (ALBERTI, 2004). O fato de ter havido um endereçamento da questão a um analista em formação, permitiu um giro de discurso: a particularidade do caso visto nos sugere que a perda da virgindade da filha aponta para a mãe a sua relação edípica, como uma conflitiva reatualização. E se por um lado a mãe precisa confrontar-se com o crescimento da filha, por outro é a filha que pode confrontar a mãe mais agudamente com a sua falta (MOCARZEL, 2004) causando-lhe angústia. Daí a demanda, finalmente, da mãe, de poder falar sobre isso. Aliana prossegue construindo seu mito individual. Ensina-nos que para a moça o objeto está para além do fálico-genital, tendo ainda que se haver com a devastação que pode ser para uma mulher a relação com sua mãe, quase predestinada a terminar em ódio (FREUD, 1931).

1.7 O menino e o despertar dos sonhos

Freud (1905) aponta que a normalidade da vida sexual só é assegurada pela exata convergência das duas correntes dirigidas ao objeto sexual e à meta sexual: “a de ternura e a sensual”. A “travessia de um túnel perfurado desde ambas as extremidades”.

Com mais frequência, no entanto, o adolescente consegue um determinado grau de síntese entre o amor não sensual, celestial, e aquele sensual, terrestre, e sua relação como o objeto sexual é caracterizado pela cooperação entre pulsões não inibidas e pulsões inibidas em sua meta (FREUD, 1921, p. 71).

Recebo para uma primeira entrevista Lucas, adolescente de dezesseis anos, encaminhado pela equipe médica como requisito para entrar num programa de prevenção à obesidade. Ele, muito contrariado, me pergunta por que tem que “passar por uma psicóloga” para emagrecer. O que eu tinha a ver com isso? O que eu poderia querer saber dele? “Você quer saber sobre a minha mãe”? (“porque psicólogas adoram saber da mãe” sic), ele pergunta em tom debochado. “Eu só preciso emagrecer um pouco e você não tem nada a ver com isso”, dizia muito irritado. Durante toda entrevista manteve um comportamento agressivo e por vezes irônico: “cadê aquelas manchas que vocês mostram para as pessoas? Vou logo avisando: eu só verei ratos e você faça o que quiser com isso”. Quando já estava terminando, ocorreu-me de perguntar: “vejo que você veio à minha sala atendendo uma recomendação médica. Há alguma coisa que você realmente queira me falar”? Lucas pareceu ser pego de surpresa e num susto me respondeu: “eu só tenho um probleminha. Como você viu sou muito extrovertido, mas quando estou com uma mulher me atrapalho todo... As mulheres são minha *criptonita*, me tiram a força. Você tem alguma solução para isso”?

Lucas não tem como resolver o que é isso desse encontro com o Outro sexo. Como é possível que um simples ponto no real possa lhe causar tanto embaraço? (COSTA-MOURA, 2008).

O encontro faltoso com o real do sexo, portanto, é algo contingente – que pode ser precipitado ou evitado –, indefinido do ponto de vista cronológico, e que “quando” e “se” ocorre, tem, para o sujeito, o caráter de um *Unheimlich* – para usar o termo de Freud –, algo a um só tempo estranho e familiar que reedita as configurações fantasmáticas do sujeito. O sujeito, dessa forma, passa ao ato sexual com sua fantasia (PRATES, 2016)¹³.

¹³ Trabalho oral “Lute com uma menina: o que a ocupação das escolas de SP pelos estudantes nos ensinam sobre

Herman Hesse (1919) escreveu *Demian*, (o livro tem o título de uma pessoa extremamente importante na vida do personagem principal) cuja história inicia-se na infância de Emil Sinclair, em um lar extremamente religioso e luminoso. Ele, apesar de idolatrar este mundo luminoso sente-se diferente do resto de sua família já que não consegue abraçá-lo em sua plenitude, mas apenas enxergá-lo como se estivesse do lado de fora de toda a situação. É apenas quando se envolve com Franz Kromer, valentão da escola e que o chantageia, que Sinclair realmente passa a lidar com a dualidade do mundo luminoso de sua casa e o inevitável mundo sombrio dentro de si, agora tão afluído. O sofrimento se torna constante e a distância do mundo luminoso cada vez maior. Demian, aluno de sua escola – e aparentemente entendido do sofrimento de Sinclair – aparece em sua vida e seus problemas são resolvidos com Kromer. Uma das frases de Demian para Sinclair: “quando o medo nos quer dominar, é necessário livrar-nos dele. Tens que livrar-te desse medo de qualquer maneira *se queres ser um homem de verdade*” (HESSE, 1919, p. 56, grifo nosso). O sofrimento cessa momentaneamente, apenas para reaparecer mais forte tempo depois.

Como todos os homens, vislumbrei no frouxo alvorecer do sentimento do sexo a aparição de um inimigo e de um elemento destruidor, de algo proibido, de tentação e de pecado. Aquilo que minha curiosidade buscava, aquilo que inspirava meus sonhos e me infundia prazer e medo ao mesmo tempo, o grande mistério da puberdade, não entrosava com a segura bem-aventurança de minha paz infantil. Procedi como todos. Vivi a dupla vida de criança que já deixou de sê-lo (HESSE, 1919, p. 65-66).

Demian, mesmo longe, atua inicialmente como um guia e depois como figura a ser alcançada e a quem se deve satisfações, é através dele que Sinclair foi capaz de retornar à sua jornada em cada uma das turbulências pelo que passa durante a saga contada no livro.

Meu crescimento se acelerara muito nos últimos seis meses e minha figura projetava sobre o mundo uma sombra comprida, estreita como que inacabada. Todo o amável atrativo do adolescente se havia retirado de mim. Sentí que ninguém seria capaz de amar-me assim e me desagradava profundamente a mim mesmo. Às vezes me invadia uma profunda saudade de Demian, mas em outras o odiava e o culpava pelo empobrecimento de minha vida, que sobre mim pesava como uma doença repulsiva (HESSE, 1919, p. 88).

Por fim, é interessante ressaltar que toda a história acaba aos dezoito anos do personagem, apesar de parecer que uma vida inteira já ocorreu ali, justamente pelos altos e baixos vividos por ele.

Todo homem, por mais bondoso que seja, tem que vulnerar uma ou várias vezes em sua vida as belas virtudes da piedade filial e da gratidão. Tem que dar aquele passo que o desliga de seus pais e de seus mestres e sentir um pouco a aspereza da solidão, embora em sua maioria não a possam suportar por muito tempo e voltem para a submissão (HESSE, 1919, p. 143).

Do ponto de vista biológico, a puberdade do menino é caracterizada por uma “explosão de testosterona” que o levaria a uma mudança total de comportamento. Para alguns à agressividade, para outros a uma sexualidade desenfreada, no entanto, ambos marcam a diferença de um púbere para uma criança. Já do ponto de vista psíquico, parece haver um embaraço. Freud (1933a, p. 271) afirma que em comparação às meninas, “o homem tendo mais sorte, na época da maturidade sexual precisa apenas dar continuidade ao que já praticou no período da primeira eflorescência sexual”. Lacan (1974) define o “despertar dos sonhos” como requisito essencial para que um rapaz possa pensar em fazer amor com uma moça. No entanto, como nos aponta Alberti (2004, p. 30), “não há tomada de posição na partilha dos sexos – seja do lado homem, seja do lado mulher – que não implique o encontro com a Mulher”.

Em *Superhomem, a canção*, Gilberto Gil (1979)¹⁴ joga com os significantes “homem” e “mulher”:

Um dia, vivi a ilusão
De que *ser homem* bastaria
Que o mundo masculino
Tudo me daria
Do que eu quisesse ter

Que nada
Minha *porção mulher*
Que até então se resguardara
É a porção melhor
Que trago em mim agora
É que me faz viver.

Gil ao comentar sua canção afirma:

Sobre a "porção mulher" - Muita gente confundia essa música como apologia ao homossexualismo, e ela é o contrário. O que ela tem, de certa forma, é sem dúvida uma insinuação de androginia, um tema que me interessava muito na ocasião - me interessava revelar esse embricamento entre homem e mulher, o feminino como complementação do masculino e vice-versa, masculino e feminino como duas qualidades essenciais ao ser humano¹⁵.

¹⁴ No álbum *Realce*, 1979.

¹⁵ Fonte: http://www.gilbertogil.com.br/sec_disco_info.php?id=583&letra.

Por que o adolescente, do lado do homem, se vê diante de um embaraço? Porque ao chegar à adolescência, ele não pode referir a mulher somente ao falo como fizera durante toda fase fálica.

Quando as certezas vacilam quanto à pré-concepção da infância, o adolescente se vê obrigado a lidar com o impossível a simbolizar do sexo. Então experimenta fantasias que encenam a sua relação com o real do sexo, identificado na Mulher (com M maiúsculo); independente de esse sujeito ser uma moça ou rapaz. O impossível a simbolizar é identificado com a Mulher justamente porque o sexo da mulher é um buraco, remetendo o sujeito a seus próprios impossíveis, ao que ele não entende, ao que percebe, mas não consegue significar. Tal buraco reenvia todo adolescente, independente de sua cultura, língua, ou mesmo grau de instrução, ao osso do humano: há um ponto de irrepresentável (ALBERTI, 2009, p. 30-31).

Um adolescente internado para realizar uma cirurgia que faria seu nariz “parar de sangrar”, conta-me com grande esforço, que seu pai morreu eletrocutado há dois anos e desde então os sangramentos tornaram-se mais intensos. Diz ainda que desde que o pai morreu, parou de desenhar, pois seu pai era “tatuador nas horas vagas” e quem fazia os desenhos a serem tatuados era o próprio adolescente. Depois de uma semana de internação e tendo me contado coisas importantes sobre sua vida, ofereço-lhe algumas folhas, ele diz que não quer. Digo que quando se sentir confortável ele pode ir até a sala de convivência e usar o espaço. À tarde, o encontro desenhando, muito concentrado, cercado pelos demais adolescentes, também internados, que o observam. Ao acabar ele me diz: “nesse desenho não tem uma mulher específica... apenas traços daquilo que é feminino. Faltam os braços, o pescoço... Mas você pode ver uma mulher, porque tem o traço dela. Desenhei os traços femininos”. “Poder se servir do pai permitirá ao adolescente lidar com o encontro com o real do sexo” (ALBERTI, 2004, p. 27).

PERGUNTA SOBRE SEXO

(...)

Ele tinha quatorze anos.

Sexo é um modo de conhecer outra pessoa,

disse Héracles. Ele tinha dezesseis anos. As partes quentes e desconstruídas da pergunta

lambiam cada fresta de Geryon,

ele as estancou deixando escapar um riso nervoso. Héracles olhou.

Silêncio, de repente.

Tá tudo bem, disse Héracles. Sua voz lavou e abriu Geryon.

Me conta uma coisa, disse Geryon, querendo perguntar As pessoas que gostam de sexo

também têm perguntas sobre sexo?

mas as palavras saíram erradas – É verdade que você pensa em sexo o tempo todo?

O corpo de Héracles enrijeceu.

Isso não é uma pergunta é uma acusação. Algo escuro e pesado caiu
entre eles como um cheiro de veludo.
Héracles ligou o carro e eles saltaram em frente ao fundo da noite.
Sem se tocar
mas unidos no espanto como dois cortes paralelos na mesma carne.

*Anne Carson*¹⁶

¹⁶ Anne Carson é uma poeta canadense cuja obra é inédita no Brasil. Fragmento de poema da autora, especialmente traduzido para a CULT por Sofia Nestrovski e Pedro Köberle. In: <http://revistacult.uol.com.br/home/2015/09/temos-que-pensar-o-lugar-de-corpos-movendo-se-livremente-dentro-de-uma-democracia-diz-judith-butler/> Consultado em 30/12/16.

2 ADOLESCÊNCIA E PUBERDADE

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 tem como efeito avanços teóricos e clínicos, sempre sustentados pela ética da psicanálise. Estamos também no hospital, diante dos acontecimentos que quebram paradigmas.

Marisa Decat de Moura, 2014

A palavra ‘adolescência’ tem sua origem etimológica no latim “*ad*” (‘para’) + “*olescere*” (‘crescer’); portanto ‘adolescência’ significaria, *strictu sensu*, ‘crescer para’. Tratar-se-ia de perguntar: crescer para quê?

Em seu texto publicado postumamente, “Esboço de Psicanálise”, Freud (1940[1938], p. 177) dedica um capítulo inteiro ao que ele denomina de “O desenvolvimento da função sexual”. A título de observação, cabe salientar que mais uma vez Freud retoma a opinião predominante na época de que a “a vida sexual humana consiste essencialmente numa busca de colocar o próprio órgão genital em contato com o de alguém do sexo oposto”. Para criticar a “estreita moldura” (FREUD, 1940[1938], p. 177) desta visão, Freud aponta três fatos:

- 1) Constitui um fato marcante existirem pessoas que só são atraídas por indivíduos de seu próprio sexo e pelo órgão genital deles;
- 2) É igualmente notório existirem pessoas cujos desejos se comportam exatamente como os sexuais, mas que, ao mesmo tempo, desprezam inteiramente o órgão sexual ou sua utilização normal;
- 3) E, por fim, é uma coisa notável que algumas crianças (que são, por causa disso, encaradas como degeneradas) tenham um interesse muito precoce pelo seu órgão genital e apresentem nele sinais de excitação (FREUD, 1940[1938], p. 177).

Tratando desses três fatos negligenciados, Freud aponta os principais achados da psicanálise no que tange à sexualidade:

- A vida sexual não começa apenas na puberdade, mas inicia-se, com manifestações claras, logo após o nascimento;

- É necessário fazer uma distinção nítida entre os conceitos de “sexual” e “genital”. O primeiro é o conceito mais amplo e inclui muitas atividades que nada têm a ver com os órgãos genitais;
- A vida sexual inclui a função de obter prazer das zonas do corpo, função que, subsequentemente, é colocada a serviço da reprodução. As duas funções muitas vezes falham em coincidir completamente.

De tal maneira que desde a mais tenra infância existe sexualidade que, segundo Freud, apresenta um curso ordenado de desenvolvimento, atravessa um processo regular de aumento e chega a um clímax por volta do final do quinto ano de idade, após o qual se segue de uma calmaria, o período de latência. “Durante esta, o progresso se interrompe, muita coisa é desaprendida e há muito retrocesso” (FREUD, 1940[1938], p. 178). Destarte, após a latência, a vida sexual avança mais uma vez, com a puberdade; “poderíamos dizer que tem uma segunda eflorescência”. Destino reservado apenas ao homem entre os animais “ter que começar duas vezes a vida sexual – na primeira infância, como as demais criaturas, e, após demorada interrupção, novamente no período da puberdade” (FREUD, 1919, p. 314). Logo, o início da vida sexual é “difásico”, ela ocorre “em duas ondas”¹⁷, dando ideia de algo que atinge o sujeito.

Freud (1923c, p. 290, grifo nosso) em “Psicanálise e teoria da libido [dois verbetes para um dicionário de sexologia]”, reafirma o início em dois tempos do desenvolvimento sexual:

No período seguinte, o da puberdade, *o complexo de Édipo tem uma revivescência no inconsciente* e vai ao encontro de suas novas transformações. Somente a época da puberdade desenvolve as pulsões sexuais em sua plena intensidade; mas a direção desse desenvolvimento e todas as predisposições a ele inerentes já foram determinadas pelo anterior florescimento infantil da sexualidade.

Lacan (1953, p. 264) aponta como mitológica qualquer ideia de satisfação genital afirmando:

Essa mitologia da maturação dos instintos, construídos com trechos seletos da obra de Freud, efetivamente gera problemas espirituais cujo vapor, condensado em ideais de nuvens, por sua vez irriga com seus aguaceiros o mito original. As melhores penas destilam sua tinta formulando equações que satisfação às exigências do misterioso *genital love* (há noções cuja estranheza concilia-se melhor com o parêntese de um termo tomado de empréstimo, e que rubricam sua tentativa com uma confissão de *non liquet*). Ninguém, entretanto, parece abalado pelo mal-estar daí resultante, e antes se vê nisso motivo para incentivar todos os Münchhausen da normalização psicanalítica a se puxarem pelos cabelos, na esperança de atingirem o céu da plena realização do objeto genital, ou do objeto puro e simples.

¹⁷ Schueben, no original. Lances ou impulsos. A versão consultada oferece: “duas oleadas”, duas ondas.

Se o *genital love* não é mais que um mito, o amor pleno também é uma produção imaginária, pois segundo ele, “a realização do amor perfeito não é um fruto da natureza, mas da graça, isto é, de um acordo intersubjetivo que impõe sua harmonia à natureza dilacerada que o sustenta” (LACAN, 1962-1963, p. 266). Assim, “o falo não realiza o encontro dos desejos – entendam desejos na medida em que eles iriam em direção ao gozo -, é por isso que ele é o lugar comum da angústia” (LACAN, 1962-1963, p. 290).

Como vimos, em Freud, 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. Neste sentido, o sexo se articula ao campo do desejo e tem relação com o que o Outro espera do sujeito. A estrutura de toda pulsão conecta-se com a relação do desejo à demanda (SOLER, 2012). O que levou Lacan (1958, p. 613, grifo nosso), ao abordar “o impasse constitutivo do desejo”, perguntar: “*e que tem a ver com o real esse hino absurdo à harmonia do genital*”? Estaria ele já fazendo referência a seu tão famoso aforismo: “não há relação sexual”?, uma vez que tal aforismo implica uma incompletude e desproporcionalidade entre os sexos, bem como uma limitação no acesso ao gozo como genitalidade concluída.

Parece que a partir da sondagem, do flash que a experiência freudiana lançou sobre as origens paradoxais do desejo, sobre o caráter de perversão polimorfa de suas formas infantis, uma propensão geral levou os psicanalistas a reduzir essas origens paradoxais para mostrar sua convergência em direção a um fim de harmonia (LACAN, 1959-60, p. 15)

Eis o seu postulado: não existe objeto harmonioso; ao contrário, a mola da relação do sujeito com o mundo é justamente a falta de objeto (PRATES, 2001).

Diante das considerações expostas acima, podemos entender o genital enquanto ponto de inconsistência simbólica, aspecto da experiência sexual marcado pela inexistência de representação ao nível significante (PRATES, 2001). Não há equivalência entre sexualidade e genitalidade. Tal elaboração da obra freudiana não impediu os pós-freudianos de buscarem uma completude no objeto e colocarem o falo como algo a ser atingido.

Freud (1926, p. 109) aponta dois principais impulsos do complexo edípico: “sua agressividade para com o pai” e “seu excesso de afeição pela mãe”. Lacan (1957-1958, p. 371) afirma que “é através do Édipo que o desejo genital é assumido e vem tomar lugar na economia subjetiva”. A relação de uma criança com seus pais, sua posição edípica, deixa uma marca, um traço infantil, que depois de revivido na puberdade, indica a escolha de objeto. “O

desejo sexual se estrutura na infância, a partir da vivência do Édipo, que é particular para cada sujeito” (ALBERTI, 2013, p. 181). O que haveria de novo na puberdade?

Isso posto, podemos afirmar que a adolescência é um tempo lógico de trabalho, quando a sexualidade se mostra como um desencontro entre os sexos, marcando que não há relação sexual. No momento da adolescência, há um apelo ao Outro. O adolescente se depara com uma exigência feita pelo meio que o cerca e pelas suas próprias determinações inconscientes, pulsionais e identificatórias (ALBERTI, 2009). Ele é convidado a tomar uma posição na partilha dos sexos, que divide os seres falantes em dois lados: “lado homem” e “lado mulher” (LACAN, 1972), “o que nada tem a ver com a copulação real, mas sim com os impasses que se inscrevem no inconsciente e que se referem ao mais além do prazer, isto é, ao gozo” (POLLO, 2003). Freud (1915, p. 127) sempre associou “trabalho” a tudo que é da ordem da pulsão, definida precisamente como “exigência de trabalho feita ao psiquismo em decorrência de sua ligação com o corpo”. Se tomarmos a adolescência como: um longo trabalho de elaboração de escolhas e um longo trabalho de elaboração da falta no Outro (ALBERTI, 2004), não há como dissociá-la de Eros. “Ali onde há pulsão, há exigência de trabalho – as coisas não se resolvem de *graça*, ou fazendo-se por *menos*. A economia do trabalho exigido custará caro ao sujeito” (ELIA, 1995, p. 17, grifo do autor).

Poderíamos afirmar que o adolescente é aquele que pode cair do lugar de objeto materno. “O adolescente se experimenta como autor de um desejo que não está lá onde localizava antes o maior peso de suas relações, na demanda de amor para garantir uma proteção contra o desamparo fundamental” (ALBERTI, 2004, p. 14-5). No grande Outro falta um significante para dizê-lo e para aceder ao desejo é necessário o reconhecimento da castração. Aqui introduzimos uma questão: se o adolescente é aquele que pode cair do lugar do objeto materno, assumiria o lugar de rebotalho, vertente de dejetos do objeto *a*? “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, p. 66).

Em seu texto chamado “Romances familiares”, Freud (1908, p. 243) aborda o desligamento da autoridade dos pais, afirmando que é a criança que deve separar-se: “ao crescer, o indivíduo liberta-se da autoridade dos pais, o que constitui um dos mais necessários, ainda que mais dolorosos, resultados do curso do seu desenvolvimento” e continua: “é absolutamente necessário que esta separação se realize”. Segundo ele, esta separação é ao mesmo tempo a tarefa mais necessária e mais difícil, a mais dolorosa que um ser humano deve realizar.

Como vimos anteriormente, o herdeiro do complexo de Édipo é o supereu, que equivale à incorporação no psiquismo do sujeito das figuras parentais.

Para Freud, o herdeiro do complexo de Édipo é o supereu, instância paradoxal, ‘consciência moral’, que exige do sujeito ao mesmo tempo o cumprimento da lei e sua transgressão, que lhe envia ordens contraditórias (‘seja assim’ e ‘não seja assim’) e frente ao qual o sujeito adota uma atitude masoquista e subserviente. O supereu é a instância da herança trágica do complexo de Édipo (QUINET, 2015, p. 21).

Na adolescência, a elaboração dessa incorporação não se faz sem rememoração e repetição. Nesse momento ocorre a nostalgia do pai, sentimento que surge do desamparo fundamental e encobre a castração do sujeito, claramente manifesto na fantasia de substituição do casal parental na puberdade. Na sexualidade, como em toda pulsão, há uma relação do desejo à demanda endereçada ao Outro. O laço que liga a criança a seus pais, segundo Lacan no *Seminário 9*, surge do entrelaçamento de dois toros: o toro do sujeito e o toro do Outro. Nos quais a demanda do sujeito nasce do desejo do Outro e o desejo do sujeito nasce da demanda do Outro. Ali onde o Outro inscreve as suas demandas cria-se o que causa o desejo do sujeito. No momento em que à demanda do sujeito nada responde, o círculo do desejo pode aparecer, deixando vazio, desvelando o objeto (ALBERTI, 2009). “Caem nessa época os semblantes narcísicos, e o sujeito pode avaliar o que ele era como objeto dos cuidados que recebia passivamente do Outro. Ele não pode desconhecer, então, que foi sobre esse indizível, até mesmo sobre esse inominável, que foi fundado o seu desejo” (NOMINÉ, 2001, p. 44).

Se nos remetermos às duas operações de constituição do sujeito apresentadas por Lacan (1964) em seu *O Seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais*, podemos afirmar: na alienação não há escolha, já separação é escolha.

Se todo sujeito é alienado ao Outro – ou seja, todo desejo é por definição, desejo do Outro –, a escolha se faz na vertente inversa, a da separação do Outro, sempre cortando e fazendo recortes nos desígnios e ditames em função do fato de que quando há escolha já nem tudo é possível (ALBERTI, 2004, p. 42).

Lacan (1962-63, p. 259) retoma a formulação freudiana “a anatomia é o destino” dizendo que em alguns momentos se ergueu contra esta afirmação, pelo que ela pode ter de incompleto. No entanto:

Ela se torna verdadeira se atribuímos ao termo “anatomia” seu sentido estrito e, digamos, etimológico, que valoriza a *ana-tomia*, a função de corte. Tudo que sabemos de anatomia está ligado, de fato, à dissecação. O destino, isto é, a relação do homem com essa função chamada desejo, só adquire toda a sua animação, na medida em que é concebível o despedaçamento do próprio corpo, esse corpo que é o

lugar dos momentos de eleição de seu funcionamento. A separação [*séparation*] fundamental – não separação, mas divisão por dentro – eis o que está inscrito desde a origem, e desde o nível da pulsão oral, no que será a estruturação do desejo.

A queda do objeto é chamada por Lacan de “separação”, que se dá no real, ao nível do corpo. “*Séparation* entre o objeto e o sujeito, o que do ser não passa no significante e que, portanto, se destaca do sujeito” (SOLER, 2006-2007, p. 145).

2.1 A sexualidade do adolescente no discurso médico

O discurso dominante no hospital, ambiente onde privilegiadamente se deu esta pesquisa, é o discurso médico, e neste, o desenvolvimento sexual do adolescente é marcado pela sexarca, quando ocorre “o início da libido, da sexualidade”, aqui equivalente ao momento em que o adolescente tem sua primeira relação sexual. A sexualidade, neste caso, aparece reduzida às conexões sinápticas dos neurônios e à atuação dos hormônios, que levam o adolescente a “só pensar em sexo”, sem levar em conta sua dimensão de sujeito, consequentemente responsável por seu ato. Nos prontuários médicos podemos ler na parte referente à sexualidade os seguintes tópicos: telarca (quando surge o broto mamário), menarca (primeira menstruação), pubarca (surgimento dos pêlos nos genitais), semenarca (primeira ejaculação) e sexarca (primeira relação sexual), inscritos cronologicamente. Além de G1, M3, P2... marcações da Escala de Tanner, utilizada para estadiar a maturação sexual durante o atendimento médico do adolescente. O estadiamento é realizado pela avaliação das mamas (M) e dos pêlos púbicos (P) no sexo feminino, no sexo masculino pelo genital (G) e pêlos púbicos (P). Desta forma são determinadas as fases do desenvolvimento sexual na infância e puberdade. Do ponto de vista da medicina a puberdade corresponde à fase final da diferenciação sexual do indivíduo, induzida pela produção de hormônios sexuais que levam à transformações no seu corpo, sendo este um processo absolutamente necessário do ponto de visto biológico para a aquisição da fertilidade e consolidação do crescimento.

Segundo limites cronológicos da Organização Mundial de Saúde (OMS), a adolescência começa aos dez e termina aos dezenove anos, ou seja, é um período da vida com hora certa para começar e acabar. A puberdade, diferentemente, caracteriza-se por uma “faixa

de normalidade”¹⁸, para meninas entre oito e doze anos e meninos entre nove e treze anos. Caso ocorra antes dessa faixa etária, trata-se de uma puberdade precocemente desencadeada, que na maior parte dos casos é bloqueada¹⁹, caso ocorra depois, diz-se tratar-se de uma puberdade atrasada. Nos casos nos quais não ocorrem os fenômenos puberais, são realizadas mimésis de puberdade. Para a medicina, a puberdade é um período de maturação biológica marcado por surgimento de caracteres sexuais secundários, estirão de crescimento e modificações da composição corpórea.

Destarte, uma menina com sete anos chegou ao Ambulatório para bloqueio de uma puberdade precocemente desencadeada. Se do ponto de vista médico, o bloqueio se dá para prevenir eventuais problemas quanto ao desenvolvimento ósseo e aceleração de etapas, por parte dos pais a queixa é outra: as mães das outras meninas não querem mais que elas brinquem com sua filha, uma vez que a menina apresenta “um comportamento muito sexualizado para a idade”. Além do mais, os pais têm reparado que “a filha já não é mais a mesma”, quer passar batom, fazer as unhas, tem interesse pelos meninos... preocupam-se com sua “maturidade” tão precoce.

O bloqueio da puberdade, quando ela ocorre antes da “faixa de normalidade”, por questões psicossociais, apresenta-se como uma questão que divide a opinião de médicos e especialistas, principalmente em se tratando de meninas e em casos de crianças portadoras de necessidades especiais. Nos casos que pudemos observar, o temor dos pais, concentra-se no tema “menstruação”. Como no caso de Lana. Lana teve sua puberdade bloqueada aos seis anos, hoje tem nove, e a equipe médica solicita que seja investigado se a menina teria “maturidade” para menstruar, decisão a ser tomada conjuntamente com os pais, que preferem continuar o bloqueio. Lana, quando só com a psicóloga, consegue explicar com clareza que seus ovários irão se comunicar com seu útero e ela irá menstruar, irá sangrar. No campo do intelecto tudo parece correr muito bem, no entanto ela endereça uma questão: “mas doutora, o que acontece quando a gente sangra”? Essa é uma questão etária? Se fosse mais velha não a teria também?

¹⁸ Os fenômenos puberais quando ocorrem fora dessa faixa de normalidade (meninas 8-12 anos e meninos 9-13 anos) são considerados “desvios”.

¹⁹ Cada caso é investigado cuidadosamente.

2.2 Puberdade e reforço pulsional

Para Freud, em toda sua obra, a adolescência está fundamentada na puberdade e além das transformações corporais dela decorrente, implica um trabalho psíquico de desligamento da autoridade dos pais. Fazendo um levantamento bibliográfico do termo “puberdade” em seus escritos, reencontramos a tese de que a sexualidade é infantil e que não é possível acreditar que ela tenha início apenas na puberdade. Em “Cinco lições de Psicanálise” (1910[1909], p. 54) ele afirma: “não é verdade certamente que a pulsão sexual, na puberdade, entre no indivíduo como, segundo o Evangelho, os demônios nos porcos”. A julgar pela força da metáfora, pois na parábola bíblica à qual Freud se refere, os porcos estão tranquilos quando os demônios entram em seus corpos provocando os primeiros a se precipitarem num desfiladeiro, podemos ter uma ideia que mesmo há mais de cem anos, a puberdade já era tida como um momento de descontrole, de crise, “um reforço pulsional” (FREUD, 1937). Shakespeare, na peça *Conto de inverno*²⁰, escrita entre 1610 e 1611 denomina os jovens de “cérebros ferventes”. Ele escreve: “desejara que não houvesse idade entre dezesseis e vinte e três anos, ou que a mocidade dormisse todo esse tempo, que só é ocupado em deixar com filhos as raparigas, aborrecer os velhos, roubar e provocar brigas”. Mostrando-nos que o artista sabe o que o psicanalista descortina, como já dizia Lacan quando escreveu seu texto sobre Marguerite Duras.

Freud trabalha ao longo de vários textos a importância do período de latência e em nota de rodapé de 1935, no texto “Inibição, sintoma e angústia” (1926, p. 35), observa que sua importância é dada fundamentalmente, pela fisiologia quando a define como “um fenômeno fisiológico” que divide a vida sexual em dois tempos. Os dois tempos são: infância e puberdade. Freud (1926, p. 197) não levanta a questão sobre os efeitos disso no âmbito psicológico dizendo que essa divisão que “parece ocorrer somente no ser humano, talvez seja uma das condições do privilégio humano tornar-se neurótico”.

Em seu texto considerado até hoje a obra *princeps* de sua teoria da sexualidade, *Três Ensaio*s, Freud (1905) afirma que não achava possível concordar com a opinião popular de que a sexualidade só teria início com a maturação dos órgãos genitais. Neste texto, ele introduz o conceito de pulsão e apresenta de forma esquemática quase todos os conceitos que seriam desenvolvidos posteriormente. É interessante que Freud não cessa de propor novas

²⁰ Fonte: <http://www.ebooksbrasil.org/eLibris/inverno.html>

redações de frases, assim como de incluir inúmeras notas de rodapé, apontando para um *work in progress*. Freud, nesses *Três ensaios* deter-se-á no estudo da importância da vida sexual para todas as realizações humanas e na ampliação do conceito de sexualidade vigente na época.

A questão do sexual em Freud está do lado de Eros, cada vez fazer mais laços. O sexual na vertente do que não faz laço presentifica o impossível, o real. O real é aquilo que fica fora do simbólico, com Lacan poderíamos afirmar: é o real que desperta! Na adolescência tanto o real das “metamorfoses da puberdade”, quanto o real da não-completude, do Outro sexo, despertam o sujeito adormecido durante o período de latência.

Lacan (1962, p. 146) no *O Seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*, afirma: “a libido é a presença efetiva como tal do desejo. É o que resta agora a apontar o desejo – que não é substância, que aí está ao nível do processo primário, e que comanda o modo mesmo de nossa abordagem” (). Neste mesmo capítulo ele aponta o real como “obstáculo ao princípio do prazer”. “O real se distingue, [...] por sua separação do campo do princípio do prazer, por sua dessexualização, pelo fato de que sua economia, em seguida, admite algo de novo, que é justamente o impossível” (LACAN, 1962, p.159).

Se retomarmos o texto freudiano “Formulações sobre os dois princípios do funcionamento psíquico” (1911), no qual Freud ainda trabalhava com o dualismo pulsão do Eu X pulsões sexuais, a substituição do princípio do prazer pelo princípio de realidade, com as consequências psíquicas dela resultante, “na realidade não se efetua de uma só vez e simultaneamente em todos os pontos. Pois enquanto ocorre esse desenvolvimento nas pulsões do Eu, as pulsões sexuais se destacam deles de modo significativo” (FREUD, 1911, p. 115).

Freud (1900, p. 592, grifo nosso), em *A interpretação dos sonhos* [*Die Traumdeutung*], afirma que o processo é chamado de primário devido a três fatores: ordem, capacidade de organização e cronológico, uma vez que vem primeiro.

Um aparelho que possua unicamente o processo primário não existe, que nós saibamos, e nessa medida é uma ficção teórica; mas isto é um fato: os processos primários estão dados naquele desde o começo, enquanto os secundários só se constituem pouco a pouco no curso da vida, inibem aos primários, se superpõem a eles, e talvez unicamente na plena maturidade consigam submetê-los a seu total império.

O processo primário é o modo de funcionamento do inconsciente e segue a primeira lei do funcionamento psíquico, o princípio do prazer. Destarte, procura evitar o desprazer e manter as excitações no nível mais baixo e homeostático. O processo primário se organiza

conforme a associação dos traços mnêmicos, por meio da condensação e do deslocamento. Tendo por única visada responder ao princípio do prazer. Assim, afirma Freud (1900) “o sistema não pode fazer outra coisa a não ser desejar”. Já os processos secundários, seguindo a lei do princípio da realidade, impõe as restrições necessárias ao princípio de prazer a fim de se adaptar ao mundo externo: tolera o adiamento da satisfação imediata, tolera o desprazer (acúmulo de energia).

Em “Tipos de adoecimento neurótico”, Freud (1912, p. 230) afirma que “as vicissitudes da libido são decisivas para a doença ou a saúde nervosa”. Lista quatro fatores que ocasionam a doença:

- 1) *Frustração - Versagung*²¹ - (mudança no mundo externo, uma vivência) → “o indivíduo era saudável, enquanto sua necessidade de amor era satisfeita por um objeto real do mundo externo; torna-se neurótico quando esse objeto lhe é retirado, sem que ache um substituto para ele” (FREUD, 1912, p. 230). Freud aponta que nesse caso há um represamento da libido com aumento de tensão, restando duas possibilidades para manter-se a saúde: “transformar a tensão psíquica em energia ativa, que permaneça voltada para o mundo exterior e afinal obtenha dele uma real satisfação da libido, ou renunciar à satisfação libidinal, sublimando a libido represada e usando-a para alcançar metas que já não são eróticas e escapam à frustração” (FREUD, 1912, p. 231).
- 2) *Fixação* (Mudança interna, um processo de desenvolvimento) → “Adoece com a tentativa de adequar-se à realidade e cumprir as *exigências* desta, no que se depara com insuperáveis dificuldades internas” (FREUD, 1912, p. 232-3).
- 3) *Inibição do desenvolvimento* → “uma exacerbação do segundo tipo, de adoecimento com as *exigências da realidade*” (FREUD, 1912, p. 235). Neste caso, “a libido nunca abandonou as fixações infantis, as exigências da realidade não se apresentam de súbito ao indivíduo que amadureceu totalmente ou em parte, mas surgem pelo fato mesmo de envelhecer, pois é óbvio que mudam continuamente com a idade da pessoa” (FREUD, 1912, p. 236).
- 4) *Puberdade e menopausa* → “Adoecem por haverem atingido um certo período da vida, e conforme processos biológicos regulares, a quantidade de libido na sua economia psíquica sofreu um aumento, que por si só basta para criar as condições para a neurose” (FREUD, 1912, p. 236). Cabe aqui um adendo: nos dias de hoje é impossível negar a importância dos hormônios no desenvolvimento biológico sexual do sujeito. É interessante observar que Freud apontava a puberdade e a menopausa – dois ápices hormonais, o primeiro de elevação e o segundo de queda – como condição para a neurose.

Em “Tipos Libidinais”, Freud (1931b, p. 198) propondo-se a estabelecer tipos diferenciados na ideia geral do ser humano, opta por dividi-los em tipos psicológicos, e segundo ele “a situação vigente na libido é que terá direito a servir de fundamento para a

²¹ Lacan (1956, p. 463) critica a tradução de *Versagung* da obra freudiana por frustração. Sinalizando que ao fazê-lo encontraríamos somente motivos para retificá-lo, uma vez que tal termo implica renúncia e, portanto, “distingue-se de toda diferença do simbólico para o real”. Sugerimos como tradução: des-dizer.

divisão” . Aponta três tipos libidinais divididos segundo o predomínio da libido alocada nas províncias do aparelho psíquico:

- 1) **Erótico** → principal interesse voltado para a vida amorosa. São dominados pelo medo de perder o amor, e por isso têm particular dependência dos outros, dos que podem lhes negar o amor. Esse tipo representa as elementares exigências pulsionais do Isso, ao qual as outras instâncias psíquicas tornaram-se dóceis.
- 2) **Obsessivo** → predominância do supereu, que sob elevada tensão se separa do Eu. É dominado pelo medo da consciência moral, em lugar do medo ante a perda do amor; mostra uma dependência interna. Desenvolve um elevado grau de autonomia, e socialmente vem a ser o autêntico veículo da cultura, predominantemente conservador.
- 3) **Narcisista** → não há tensão entre Eu e supereu. É independente, não se deixa intimidar. Não há preponderância das necessidades eróticas, seu interesse maior se dirige à autopreservação. Seu Eu dispõe de uma larga medida de agressividade, que também se manifesta na disposição para a atividade; em sua vida amorosa, amar vem antes de ser amado.

Freud lança as seguintes questões: qual a relação desses tipos libidinais com a patologia? Alguns deles se dispõem particularmente para a neurose e, nesse caso, quais tipos conduzem a quais formas? Ele responde: “a formulação desses tipos libidinais não lança luz nova sobre a gênese das neuroses” (FREUD, 1931b, p. 200).

Sabe-se que as precondições etiológicas da neurose ainda não são conhecidas com certeza. Os fatores que a ocasionam são frustrações e conflitos internos, conflitos entre as três grandes instâncias psíquicas, no interior da economia libidinal, consequentes à nossa constituição bissexual, e entre os componentes instintuais eróticos e agressivos. A psicologia das neuroses se empenha em averiguar o que torna patogênicos esses processos, pertencentes ao curso normal da vida psíquica (FREUD, 1931b, p. 200).

Em “Inibição, sintoma e angústia”, Freud (1926) aponta que o conflito na neurose obsessiva no momento da adolescência se agrava em duas direções: as forças defensivas se tornam mais intolerantes e as forças que devem ser desviadas se tornam mais intoleráveis. Explica que ambos os efeitos são causados pela “regressão da libido”. Freud (1923a, p. 52) apontara que “a essência de uma regressão libidinal, da fase genital à sádico-anal, por exemplo, baseia-se numa disjunção pulsional, e, inversamente, o avanço da fase genital inicial à definitiva tem por condição um acréscimo de componentes eróticos”. Tal elaboração teórica, nos remete ao caso de Maísa²².

Maísa é uma adolescente de catorze anos que veio encaminhada da Urologia com a queixa de “enurese noturna por fatores psicológicos”. Quando lemos um encaminhamento com esse predicado podemos considerar dois fatores: foram feitos todos os exames e não foi

²² Nome fictício.

encontrada uma causa orgânica ou a família contou uma história tão peculiar que o adolescente é logo encaminhado. Neste caso temos a segunda opção.

Na primeira entrevista, em que estavam presentes, a paciente Maísa, o pai e sua mãe, o pai diz que não sabe de nada, não tem nada para dizer. A mãe é enfática em sua queixa: “eu quero que ela pare de destruir minhas coisas. Ela está destruindo tudo lá em casa. Mija no sofá, mijar na cama dela, mijar na minha cama, mijar até na cadeira... É só ela tirar um cochilo que ela mijar. Eu vou ser sincera, às vezes eu não aguento e enfio a *porrada*”. A mãe faz uma série de acusações ao pai e este apenas diz que não sabe de nada. Pontuo que ele deve falar, pois essa posição tão passiva na história pouco estava ajudando. “Eu sou sempre o errado mesmo. Vou falar para quê?”, ele questiona. “Você não falou nada, como vou saber se está errado ou não?”, pontuo. Ele então se posiciona e fala sobre seu amor pelas filhas e sua dificuldade de estar com elas quando estava desempregado e não tinha dinheiro, chegando a sair de casa e ir morar de favor na casa de um tio. “Não quis procurar por elas quando eu não tinha nada para dar”. Maísa parece bastante surpresa com o que ouve do pai. Na semana seguinte aparece no atendimento dizendo: “desde que eu saí daqui semana passada que eu não mijo mais em nada”. No campo mais propriamente clínico de seu exercício, a psicanálise demonstra eficácia e sucesso no tratamento das neuroses, que, em função do advento psicanalítico, deixaram de habitar o campo das doenças médicas para configurarem-se como resposta do sujeito falante frente aos impasses de sua sexualidade, de sua posição como sujeito do desejo (ELIA, 2000).

Maísa conta que sua vida é muito difícil porque está sempre pensando em um monte de coisas. “Vou para escola, chego em casa e estudo. Estudo na explicadora. Me esforço *pra caramba*, mas na hora dá um branco. Eu tenho muitas preocupações na cabeça. Quero saber se meus pais vão mesmo ficar juntos, se tudo está limpo, minhas irmãs, minha escola... Tenho vergonha de ler na frente dos outros. Fico preocupada com a violência, se minha mãe vai conseguir pagar as contas no final do mês. Queria ser engenheira, construir casas, mas não entendo a matemática. Eu não sou inteligente como a minha irmã. É tanta coisa que nem sei... Você também é assim?”

De maneira enigmática, Lacan (1962-1963, p. 282) dialogando com as correntes pedagógicas que valorizam uma espécie de maturação natural da inteligência ligada ao desenvolvimento do organismo propõe “um vínculo a ser estabelecido entre a maturação do objeto *a*, tal como eu o defino, e a idade da puberdade”. Para ele, seria a relação ao objeto *a* que faria ou não obstáculo à inteligência. “Lacan remete isso ao fato de que é apenas na

puberdade que se ordena, verdadeiramente, a relação ao objeto *a*. Ele não desenvolve isso, e tampouco se explica” (SOLER, 2012, p. 130).

Ouvindo Maísa semanalmente, ela começa a se dar conta de seu lugar de “objeto a ser batido” pela mãe. Diante das questões: O que o Outro quer de mim? O que o Outro quer que eu queira? Ela responde: “minha mãe me bate todos os dias. Só não me bate quando está doente. Quando está doente ela fica quietinha... Não gosto disso”. “Não gosta do que”? pergunto. “Dos dias que ela não me bate. Você gosta de ver sua mãe doente?”, ela me pergunta irritada. Conta-me então o quanto é bom levar “surras” e ficar com o “corpo todo marcado”. “Aí eu tenho coisas para contar na escola... A gente faz uma disputa de quem tem a história mais sofrida”, Maísa me conta isso com um sorriso de extrema satisfação.

Com o tempo, Maísa começa a construir sua demanda: “eu vou te contar uma coisa, mas você não pode contar para ninguém. Eu não como na casa dos outros. Eu só como a comida da minha mãe”. Conta que começa a pensar: “será que essa pessoa é limpinha? Será que lavou a louça direito? Será que aqui é limpinho? Será que tem alguma bactéria que pode contaminar?” Diz que gosta de tudo muito limpo exatamente como sua mãe que nem deixa as filhas sentarem no sofá para “não bagunçar a capa”. Imediatamente traz uma lembrança infantil: “eu era pequena, minha mãe começou a trabalhar e me deixou na casa de uma senhora. Um dia ela estava lavando louça na pia e ao invés de enxaguar com a água da torneira ela enxaguava com a água suja que ficava presa na pia. Que sujeira! Parei de comer e minha mãe teve que parar de trabalhar para cuidar de mim”. Maísa conta as duas histórias sem fazer qualquer relação entre elas.

Freud (1926, p. 119) nos aponta que a defesa utilizada na neurose obsessiva é o recalque *primevo* mais o isolamento da ideia e o deslocamento do afeto, assim “o afeto deixado de fora quando a ideia obsessiva é percebida aparece em um ponto diferente”. Desta maneira, a tendência geral da formação de sintomas na neurose obsessiva “irá dar lugar cada vez mais amplo à satisfação substitutiva às expensas da frustração²³”.

Alberti (2013), retomando os postulados de Freud e Lacan afirma que “não há neurose obsessiva sem que tenha uma dívida do pai²⁴”. Maísa sempre fala do pai usando as palavras da mãe “ele é um egoísta”, “só sabe ser feliz sozinho”. Porém com alguma dificuldade começa a falar do “seu pai”: “meu pai parece a mulher do Eurico Miranda fica para cima e pra baixo atrás dele. Não tem jeito, só fala no Eurico, só pensa no Eurico”. Conta que não aguenta

²³ *Versagung*, no original.

²⁴ Anotação feita em supervisão. Alberti, 2013.

mais essa vida de São Januário e está pensando em mudar de time: “Só não pode ser Flamengo, senão meu pai morre”. O pai “presta serviços” ao Vasco, seu “time do coração”, no entanto Máisa não sabe dizer que tipo de serviços.

Seus pais nunca podem comparecer aos atendimentos, de tal maneira que só os vi na primeira entrevista. O pai trabalha num táxi e “fica rodando” enquanto Máisa está no atendimento e a mãe trabalha numa “firma de limpeza” que exige uma disciplina espartana dos funcionários. É a própria Máisa então que se responsabiliza pelo seu tratamento e conta a história dos pais. O pai era noivo de uma prima da mãe que morava no Rio e era “muito doida”, inclusive “hoje ela é uma *cracuda*”. Numa viagem à São Paulo conheceu a mãe de Máisa, logo se casaram e ela veio morar com ele no Rio. Conta que sua mãe é muito “*braba*”, briga e grita por causa de tudo. “Outro dia minha mãe estava falando sem parar, aí de repente eu gritei: ‘cala a boca’! Eu fiquei desesperada, pensei que ela ia me matar, mas foi um pensamento que saiu de repente. *Me escapuliu*”.

Os pais decidem se separar e ele arruma uma namorada e sai, pela primeira vez, com ela e as filhas para passear. A mãe fica furiosa e começa a xingar o ex-marido, as filhas e a namorada dele por telefone. Quando peço para Máisa me contar o que a mãe teria dito ela se recusa veementemente: “não posso xingar senão minha mãe coloca pimenta na minha boca... Não vou xingar nem aqui não, porque senão depois eu vou ficar com a consciência pesada. Vai ficar aquela vozinha falando na minha cabeça”. Nessa confusão com a mãe, Máisa tentou defender o pai, contudo a mãe ficou furiosa com a postura da filha e a mandou fazer as malas e ir embora, disse que se Máisa pretendia defender o pai, seu lugar não era ao lado dela. Máisa decidiu parar de falar com o pai e me pergunta: “você também era assim quando era pequena? Sofrida”. Conta então que sempre quando dorme tem pesadelos: “eu tenho sempre o mesmo sonho. Tenho que escolher entre meu pai e minha mãe. Eles vão morrer e eu tenho que salvar um. Aí eu não consigo escolher e me mato. Eu me mato e eles ficam vivos”. Em sua cadeia associativa diz: “acho que sem mim eles ficam bem”.

Pollo (2003, p. 66) retomando os “Três ensaios” para pensar a vida sexual da puberdade aponta que “o reforço pulsional pode consistir no redespertar da agressão e da libido, e que, nos casos maus de neuroses obsessivas, o impulso libidinal pode, via regressão, surgir como tendência destrutiva”. Segundo Carneiro Ribeiro (2011, p. 47), trata-se, no caso da neurose, “de avaliar o tipo de resposta do sujeito e o tipo de pergunta que orienta a posição fixa que ele ocupa na vida, e que o faz sofrer”. No caso de neurose obsessiva, Freud (1920) aponta para uma “degradação da libido”, que ocorre em consequência da disjunção das pulsões de vida e de morte como o caso acima nos demonstra. Há uma regressão da libido

genital à organização sádico-anal, surgindo a ambivalência amor/ódio característica da neurose obsessiva, e o sujeito não pode ser encontrado lá onde se encontra a enunciação da pulsão agressiva, isto é, no inconsciente. Resultado: impõe-se a necessidade de histericização do sujeito como prévia à análise (POLLO, 2005).

2.3 A adolescência implica o encontro com o real do (Outro) sexo

Fazendo uma primeira revisão da literatura sobre o tema, podemos observar que já se tornou lugar comum lembrar que “adolescência” não é um conceito da psicanálise e que até mesmo o vocábulo pouco aparece nas obras de Freud e de Lacan, o primeiro tendo privilegiado o termo “puberdade”, o segundo preferindo utilizar o significante “jovem”. Porém é fato que grande número de psicanalistas se dedica cada vez mais a trabalhar com sujeitos adolescentes e a elaborar teoricamente possíveis especificidades da práxis psicanalítica com aqueles que atravessam essa etapa da vida caracterizada por Freud como a de uma reorganização das pulsões, um reviver do conflito edipiano, com a rejeição das fantasias incestuosas e o desligamento da autoridade dos pais, “pelo que constrói a contradição para si mesmo, tão importante para a evolução cultural entre a nova geração e a antiga” (FREUD, 1905).

Evidente que a maturação genital não é indiferente nem para Freud nem para Lacan, embora a psicanálise não se ocupe do biológico. Freud (1905, p. 213) dedica seu terceiro ensaio às “metamorfoses da puberdade”. Demonstra que, “com a chegada da puberdade, operam-se mudanças destinadas a dar à vida sexual infantil sua forma final normal”, o que implica encontrar o objeto sexual, a partir do que se inscreveu para o sujeito no contexto de uma “organização sexual infantil”: “O encontro do objeto é, na realidade, um reencontro dele” (FREUD, 1905, p. 229). Portanto, as fantasias que foram interrompidas, ou ficaram adormecidas na latência, reaparecem, interrompendo “o sono de um Édipo adormecido” (ALBERTI, 2009, p. 20). Por sua vez, Lacan (1974) parafraseando Wedekind, utiliza a expressão “o despertar dos sonhos” no texto que escreve para o programa da encenação da peça do dramaturgo alemão *O despertar da primavera* (1891), pois a peça tem como aforismo central: “a sexualidade cava um buraco no real”. Esse comentário lacaniano tornava perceptível o embaraço da sexualidade confrontada não com o interdito, e sim com o real do traumatismo do encontro, com a não relação (COTTET, 2011). Freud nomeia esse real em

jogo na adolescência, que não se reduz ao real biológico do aumento do fluxo hormonal, como as “metamorfoses da puberdade”. Se avançarmos em nossos questionamentos a partir do que a clínica com adolescentes nos aponta, poderíamos questionar: a diferença sexual poderia ser situada entre a premissa fálica da sexualidade infantil e o encontro com o Outro sexo?

Alberti (2009, p. 10) cunhou o sintagma “sujeito adolescente”²⁵ e, retomando os postulados freudianos onde “fundamenta a adolescência na puberdade e a considera um trabalho que implica um desligamento dos pais”, define o adolescente como “neurótico, uma vez que ele se situa na partilha dos sexos”. Na adolescência, o encontro real dos sexos coloca para o sujeito a castração e definitivamente a impossibilidade da relação sexual, o objeto revela-se sempre inadequado à completude do Outro. É a castração que possibilita o sujeito inscrever-se na partilha dos sexos. O adolescente depara-se com os impossíveis – a relação sexual, A Mulher e a castração – e ao se dar conta de que “até mesmo seu pai claudica”, esta descoberta “exigirá uma tomada de posição diante das evidências da castração”. Para a autora, na adolescência, o encontro real dos sexos coloca para o sujeito a castração e definitivamente a impossibilidade da relação sexual. Não é possível pensar a adolescência sem referi-la à castração, pois o trabalho que a representa é a tentativa de elaborá-la de alguma forma. A adolescência é um desenlace por excelência que o sujeito tenta elaborar: elaboração de escolhas e da falta no Outro (ALBERTI, 2004). “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). “Contra as tempestades que daí decorrem, Freud propõe as *Bändigungen*, ou diques que determinarão a vida pulsional” (ALBERTI, 2009, p. 10). Ainda segundo Alberti, cada sujeito terá sua adolescência determinada: pela história de sua vida; pelos acidentes de seu percurso e pela virulência com que empreende o início de sua travessia. E assevera: “esse sujeito adolescente tem muito a ensinar aos psicanalistas”.

Nominé (2001, p. 43), afirma que “se quiséssemos interpretar uma época, o que não é o propósito direto da psicanálise, me parece que bastaria debruçar-se sobre seus adolescentes, pois eles revelam tudo aquilo que uma civilização se empenha em dominar e esconder”. Para ele, o adolescente se mantém no espaço entre dois mundos, pois “o saber que ele adquire sobre sua posição de gozo deveria incitá-lo a abandoná-lo, porém ele volta atrás” (NOMINÉ, 2001, p. 42). Para o autor o narcisismo é o conceito mais convincente para compreendermos o

²⁵ A primeira edição do livro *Esse sujeito adolescente* foi publicada em 1996.

que está na origem desse fenômeno social que é a adolescência, sendo simultaneamente o que melhor a define. Assim, “toda a problemática do adolescente reside na dificuldade em abrir mão da identificação com a imagem narcísica para entrar na vida adulta” (NOMINÉ, 2001, p. 41).

Pollo (2003, p. 48) seguindo o caminho trilhado por Freud e Lacan aponta que após o fenômeno central da sexualidade da primeira infância – dissolução do complexo de Édipo – o sujeito “entra no período de latência, cuja tarefa maior é resistir à tentação masturbatória”. Entendendo a latência como “esgotamento discursivo”, anterior ao “advento de um novo encontro com o real” (POLLO, 2003, p. 66) que Freud denominou como “reforço pulsional”. A autora aponta a adolescência como uma “necessária emergência do real nesse limite” e a “atividade quase desenfreada da adolescência se revela um corte operado pela linguagem em que o sujeito se faz objeto”. Em sua leitura, o “produzir desligamento” ou “contradição entre a nova geração e antiga” apontados por Freud na puberdade, “foi sua forma de se referir ao que hoje chamamos servir-se do pai para ir além dele ou deduzir sua função de semblante”. O semblante não é propriamente nem o simbólico nem o real, mas um “resultante do simbólico” que toma a direção do real. “Aos ‘semblantes da civilização’ ou ‘interesses libidinais da sublimação cultural’, opõe-se o real do gozo. Nessa oposição se situa a dessintonia subjetiva maior, sintomática própria à adolescência” (POLLO, 2003, p. 67). Ela propõe como tradução do enunciado freudiano que atribui ao adolescente a necessidade de produzir oposição entre o novo e o antigo nos termos lacanianos de “encontro com o objeto *a* separador e a necessidade de produzir novos semblantes” (POLLO, 2003, p. 69). Assim, “a adolescente feminina teria sua tarefa facilitada, já que seu próprio corpo a predispõe à criação da ‘fantasia de dom’”.

Costa-Moura (2008) retoma o que Lacan articula no *Seminário 7* como a “função ética do erotismo” e a partir daí propõe discutir “os problemas éticos que a puberdade aporta para o sujeito”, apontando que “o adolescente é confrontado como sujeito justamente com a emergência do real sexual” (COSTA-MOURA, 2008, p. 117). Assim, “o erotismo concerne à emergência e sustentação de uma causa, que emerge no real – atingindo e, mesmo, constituindo o corpo do sujeito” (COSTA-MOURA, 2008, p. 115). E conclama o sujeito à efetivação como tal do desejo. De tal maneira que, é “na efetuação do desejo sexual que se organiza uma certa inacessibilidade do objeto que constitui e dá lugar ao ‘vazio central’ que engendra o desejo para nós” (COSTA-MOURA, 2008, p. 116). Para a autora “falar de adolescência implica admitir uma etapa lógica da articulação do sujeito na estrutura” e afirma: “não se passa da infância à vida adulta sem corte, sem ruptura que, como o demonstrou Freud, situa retroativamente o que veio antes como a infância” (COSTA-MOURA, 2008, p. 117).

Mais recentemente²⁶, aponta que há “algo do objeto que toma o sujeito”, articulando com isso a questão das diferentes posições sexuais assumidas pelos adolescentes atualmente.

Ao escrever sobre os sujeitos adolescentes, o psicanalista Philippe Lacadée (2011), baseando-se na obra do poeta Victor Hugo, propõe que se substitua o sintagma “crise da adolescência” por “a mais delicada das transições”. Em suas palavras, a adolescência “é um momento de transição em que se opera uma desconexão no sujeito entre seu ser de criança e seu ser de homem ou de mulher. Nela está implicada uma escolha decisiva, que inclui a dimensão inédita de um ato” (LACADÉE, 2011, p. 19). O ato é uma tentativa de inscrição, quando as crises de identidade se tornam crises de desejo, ligadas à função do objeto *a*. Portanto, ele “serve como saída para o impasse da relação com o Outro, para o que se experimenta de um impossível de dizer”. O sujeito vivencia um “sentimento de exílio” e, “quando se mantém apressado, o adolescente corre o risco de errar e perder sua vida, correndo atrás de outras vidas” (LACADÉE, 2011, p. 158). Este autor qualifica a puberdade de “*troumatisme*”²⁷ e propõe a seguinte articulação: “o *troumatismo* da sexualidade faz furo no real. A partir de então, o adolescente pode ser considerado como uma resposta sintomática à puberdade, uma resposta do sujeito à libido” (2012). Para o autor, cada adolescente dá, a seu modo, testemunho de como ele se situa em presença desse real do *Despertar da Primavera*. Diante do excesso de gozo que invade o seu corpo, deixando-o fora do discurso, o adolescente pode optar por uma resposta que irá na contramão das classificações que buscam apreendê-lo. Surge então o desafio crucial de “bem-dizer” o que causa o seu sofrimento. A psicanálise deve oferecer o lugar e o laço da associação livre como “tradução possível”, permitindo ao sujeito adolescente dizer de modo paradoxal uma parte de seu impossível de dizer (LACADÉE, 2011).

Como Mirella²⁸ que chegou ao Ambulatório depois de fugir de casa com o namorado e de brigas intensas com a mãe, porque era “tão mulher quanto ela”. Tendo decorrido mais de um ano de tratamento, a adolescente realiza um grande trabalho e afirma: “nesse tempo em que eu estou aqui com você, eu acabei descobrindo que minha família ama crianças, mas odeia adolescentes... Minha prima tem doze anos e agora é a bola da vez... É como se eles olhassem e ficassem se perguntando: ‘cadê a minha filhinha’? ‘Cadê aquela que fazia tudo como eu queria’”? Mirella parece concordar com Nominé (2001, p. 43) quando ele afirma que

²⁶ Apresentação oral do trabalho “Adolescência e a asserção de certeza antecipada: sexo, mentiras, rock'n'roll”. In: Ainda adolescente, Esse sujeito? 13/04/16. Inédito.

²⁷ *Troumatisme*: expressão formada pelas palavras *trou* (buraco, furo) e *traumatisme* (traumatismo), e que evoca o traumatismo oriundo do furo da linguagem. (Nota de rodapé do autor)

²⁸ Nome fictício.

“o adolescente perdeu o valor de sua imagem no narcisismo dos pais, porém ele se veste agora com as cores de seu próprio narcisismo, o qual se opõe violentamente aos ideais paternos”.

Certa vez uma adolescente me contava estar exausta das brigas que tinha com a mãe, tudo começava “meio do nada” e a mãe terminava sempre por chamá-la de “*putinha*” (sic). Ela dizia não conseguir xingar a mãe, até que um dia compra um “dicionário das palavras mortas” que trazia uma série de palavras em desuso com seus significados. Passou a insultar a mãe, que nada entendia, utilizando-se delas. No entanto, no meio de uma dessas discussões, escolheu em seu dicionário a palavra “meretriz”, disse ter sido uma escolha “casual” como todas as outras. A mãe ficou furiosa, porque sabia o que a palavra significava e vociferou que a filha é que era uma “*putinha*” que não valia nada.

Sendo o narcisismo fundamentalmente construído pelo Outro, pelo narcisismo dos pais que investem em *Sua majestade o bebê*, “revivescência e reprodução do seu próprio narcisismo há muito abandonado” (FREUD, 1914, p. 25), o que se poderia dizer desse investimento narcísico dos pais no momento da adolescência dos filhos? Alberti (2004, p. 11) aponta que “é preciso mais uma vez uma boa dose de investimento, de dom de amor, de aposta da parte dos pais, para suportarem seu próprio aniquilamento através dos filhos, única maneira de não se identificarem completamente com a consequente perda narcísica”.

Para uma articulação clínica das considerações que desenvolvemos até aqui, usaremos os casos de duas adolescentes tendo em comum o fato de que ambas passaram pelo que os médicos denominam de “*mimésis* de puberdade”, ou seja, receberam progressivas doses de hormônios de maneira que seus caracteres secundários femininos se desenvolveram. Nós as chamaremos Louise e Briane e as reuniremos por outro viés: o encontro com o Outro sexo.

É interessante ressaltar que, se a puberdade é um fenômeno biológico da ordem do necessário, a adolescência, enquanto fenômeno subjetivo é apenas contingente. Assim, se o primeiro caso nos ensina que o “golpe de real” (RASSIAL, 1997, p. 99) da puberdade não é suficiente para fazer o adolescente aceder à posição sexuada, sinalizando que é preciso uma escolha do sujeito pelo trabalho e a importância de levar em conta o Outro, no segundo, aprendemos que o adolescente pode sintomatizar aquilo que os médicos não transformam em questão e que para posicionar-se na partilha dos sexos é igualmente necessário a presença do Outro.

2.4 Caso Louise: “uma mulher com síndrome de Turner é uma mulher normal”?

A adolescência é um despertar! Um despertar da sexualidade que requer enlaces e desenlaces, no que tange à escolha da posição sexuada e sua consequente escolha de objeto sexual. A partir de uma questão endereçada à analista por uma adolescente, num Hospital Universitário²⁹, ainda no primeiro encontro, e que foi: “Uma mulher com síndrome de Turner é uma mulher normal?”, iniciou-se um trabalho que foi interrompido apenas em consequência da morte da adolescente.

O caso ilustra, por um lado, a complexidade dos enlaces e desenlaces na partilha do sexo justamente quando biologicamente não há resposta, nem para o sujeito, nem para os médicos, quanto à posição sexual. Por outro lado, presentifica o alcance do enlace transferencial, num trabalho que se iniciou com essa pergunta e terminou apenas porque tanto a analisante quanto a analista estão submetidas à necessária castração. A síndrome genética, de Turner, caracterizada por o que no discurso médico é chamado de “aberração cromossômica”, faz de sua portadora uma 45 X. Pela ausência do outro cromossomo X, aparece uma série de estigmas impedindo o que os médicos chamam de “desenvolvimento normal da mulher”.

A pergunta: “Uma mulher com síndrome de Turner é uma mulher normal?”, colocada de imediato à analista, trazia em seu bojo a ideia, médica, do desenvolvimento normal da mulher e, ao mesmo tempo, o horror do sujeito diante do fato de que não estaria conforme tal desenvolvimento. Da analista, a adolescente recebeu sua própria mensagem sob forma invertida: “mas o que é uma mulher normal?”. De “mulher normal” ela deslizou para: “mulher com peito e bundão”, “mulher com um corpo real”, “síndromizada” (sic) e “mulher feita”, numa tentativa de simbolizar um real do corpo impossível de especularizar devido à anomalia genética. Mas a adolescente pode colocar sua fantasia em palavras, construindo-a; implicou-se como sujeito em sua forma de gozo, responsabilizando-se por suas escolhas. Para Freud (1905) a adolescência está fundamentada na puberdade que implica um desligamento da autoridade dos pais, a própria adolescência sendo, portanto, um desenlace por excelência que o sujeito tenta elaborar: “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). Se não é possível pensar a adolescência sem referi-la à castração, pois o trabalho que a representa é a tentativa de elaborá-la de alguma forma, também se destacam, nesse período da vida, as formações do inconsciente,

²⁹ Caso atendido durante minha Residência no Hospital Universitário Pedro Ernesto sob a supervisão de Sonia Alberti que, embora preceptora do Nesa, supervisionou o caso desde o começo dos atendimentos na Pediatria.

articulações envolvendo significantes e satisfação ou gozo pulsional, que surgem onde há o impossível de dizer do encontro com o real do sexo. O inconsciente freudiano equivale àquele que se decifra em análise, que é da ordem de uma construção, de uma produção de sentido, de uma historicização. Lacan estabelece uma relação inseparável entre inconsciente e linguagem, sendo o sujeito determinado por ela. O imperativo freudiano: *Wo Es war soll Ich werden*, Lacan (1966, p. 878) traduz nos *Escritos*: “para acentuá-lo aqui: lá onde isso estava, lá, como sujeito, devo [eu] advir”. Onde estavam as pulsões, devo eu advir, como sujeito, e assumir minha causalidade. É raro, no entanto, esse trabalho poder se fazer ainda na adolescência, mesmo se nela, certamente, pode ser iniciado. Poderíamos levantar a hipótese de que esta adolescente singular pode trabalhar tanto em seus atendimentos porque, em algum lugar, sabia que não havia muito tempo?

Sabemos que temos um encontro marcado com o desejo na nossa função de analistas, compartilharei esse encontro: Louise chegou ao Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente (NESA) aos 15 anos, porém sendo portadora da síndrome de Turner³⁰, seu corpo “ainda tinha o funcionamento biológico infantil”, por isso fora encaminhada inicialmente para a Endocrinopediatria – não a vi no princípio de seu tratamento no NESA (iniciado cinco anos antes de nosso primeiro encontro). Segundo os médicos, ela chegou para o tratamento muito tarde, quando suas epífises ósseas³¹ já estavam fechadas, o que fez com que ela ficasse muito baixa (1,39 e meio). Foi realizada uma “*mimésis* de puberdade”, ou seja, doses de hormônios foram sendo progressivamente prescritas, de maneira que os caracteres secundários do desenvolvimento feminino foram surgindo e quatro anos após o início do tratamento médico, Louise menstruou, finalizando assim, do ponto de vista médico, sua puberdade. No entanto, decorridos cinco anos de tratamento, Louise é vista como o “pesadelo do ambulatório”.

³⁰ Síndrome Turner é uma anomalia cromossômica cuja origem é a perda parcial ou total de um cromossomo X. A síndrome é identificada no momento do nascimento, ou antes da puberdade por suas características fenotípicas distintivas. Em geral resulta de uma não-disjunção (falta de separação e ordem dos cromossomos) durante a formação do espermatozoide. A portadora apresenta baixa estatura, órgãos sexuais (ovários e vagina) e caracteres sexuais secundários (seios) poucos desenvolvidos (por falta de hormônios sexuais), e é quase sempre estéril. In: http://pt.wikipedia.org/wiki/S%C3%ADndrome_de_Turner. Consulta: 12/09/13.

³¹ A idade óssea é uma maneira de descrever o grau de maturação dos ossos de uma criança. Durante o crescimento da pessoa desde a vida fetal até à infância, à puberdade e ao seu final como um adulto jovem, os ossos do esqueleto mudam de tamanho e forma. À medida que uma criança vai crescendo, as epífises se tornam calcificadas e aparecem nos raios-X, assim como os ossos carpo e tarso das mãos e dos pés, separados na radiografia por uma camada invisível de cartilagem onde boa parte do crescimento está ocorrendo. Conforme os níveis de esteróides sexuais crescem durante a puberdade, a maturação do osso acelera, e o osso começa a se aproximar do tamanho e da forma que terá na idade adulta. As porções restantes de cartilagem das epífises tornam-se mais finas. Quando as zonas cartilaginosas desaparecem, se diz que as epífises estão “fechadas”, pois não haverá mais crescimento dos ossos. Uma pequena porção de crescimento da espinha dorsal conclui o crescimento de um adolescente. In: https://pt.wikipedia.org/wiki/Idade_%C3%B3ssea Consultado em: 10/03/16.

Nenhum residente de medicina queria atendê-la. Mal-humorada, “reclamona”, não fazia o tratamento adequadamente e tinha uma pressão alta pouco esclarecida. Grosseira, não interagiu, “não aceitava sua doença”. Resumindo: “uma chata”, assim a equipe médica a definia. “Talvez fosse bom que uma psicóloga pudesse falar com ela”, sugiro, pois eles tinham certeza que nada mais podia ser feito nesse caso. “Boa sorte”!, disseram-me num tom incrédulo. Entrei na sala de atendimento e Louise parecia furiosa. Apresentei-me e perguntei como iam as coisas. Ela imediatamente me disse que estava “tudo péssimo”. Pontuei que tudo é muita coisa e se ela poderia me dar um exemplo. Ela então disparou:

- Você acha que uma mulher com síndrome de Turner é uma mulher normal?
- E o que é uma mulher normal?, eu perguntei.
- Uma mulher com peito e bundão. Com um corpo maravilhoso, e não isso que eu sou.
- E onde estão essas mulheres com esses peitões e bundões?
- Elas estão na televisão onde sempre as vejo. Eu só assisto televisão, não faço mais nada o dia inteiro.
- Ahh, mas se eu só assistisse TV, também iria achar que só existem essas mulheres... Já pensou em dar uma volta na pracinha?
- Não! Nunca! Eu nunca saio de casa. Não gosto! Ficam todos me olhando. Eles me zoam, me perseguem, querem me bater. Uma vez saí de casa sozinha e uns mendigos me perseguiram, morri de medo.

Contou-me então que adoraria ser a Bruna Marquezine³², sua musa, diante de quem se via como uma “sindromizenta”. Desde que terminou o ensino médio, há dois anos, não fazia mais nada, pois leu no *Google* que “mulheres com síndrome de Turner têm baixo QI”. Disse odiar o pai porque leu no livro de biologia que “no Turner é o pai que dá o espermatozoide defeituoso”, por isso não queria falar com ele nunca mais. Além disso, também odiava o irmão mais novo “porque ele é lindo e musculoso”. Disse que gostaria de ter nascido um menino. Pontuei que estava confusa, que não entendi se ela queria “peito e bundão”, ou se queria ter “músculos”. Rimos juntas.

Ao final dos atendimentos a equipe de médicos *staffs* se reúne com os médicos residentes e cada um deve apresentar um caso que tenha atendido e seja interessante. Já havia participado de várias reuniões e essas eram apenas médicas, porém nesse dia sou recepcionada com a seguinte demanda: “Psicóloga, apresente seu caso de hoje. Queremos saber o que aconteceu. O que foi aquilo”? Apresentei o caso e eles surpresos disseram: “não sabíamos de nada disso”. Acredito que foi nesse espaço que pude começar a construir um trabalho. Foi possibilitada, assim, a abertura de uma nova via, atravessada pelo desejo de

³² Bruna Marquezine é uma atriz brasileira que começou sua carreira na TV aos oito anos. Hoje, aos dezoito, fez recentemente uma novela onde era moradora de uma comunidade no Rio de Janeiro e surpreendeu a todos com o seu “corpão de mulher”. A escolha de Louise não é aleatória, pois essa atriz teve sua “curva do desenvolvimento puberal” acompanhada pelos telespectadores

fazer incidir uma escuta psicanalítica no espaço da Endocrinopediatria, setor no qual eu era recém-chegada e o trabalho da psicanálise também. Afinal, “é preciso que o psicanalista que trabalha numa instituição faça a oferta da psicanálise para criar uma demanda específica. Sem oferta não há demanda” (ALBERTI, 2000, p. 44).

Durante semanas ela chega para o atendimento e diz: “tudo continua na mesma. Continuo querendo ser a Bruna Marquezine. Você acha que eu vou vir aqui para ficar falando sempre a mesma coisa? Isso é muito chato. Eu sei que eu sou uma pessoa irritante”! Sobre o seu tratamento conta que lhe deram hormônios e “cresceu esse peito aqui. Peitinho, né?”.

Ficar como aquela que tinha a síndrome parecia uma posição confortável, mas querer ser a Bruna Marquesine sinalizava que ela queria muita coisa na vida. Ao desfiar sua história, pode se haver com os significantes que foram pontos de fixação de gozo, e começou a dialetizar a certeza da primeira interpretação de sua posição de sujeito.

Louise perguntava insistentemente minha idade, até que um dia respondo: “trinta anos”. Ela ficou furiosa e disse que não era possível, pois imaginava que eu tinha uns vinte e pouco. Ao dirigir-se a mim, na transferência em nível imaginário, imagina poder enlaçar minha imagem à de pessoas jovens. Paradoxalmente, a analista para de responder ao responder, a resposta faz furo, pois Louise se deparou com a “furada” que é ficar imaginando o que os outros são.

Numa primeira entrevista com a mãe esta descreveu a filha como “boba e infantil” e que por isso tinha muito medo de deixá-la sair sozinha, pois ela poderia “se perder por aí”. Louise, por sua vez, quando a conheci, era realmente “esquisita”, vestia-se como uma criança e estava sempre de “cara fechada” para estranhos. Com o caminhar dos atendimentos, seu visual mudou completamente. Cortou e alisou o cabelo, usava tomara-que-caia, brincões, batom vermelho, salto alto... Mudou sua relação com a equipe médica que agora fazia questão de falar com ela e atribuíam a analista a “habilidade de lidar com as mal-amadas”.

No ambulatório havia uma interna de medicina que também era portadora de síndrome de Turner. Em supervisão, pensamos na possibilidade de promover um encontro entre elas uma vez que Louise acreditava que mulheres com síndrome de Turner eram “aberrações com retardo mental e não podem fazer nada”. Louise dizia que só irá acreditar que alguém com síndrome de Turner podia estudar medicina quando pudesse vê-la pessoalmente. No dia do encontro, incrédula, olha para a interna e dispara uma série de perguntas:

- Você é muito bonita, nem parece que você tem a síndrome. Como você cresceu tanto? Você sofreu muito na infância? Faziam *bullying* com você também? Você é inteligente? Como você conseguiu entrar para medicina?

Surgiram algumas questões em relação à síndrome, que Louise pediu que eu perguntasse ao médico. Disse que não. Que ela deveria anotar suas dúvidas e aproveitar a consulta médica para perguntar. Sua principal questão era: “posso ou não posso engravidar?”. Quando o médico lhe disse que embora não tivesse ovários, ela tinha útero e que por isso poderia gerar um bebê após fertilização *in vitro*, ocorreu uma retificação subjetiva importante e os meninos que antes faziam *bullying*, agora aparecem como “interessados em sua virgindade”. Ela por sua vez, pretendia ser “virgem para sempre” porque “sexo é nojento. Principalmente as doenças que vêm com ele: sífilis, gonorreia, AIDS... Tenho pavor e muito nojo”, ela dizia.

Louise passa a ir sozinha aos atendimentos, esse era o único momento que saía de casa. Passou a ser muito paquerada e irromperam algumas questões: “não sei o que eles veem em mim”?, “o que eu posso ter de interessante”?. Além disso, as meninas da comunidade estavam “com recalque” (sic) quando ela passava: “o que elas poderiam invejar em mim”?, “eu não tenho nada”, ela se questionava.

Em uma sessão aparece com a seguinte demanda:

- Eu queria ter um corpo real!
- E o que é um corpo real?
- Um corpo como o seu assim... De uma mulher normal. Você é alta, magra, tem tudo no lugar. Você não tem silicone, tem? Você malha para ter esse corpo assim? Eu tenho a síndrome, eu nunca vou ter um corpo real. Você tem um corpo real.
- Isso é o que você imagina!
- Se eu quisesse ter um peito, teria que ser de silicone... Até se eu quisesse ter um filho, não seria meu filho. O filho seria da dona do óvulo. Eu teria que receber um óvulo doado por alguém. Eu nunca seria a mãe desse óvulo. Vou continuar sem fazer nada. Não quero estudar, não quero trabalhar, não quero sair de casa...

A teoria do narcisismo nos ensina que ter o corpo que se deseja nunca é para si mesmo e sim para localizar-se no campo do Outro. Ainda era difícil para Louise ocupar a posição de ser-sexuado, que não se justifica pelo óvulo ou pelo espermatozoide, sua posição enquanto sujeito desejante, pois no momento em que se é sujeito, a mãe é do desejo e o pai é quem dá o nome.

No *Facebook*, Louise passou a ter contato com “homens estrangeiros” que primeiro enviavam uma mensagem em inglês e logo após uma foto onde estavam pelados. Ela dizia que ficava olhando e até que “os pênis deles não são tão feios”, nem têm “nenhum tipo de doença”. São diferentes daqueles do livro de biologia que falava sobre doenças sexualmente transmissíveis, o “nojo até que está passando”. Passou a falar sobre a perda da sua virgindade: “eu tenho medo de me machucar... Machucar em todos os sentidos. Tenho medo que o cara vá

embora e tenho medo que doa. E se não lubrificar? Li na internet que vagina de Turner não lubrifica”.

O “golpe de real” da puberdade, não foi suficiente para fazer Louise aceder à posição sexuada, sinalizando que é preciso uma escolha do adolescente pelo trabalho e a importância de levar em conta o Outro. A condição do sujeito depende do que se articula para ele no lugar do Outro. Podemos dizer que o “golpe de real” da puberdade diz respeito ao sexo, quando toca o sujeito em seu ser. “O sexo não se limita à reprodução cromossômica das células e não está associado à imagem de um corpo destinado a ela. [...] o sexo é o que escapa à linguagem, visto que é determinado pelo desejo” (MIRANDA & ALBERTI, 2012). Com seu trabalho analítico, Louise põe em marcha uma fala que opera na transferência, no endereçamento ao Outro e que tem efeito no real.

Aos poucos, Louise foi conseguindo se perguntar sobre o porquê de sua mãe vê-la como uma criança. Seu vizinho de quarenta anos de idade ficava mandando recadinhos e mexendo com ela: “a minha mãe falou que ele é um pedófilo. Como assim pedófilo? Eu já tenho vinte anos! Será que ela acha que eu ainda sou criança?”. A mãe, por sua vez, não liga se ela transa ou não, afinal “Louise não poderá engravidar mesmo”. Numa sessão, Louise me pergunta: “Heloene, você tem um filho? Qual é o nome dele? Eu tenho certeza que sim. Com essa idade que você tem...”.

Num movimento de tirá-la da Pediatria passo a atendê-la no NESA. Passados cinco anos de seu primeiro atendimento no Ambulatório de Adolescentes, ao entrar, imediatamente ela me diz: “foi aqui onde tudo começou. Aqui que eu descobri que tinha essa doença”. Interessante ressaltar que no mesmo período foi feita sua passagem da Endocrinopediatria, para a Endocrinologia de adultos. Louise fica com a consulta marcada, mas acha que vai esquecer a data e terá que voltar para a Pediatria. Posteriormente, convidei-a para ser atendida no SPA (Serviço de Psicologia Aplicada) da UERJ, agora num movimento de tirá-la do hospital, porém foi lhe muito difícil chegar à universidade. Certo dia, convido-a para ir andando comigo do Hospital à Uerj. Já da calçada ela dizia admirada: “Que grande esse lugar! Nunca imaginei um lugar tão grande assim por aqui”. Quando chegamos à porta de entrada ela parou e disse: “Heloene, é muito grande isso aqui. Todo mundo te conhece aqui, né?”. “Você acha isso possível”?, pergunto. “Eu acho”!, ela respondeu com toda consistência imaginária que atribuía à analista.

Dias depois, chegou para o atendimento aos prantos. Dizia estar de “*saco cheio* da vida” e se pudesse ficaria comigo o dia todo. Chora tanto que chega a molhar a mesa diante dela. “Mas o que aconteceu”?, pergunto. “Aconteceu que eu *desencalhei*. Comecei a namorar

e minha vó é uma chata, diz que no tempo dela ninguém ficava até tarde namorando”. Continua chorando e dizendo:

- Maldita doença! Maldita doença!
- Não estou entendendo nada!, afirmo. Pego um papel para tentarmos escrever o que ela está falando, ela toma o papel da minha mão e escreve: ‘síndrome de Turner: Maldita doença. Maldita hora que eu nasci com essa doença’. E diz:
- Você acha que eu não tenho coragem de escrever? Eu sou cara-de-pau, eu escrevo mesmo, porque é isso mesmo que eu acho.
- Então escreva! Vá lá, escreva! Então isso que você escreveu é a síndrome de Turner?”, questiono.
- Não! Isso é o que eu penso. Vou escrever o que é a síndrome: ‘menina que não tem o seu desenvolvimento normal’.

Então, recebi um telefonema seu num domingo: “Heloene, você vai me atender na quinta?”. “Vou sim, por quê”? Mal abri a porta do consultório e ela me disse: “aconteceu! Não sou mais virgem, mas foi tudo normal. Não mudou nada”. O namorado dizia que ela devia esquecer que tinha essa síndrome, mas ela não podia: “eu queria ser uma *mulher feita*. Uma mulher de verdade e não isso que sou”.

O que é uma mulher? Esta seguiu sendo a pergunta de Louise nos seus deslizamentos significantes. A Mulher não existe, mas Louise poderia descobrir que uma-a-uma saberá que é não-toda e que ela também poderia ser uma mulher se parasse de idealizar e dizer ser impossível ser mulher porque ela tem a síndrome. A feminilidade está inscrita na posição subjetiva, não nos cromossomos.

Em *O Seminário, livro 7: a ética da psicanálise*, Lacan (1959-1960, p. 19) aponta três ideais analíticos: o ideal do amor humano, o ideal da autenticidade e o ideal de não-dependência, que surgem quando o analista acolhe “a demanda de não sofrer, pelo menos sem compreender” do analisante.

Ater-nos-emos aqui aos comentários de Lacan sobre o “ideal do amor humano”, ao qual ele o equivale ao “ideal do amor genital”, “amor que é suposto modelar sozinho uma relação de objeto satisfatória” e introduz a seguinte questão:

por que a análise, que forneceu uma mudança de perspectiva tão importante sobre o amor, colocando-o no centro da experiência ética, que forneceu uma denotação original, certamente distinta do modo pelo qual o amor até então fora situado pelos moralistas e pelos filósofos na economia da relação inter-humana, por que a análise não foi mais longe no sentido da investigação daquilo que deveremos chamar, propriamente falando, de uma *erótica*? (LACAN, 1959-1960, p. 20, grifo nosso).

Posteriormente, o namorado termina de forma repentina com ela, o que a deixa muito triste. Elaborando mais essa perda, trouxe uma lembrança infantil com o pai: “os policiais

invadiram a comunidade e eu estava na piscina. Um tiro de fuzil passou por cima da minha cabeça e fez a marca no muro. Só sobrevivi porque eu era muito pequena, se eu fosse um pouquinho mais alta, teria morrido. Meu pai veio correndo e me tirou da piscina”. “É mesmo?”. “Sim, eu era a queridinha do papai, ele fazia tudo por mim”. Conta que o pai sempre fora “louco por uma filha mulher”, uma vez que já tinha dois filhos homens e que quando ela nasceu ele ficou muito feliz. Ainda na primeira infância, Louise apresentava sinais de que não se desenvolvia como as outras meninas, porém seu pai nunca aceitou, “ele sempre dizia: ‘minha filha é perfeita. Ela não tem nada’”. Quando Louise fez treze anos, o pai foi fazer uma viagem e nunca mais voltou. “Quando soubemos notícias dele, ele já estava morando na Bahia e já tinha uma nova família”. Teve uma outra filha, que nas palavras de Louise, é “normal e perfeita”.

Reconciliada com o pai através da lembrança da cena infantil, Louise começou a poder se servir dele. Chega para o atendimento com uma letra K enorme tatuada no calcanhar e afirma: “fiz essa letra em minha homenagem, mas ainda tenho outro calcanhar e este está reservado para alguém que ficará na minha vida para sempre”. “Existe alguém que seja para sempre”?, questionei. Ela com muita raiva me interrogou: “quando alguém entra na sua vida e esse alguém é muito importante, essa pessoa fica na sua vida para sempre. Não fica?”. Respondi que sim e ela sorriu.

Curiosamente chegou ao atendimento na Universidade no dia de seu aniversário de vinte e um anos. Dissera que gostaria de passar o aniversário com a analista, pois se sentia muito sozinha e sem ninguém. Em uma supervisão surpreendente, a supervisora pontuou: “diga que você estará esperando por ela no SPA e que ela poderá ir para o atendimento neste dia. Leve um presente para ela. Algum presente d’A Mulher”. Marquei mais uma vez no SPA, um pouco desacreditada que ela fosse aparecer, pois sempre havia um impasse que a impossibilitava de chegar. Qual não foi minha surpresa quando quarenta minutos após o horário marcado, ela apareceu esbaforida dizendo ainda no corredor: “demorei, mas cheguei. Hoje está tendo uma festa de calouros lá em baixo. Estão pintando todo mundo. Fiquei com medo... Vai que eles me confundissem com uma nova aluna”. Os medos agora eram outros.

Louise trabalhou intensamente em seu último mês de vida. Fazia planos de passar no vestibular e fazer medicina, o pai pagaria o pré-vestibular. Quem sabe encontraria um novo namorado? Quem sabe conseguiria um emprego?

Um dia faltou à sua sessão. Como nunca faltava, liguei para saber o que houve. Telefone desligado. Liguei para casa. Um homem atendeu e desligou quando falei seu nome. À tarde, recebi um telefonema da mãe: “nossa menina morreu no sábado”. Teve um aneurisma

de aorta, desenlace previsto, porém nunca falado, na literatura médica como causa de morte na síndrome de Turner. Contingência. Uma morte rápida e inesperada.

Dos ditos do pai da infância que a sustentavam como “não tendo nada”, aos dos médicos que garantiam que ela poderia ter uma vida normal, Louise ao mesmo tempo em que substituía a sexualidade pela demanda de amor, procurava por sua resposta. E o sujeito não é antes de tudo uma pergunta? *Che vuoi?* A entrada em análise não se dá por uma questão enigmática? Laço analítico no primeiro encontro. Desejo decidido de ali permanecer. Do lugar de onde operamos como psicanalistas não podemos estar como sujeitos. Lacan (1958) em “A direção do tratamento” afirma que o analista tem que pagar com palavras, com sua pessoa e também com o cerne do ser, donde concluímos e o caso no-lo demonstra muito claramente, que o analista paga nos três registros do sujeito: real, simbólico e imaginário. A nível simbólico, paga com palavras, tem que dizer alguma coisa (interpretação); a nível imaginário, paga com sua imagem (transferência) e a nível real, paga com o cerne do ser *Kern unseres Wesens* (FREUD, 1900), sua dimensão de falta-a-ser. O desejo do analista “ressoa, faz ressoar e tem seus efeitos” (QUINET, 2014). O que eu quero é que você faça análise.

Poder acompanhar Louise em seu trabalho, ver surgir o novo, surgir o sujeito em seu desejo que é sempre efeito da fala, construir com as palavras que ela foi me dando, implicou meu desejo nessa escuta. Sua morte, última castração... Ao mesmo tempo, em seu trabalho Louise permitiu com que nascesse uma analista, a Residente que a acompanhou durante toda sua elaboração. Louise nos ensina que é preciso uma escolha do adolescente pelo trabalho e a importância de levar em conta o Outro, mas nos ensina também a importância que haja uma demanda do Outro para que o sujeito adolescente se posicione sexualmente e é o que o leva a isso. Seu pai o permitiu e ela pode, no final de seu trabalho, disso se servir. A construção do caso surge na aposta de que:

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 tem como efeito avanços teóricos e clínicos, sempre sustentados pela ética da psicanálise. Estamos também no hospital, diante dos acontecimentos que quebram paradigmas (MOURA, 2014, p. 16).

Não existe continuidade entre infância e adolescência, o que do real se apresenta não é o mesmo, há um abismo entre elas. Na adolescência, o sujeito depara-se com os impossíveis – a relação sexual, A Mulher e a castração – e ao se dar conta de que até mesmo seu pai claudica, esta descoberta exigirá uma tomada de posição diante das evidências da castração

(ALBERTI, 2009). As questões da adolescência, portanto, implicam paradigmaticamente que a inquietação quanto ao próprio sexo *é a regra para todos* mas sabemos também que tal inquietação só se resolve no momento em que se lastreia na impossibilidade de uma resposta *a priori*. O sentido sexual “indica a direção na qual ele fracassa” (LACAN, 1972, p. 106) e é esse o ponto em que o sujeito neurótico pode responder à questão. Eis onde neurose e adolescência se encontram: todo sujeito adolescente é neurótico, rigorosamente falando, não há adolescência na psicose. Verifica-se tal enunciado tanto em articulação à frase de Freud (1895) segundo a qual o adolescente porta em si o germen da histeria – ou seja, o germen do sujeito em questão –, quanto em articulação àquela de Lacan, em que observa a importância da função da demanda na neurose da mesma maneira como podemos observá-la na adolescência: “Ele depende tanto da demanda do Outro, que o que [ele] demanda ao Outro em sua demanda de amor [...] é que se permita que ele faça alguma coisa” (LACAN, 1960–61, p. 257). Lacan enuncia essa frase acerca do neurótico, mas podemos transpô-la facilmente para os adolescentes de que tratamos. A própria adolescência sendo, portanto, um tempo lógico de trabalho, quando a sexualidade se mostra como um desencontro entre os sexos, marcando que não há relação sexual (ALBERTI, 2016).

O sexo toca o sujeito em seu ser. Lacan (1967) dirá que a psicanálise é aquilo que vai na contramão de tudo com que a filosofia se ocupa porque ela se ocupa do ser-para-o-sexo e não do ser-para-a-morte de Heidegger, sendo esses, dois reais da condição humana. É porque não há relação sexual, que o ser-para-o-sexo é o ser do desejo. Retomando essa subversão freudiana que lança o sujeito para além da condição heideggeriana, pergunta aos psicanalistas: “Estaríamos à altura do que parece que somos chamados a sustentar, em função da subversão freudiana, a saber, o ser-para-o-sexo?” (LACAN, 1967, p. 276). Alberti (2008) em “O lugar da sexualidade para a psicanálise” ao fazer uma leitura do texto de Lacan afirma que “em 1967 os analistas não lhe parecem nem muito corajosos para sustentar essa posição, nem muito gaios, e esse último fator leva Lacan a nos advertir do fato de que provavelmente não estejamos – nós analistas – alojados de todo nessa posição” (LACAN, 1967, p. 27).

2.5 Caso Briane: “Eu queria uma vagina normal”

Do ponto de vista médico, no caso de nascimentos com ambiguidades genitais³³ é preciso avaliar se há algum risco de vida para que a intervenção cirúrgica seja feita em caráter de emergência, caso não, o que fica mais evidente é a “emergência social” de definição do sexo. Mas e se nenhuma intervenção cirúrgica fosse feita após o nascimento? E se se esperasse até o momento da puberdade para que o próprio sujeito escolhesse a que sexo deseja pertencer? E se o sujeito pudesse escolher qual o órgão genital que deseja possuir? Costa-Moura (2014)³⁴ nos aponta que “a questão da ciência tem efeitos no laço social e no campo do sujeito que não podem ser tratados no campo da ciência”.

Diante de um bebê com genitália ambígua há sempre uma angústia da equipe médica na tentativa de encontrar uma melhor escolha para que não haja “incompatibilidade de gênero” no futuro. Acredita-se que quando chegar à puberdade, o próprio sujeito fará sua escolha. Assim, diante dos bebês havia sempre uma certeza que pairava no ar: “se ele pudesse falar, nos diria e nós saberíamos”. Retomaremos essa problemática no capítulo seguinte.

Curiosa formulação da equipe médica, em que o sujeito falante é aquele que detém o saber sobre o seu sexo. Nesse ínterim, recebemos nossa primeira paciente adolescente que fora criada com genitália ambígua. Apresentaremos a seguir seu caso visando mostrar a especificidade dessa clínica, a divisão do sujeito, as complexidades envolvidas nessa escolha e desdobrar a enunciação da demanda: “eu queria uma vagina normal”.

Desde os “Três ensaios”, como vimos, Freud (1905) estabelece uma diferenciação entre o desenvolvimento sexual do menino e o da menina. No entanto, ele parte da constatação de que todas as crianças criam teorias sexuais, dentre as quais a mais importante é a suposição de que todas as pessoas possuem pênis; no início, as crianças de ambos os sexos desconhecem, portanto, a existência do orifício vaginal. É sobre essa afirmação, bastante polêmica, que Freud se baseia para estabelecer sua primeira hipótese a respeito das diferenças sexuais. Sabemos com Lacan que o que é da ordem do conhecimento, se opõe ao saber. Logo, a vagina fica desconhecida no discurso manifesto (não é conhecida no discurso consciente), no entanto as consequências psíquicas emergem daquilo que se torna questão para o sujeito. De tal maneira que nos perguntamos: o sujeito pode ser criado com genitália ambígua e só conhecer a vagina na puberdade, tal como dizia Freud? Vejamos um caso clínico.

³³ O tema da intersexualidade será debatido no capítulo seguinte.

³⁴ Anotação feita durante apresentação de trabalho. Costa-Moura, 2014.

Briane³⁵, adolescente de dezessete anos, chega ao Ambulatório de Endocrinologia Pediátrica do Hospital Universitário Pedro Ernesto HUPE/UERJ com a seguinte demanda: “eu queria uma vagina normal”. Moradora do Estado de Tocantins faz questão de dizer que reside em “Palmas, Capital”. Conseguiu chegar ao Rio de Janeiro por intermédio do Programa de Tratamento Fora do Domicílio (TFD), para continuar seu processo de “feminização”. Explicamos: Briane nasceu com genitália ambígua. Foi registrada como menina (“sexo de criação”), mas desde os três meses, sua mãe percebeu um aumento do clitóris. Somente aos treze anos foi levada ao médico em sua cidade natal. Foi realizado o exame do cariótipo e verificado que o sexo cromossômico de Briane é masculino 46 XY (o sexo cromossômico é definido da seguinte maneira: 46, XX = feminino; 46 XY = masculino), sendo o Y o gameta masculino. A mesma médica solicitou ainda exames de imagem e laboratoriais, resultado: útero e ovários não visualizados. Em decorrência, nada foi feito e a paciente foi encaminhada para tratamento no Rio de Janeiro.

Apenas aos dezesseis anos, chegou a um grande hospital, onde foi submetida à biópsia gonadal³⁶. Tendo em vista o sexo de criação, as gônadas que eram testículos conforme o resultado da biópsia, foram removidas. Além disso, foi dado início a sua “mimésis de puberdade”: recebeu progressivas doses de hormônios femininos. A mimésis foi considerada concluída, não pela menstruação, mas por atingir as marcas M5P5, ou seja, mamas e pêlos totalmente desenvolvidos. Ainda nesse hospital, Briane foi submetida a clitoroplastia com confecção de pequenos lábios e seu “*falus*”³⁷ foi retirado. Após essas intervenções cirúrgicas, chegou ao HUPE para a construção de “uma neovagina”³⁸.

Os médicos dizem que não há nenhuma dúvida quanto à questão de identidade de gênero, segundo eles, está tudo resolvido, pois Briane, por ser adolescente, consegue expressar com bastante clareza que sua “identidade de gênero é feminina e sua orientação sexual é homossexual”, tendo tido inclusive relações sexuais com uma menina e segundo ela, “chegado ao orgasmo”. Demandam da Psicologia apenas um laudo que autentique o que eles já sabem: “ela quer ser uma mulher”, embora, naquele momento, não pretendesse usar a vagina para fins de penetração.

³⁵ Nome fictício.

³⁶ A gônada na formação do embrião é bipotencial, indiferenciada. A partir do processo de determinação gonadal ela transforma-se em testículos ou ovários.

³⁷ Os médicos denominam de “falus” quando não se pode determinar o tipo de genitália. Há uma correspondência entre o pênis e o clitóris. O primeiro caracteriza uma genitália masculina, o segundo uma feminina. Quando não se pode determinar, recebe o nome de *falus*, pênis em latim.

³⁸ Neovagina é o nome dado à vagina originada após intervenção cirúrgica.

Em nosso primeiro contato com Briane, seu primeiro atendimento psicológico - o que se nos revela ainda mais alarmante, uma vez que ela já havia realizado procedimentos cirúrgicos importantes em outro hospital –, a adolescente fala claramente sobre sua história médica, porém ao começar tecer a história de sua vida, ao trazer seus próprios significantes, o que escapa é o conflito com a mãe. Relata que quando completou oito anos de idade a mãe ordenou que ela fosse morar com o pai na Capital para fazer o tratamento e resolver “seu probleminha”, mas o pai bebia muito e morava com uma madrasta que a odiava e nem o pai nem a madrasta a levaram ao tratamento. Porém, foram os cinco anos mais felizes da sua vida, pois morando com o pai podia vestir o que quisesse, seus bermudões e “chinelos de homem”. Não sabe explicar de onde vem essa “vontade incontrolável” de usar “coisas de homem”, mas sabe que com a chegada da mãe à Capital, quando tinha treze anos, esse desejo foi abruptamente interrompido: “minha mãe nunca me deixa usar nada que me faça parecer uma *sapata*... Fica sempre dizendo: ‘olha que lindinha minha filhinha vestida de menininha’. Só nessa vinda agora minha para o Rio que ela me deu um chinelo de homem... Nem acreditei”.

Nessa sua nova vinda ao Rio, agora já com dezoito anos, veio com o padrasto, pois sua mãe não poderia ficar sem trabalhar por tanto tempo. Conta que só revelou para a mãe que já teve relações sexuais com uma menina porque sua tia disse que ela não sabia direito o que ela queria. A mãe ouviu sua confissão, mas depois disse que separaria seus copos, seus lençóis e suas toalhas... “Minha mãe não aceita essa coisa de lésbicas não, tudo que é amiga minha ela pensa que é namorada. Levei uma amiga lá em casa para apresentar para o meu tio e ela brigou comigo achando que estava levando namorada para dentro de casa. Ela não aceita bem não”.

Briane afirma que embora não consiga lembrar quando começou a se interessar por meninas, está se conhecendo, “experimentando”. No momento fica com meninas, mas não descarta a possibilidade de mudança, pois já teve alguns namorados. Afirma: “desde muito pequena que os médicos *me mandaram logo a real* que eu não poderia ter filhos. Chato, *né?*... Mas nunca vou desistir de ser mãe. Vou adotar duas meninas... Já ia adotar mesmo desde sempre. Quero ser mãe”.

No campo da intersexualidade, a medicina lida com questões muito sérias que tangenciam o real do sexo. Se como vimos o sujeito adolescente questiona os semblantes, nos casos de genitália ambígua isso já se encontra questionado de saída.

O caso de Briane abre uma imensidão de questões que só poderíamos tangenciar aqui. Mas, de saída testemunha o porquê de mais uma dificuldade na abordagem de um tema que,

por si só já é complexo, porém se torna um *iceberg* de complexidade quando o encontramos na clínica. Senão, vejamos:

- 1) Os primeiros atendimentos somente aos treze anos, o que teve por consequência que a criança chegou à puberdade com *falus* sem poder nem mesmo apresentar questão por considerada uma menina;
- 2) A impossibilidade de questionar o sexo de criação porque a mãe não o permitiria, talvez a tenha levado, paradoxalmente, a super investir o *falus* como forma de até mesmo se subtrair aos desígnios da mãe;
- 3) O que pode ser enfatizado a partir da relação mais próxima com o pai em que estava livre para se fazer de menino;
- 4) A castração real sofrida nas mãos dos primeiros médicos que levaram em conta apenas o sexo de criação, ou seja, aquela que era o desejo da mãe, e malgrado os resultados tanto do exame de cariótipo, quando o da biópsia gonadal, a submeteram a uma cirurgia de ablação dos testículos, clitoroplastia e mimésis de puberdade feminina;
- 5) A ausência de um acompanhamento psicológico até a chegada ao HUPE, a rápida justificativa para os atos médicos na frase: “Briane tem identidade de gênero feminina e orientação homossexual”.

O que os médicos não puderam ouvir neste caso? A adolescente nos ensina que pode sintomatizar aquilo que os médicos não transformam em questão. Num *a posteriori*, podemos trazer o discurso da adolescente numa das reuniões que realizamos com uma equipe multidisciplinar que inclui: pediatras, endocrinologistas, geneticistas, urologistas e a psicologia. Nesta reunião o cirurgião da equipe afirmou: “eu jamais teria operado essa menina. Ela foi mutilada. Operação não é assim não... e adolescente, só por ser adolescente já é *um bicho a parte*”. Um outro médico, bastante assustado, interroga: “como ninguém conversou com ela antes da cirurgia? Como não ouviram isso”? Questões que atestam uma abordagem bastante diferente daquelas até então sofridas por Briane.

Pollo (2012, p. 66) aponta que “o sujeito, resíduo inassimilável ao real formulado pela ciência, refugia-se no único discurso que ainda lhe dá lugar e voz: o discurso analítico”. Portanto, “a primeira contribuição do analista no trabalho no hospital: a de lembrar à medicina que os pacientes ali não são objeto de intervenção clínica, mas sujeitos – com toda divisão que este termo comporta em psicanálise” (ALBERTI, 2008).

“Para a Psicanálise, a questão do sexo, o fato de que a Psicanálise surge das questões do ser-para-o-sexo particulariza sua função como discurso no mundo” (ALBERTI, 2013, p. 181). A ética da psicanálise, ética do bem dizer a relação de cada sujeito com seu desejo e seu gozo, parte do princípio de que cabe a cada um posicionar-se. Ao darmos voz a Briane o que se desvela em sua demanda de “quero uma vagina normal”?

Em *Feminilidade e experiência psicanalítica*, Prates (2001) pergunta: o que a realidade do corpo tem a ver com o posicionamento simbólico? E além disso, como ela se relaciona com o real?

Poderíamos tomar o caso Briane como paradigmático de uma demonstração de que as questões subjetivas da sexualidade nos casos de genitália ambígua são as mesmas de quem não as têm? Uma demonstração de que a sexuação do sujeito independe da anatomia?

Do ponto de vista da medicina, Briane sofreu uma emasculação, ou seja, perdeu sua virilidade, sua masculinidade, o que não a impediu de, ao retornar ao seu Estado, assumir uma posição ativa indo à procura de uma namorada.

Lacan (1971-1972, p. 145) questiona: “a psicanálise é o quê”? E responde: “é a demarcação do que se compreende de obscurecido, do que se obscurece como compreensão, em virtude de um significante que marcou um ponto do corpo” ().

A adolescente nos ensina, entre outras coisas, que o fato de haver algo biológico em jogo não exclui a particularidade do espaço de constituição do sujeito como ser-para-o-sexo. De nosso trabalho, “fica a aposta na psicanálise, que pode levar um sujeito a sustentar suas escolhas e se situar como homem ou mulher independente da forma de seu corpo, e também o cuidado com as intervenções cirúrgicas” (MIRANDA, 2015).

3 ADOLESCÊNCIA E SEXUALIDADES NO SÉCULO XXI: ENTRE O DISCURSO MÉDICO E O DA PSICANÁLISE

Freud não hesitou em retomar a frase atribuída a Napoleão ‘a anatomia é o destino’. Lacan, ao contrário, dá testemunho de sua inexatidão e lança uma fórmula que parece marcar o fim de toda norma proveniente da natureza. Com efeito, a crermos nela, ser homem ou mulher, são os sujeitos que escolhem.

Colette Soler, 2013

Se em 1996, Alberti, propondo-se responder à questão: “se a adolescência não é um conceito psicanalítico, o que a psicanálise pode dizer sobre ela”?, inicia seu percurso trilhando os caminhos da “tendência a agir”, pois nela se fundava a maior parte das pesquisas sobre a adolescência, poderíamos afirmar que hoje, vinte anos depois, as pesquisas pautam-se no tema da sexualidade.

Tendo ultrapassado um pouco, mas não muito, a confusão entre sexualidade e ato sexual que levava as pesquisas à temática da AIDS entre a população mais jovem e gravidez na adolescência, as pesquisas atuais privilegiam a temática “identidade de gênero” e “orientação sexual” focalizando temas como homossexualidade e bissexualidade, não havendo, no entanto, distinção muito clara entre escolha de identidade de gozo, a partir de sua definição por Lacan, e escolha de objeto, tal como Freud a abordava.

Nesta segunda década do novo milênio, vemos o corpo *teen* cair em mergulho livre no enigma da relação sexual e não podemos negar os impactos políticos, sociais e estéticos das novas tecnologias da comunicação e informação nas suas encenações de destinos que não correspondem ao anatômico, semblantes que a época inscreve no corpo. Se considerarmos 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 de Babel” (LACAN, 1953, 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 uma desmontagem de todo tipo de identidade de gênero que não são “adequadas” ou “corretas” no cenário da bipolaridade. “Dizer que o movimento *queer* nega a existência da diferença sexual

é simplificar uma proposta que, na verdade, multiplica as sexualidades, não as encerrando em classificações” (CARNEIRO RIBEIRO, 2013, p.328).

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 do mesmo modo que ela sustentada na fala do sujeito, a questão de gênero é tratada fundamentalmente como política, como se lê em Leila Dumaesq (2014), bacharel em Filosofia, mulher transgênera e ativista. Ela 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”. Em sua política, a autora propõe o respeito das diferenças que marcam pessoas, indivíduos e subjetividades, na contramão da desumanização, da marginalização e da exclusão. Essa temática também questiona a nós analistas: o que intentamos dizer quando afirmamos que há diferença sexual? Que diferença para além da diferença anatômica? Seria uma questão de gênero?

Não é necessário exercer psicanálise para observar que alguns adolescentes estão “experimentando” novas identidades e não têm certeza se são homens ou mulheres. Outrossim, lançamos mão da clínica psicanalítica com sujeitos adolescentes a qual 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, e que nos parece particularmente esclarecedora na problemática da escolha de posição sexuada no momento da adolescência. A abordagem psicanalítica, centrada na clínica do caso, tem chances de se fazer ouvir nesse imbróglio já facilmente observável por pais e especialistas.

“*Woher kommen die Kinder?*”, Freud (1905, p. 183) formula essa questão para dizer que “o primeiro problema de que ela [a criança] se ocupa, [...], não é a questão da *diferença sexual*, e sim o *enigma*; de onde vêm os bebês? Numa distorção facilmente anulável, esse é também o enigma proposto pela Esfinge de Tebas”. A Esfinge expõe o enigma mortífero da origem para cada ser-para-o-sexo. Seria também um enigma a questão da identidade 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?... Taí 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. É a “rede social” que dita ao sujeito o que se deve fazer, sua identidade e, é necessário salientar, em nada se relaciona com a moral sexual civilizada de outrora que instalava a norma do que se deve fazer como homem e como mulher. O tema do momento é a diversidade. Gallano (2006, p. 317) já apontava que “os sujeitos não encontram hoje esse Outro que normatize a diferença dos sexos”.

Qual seria o papel do analista neste contexto de pluralidade? Diante de adolescentes que chegam em intenso sofrimento, qual a implicação do desejo do analista em obter a diferença absoluta (LACAN, 1964, p. 260)? Em *O Despertar da Primavera* (WEDEKIND, 1891), o Homem Mascarado tem uma função de sustentar o sujeito enquanto desejan- te, função que não é sem relação com a paterna – aliás, Melchior, diante do qual aparece esse Homem, chega a se perguntar se ele é seu pai –, seria essa a função do analista no trabalho com adolescentes? O analista não é pai, “e se ele não se mantém ao lado do sujeito para sempre, como faz o Homem Mascarado, é só porque pode convocar o sujeito a elaborar sua travessia para além do pai servindo-se dele” (ALBERTI, 2001, p. 56). 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, pois seus olhos estão fechados para o sofrimento do sujeito. O pai é cego, pois é apenas o semblante que dá consistência ao traço do Outro. O pai não vê nada pois o Outro não existe, e o pai está reduzido à sua insígnia: o traço unário (QUINET, 2002, p. 119).

Eis porque, às vezes, a presença do analista – sintagma lacaniano que permite entrever o pai real para além de sua consistência imaginária na transferência –, é velada pelo próprio sujeito adolescente quando tenta lançar mão daquela figura que, como o Homem Mascarado, apenas o convida para uma sopa quente, um “quando casar isso passa”, de modo a permitir com que acesse tanta inconsistência. Ao mesmo tempo, advertido de sua posição, o analista precisa poder bancar o lugar que lhe convém, permitindo ao sujeito, aos poucos, deixar cair o analista, no movimento inverso daquele que identificamos no sujeito assujeitado ao discurso do mestre (ALBERTI, 2001, p. 56). Mas como fazê-lo se o próprio discurso de não poucos analistas ainda se orienta na bipartição sexual?

Carneiro Ribeiro (1996), no prefácio que escreve para o livro *Adolescência: o despertar*, afirma que “a psicanálise tem o dever ético de se engajar nos debates

contemporâneos; [...] estar presente nas controvérsias de seu tempo, [...] trazer à tona o que pode iluminar estes debates”.

Pollo (2003, p. 69) adverte que

não cabe ao psicanalista pensar a adolescência em termos absolutos, defender ingenuamente sua causa, seu direito à cidadania, à liberdade ou à saúde integral. Cumpre-nos desdobrar o que a psicanálise constatou desde seus primórdios: que os sintomas da puberdade, como observou Freud, não podem ser egossintônicos. Com o esclarecimento de que a incorporação da estrutura, ou seja, da linguagem é o que faz afeto (Lacan 1970), pode-se falar em afetos de uma época, e mesmo de uma juventude.

Como vimos nos capítulos anteriores, Freud (1905) é categórico em afirmar que a sexualidade é infantil e aponta que a vida sexual possui um caráter bifásico, entrecortada pela latência, sendo que na puberdade ocorreria a *constituição definitiva da vida sexual*. Há de fato, uma escolha definitiva do sexo na adolescência? Essa seria uma afirmação datada de Freud? O que mudou?

Desde “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).

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. Aponta ainda a bissexualidade como fator decisivo, “em todos nós, a vida inteira, a libido normalmente oscila entre o objeto masculino e feminino” (FREUD, 1920a, p. 130). Masculino e feminino, para Freud, não são somente uma referência para o desenvolvimento do menino e da menina, eles se referem ao modo como cada sujeito lida com esse reconhecimento da diferença. A anatomia é dada, o que não é dado é o modo como cada sujeito vê sua anatomia. “O campo visual é constituído pelos três registros: o imaginário do espelho, o simbólico da perspectiva e o real da topologia” (QUINET, 2002, p. 41). A visão entrará em jogo na diferenciação dos sexos.

Em 1933, voltando a precisar a diferença entre masculinidade e feminilidade, 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” (FREUD, 1933, p. 288), assim “há apenas uma libido que é posta a serviço tanto da função sexual masculina como da feminina”. Logo no começo de “A feminilidade”, 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*” (FREUD, 1933, p. 266, grifo nosso).

Soler (201,3 p. 121) afirma que “a anatomia não faz o destino de Eros, embora, para cada ‘falasser’, ela represente um golpe *a priori*: em outras palavras, há homens e mulheres, no sentido do estado civil, que não são homens e mulheres, no sentido do ser sexuado – então, há escolha”. Para Soler (2005), isto é pura consequência do fato da anatomia não ser capaz de assegurar ao sujeito uma posição sexual. Ela decide o registro civil, mas não comanda o desejo e a pulsão. Continuando, a psicanalista argumenta que em se tratando de corpos sexuados, o discurso é incapaz de corrigir, dar conta, da “desnaturação” sexual do sujeito. O que temos é apenas o semblante fálico para ser oferecido nesta substituição, de modo que a diferença natural dos sexos só adquire consequências subjetivas ao ser significantizada (SOLER, 2005).

Para entrar na partilha dos sexos, o sujeito empreende uma dupla escolha: a escolha da posição sexuada (escolha de gozo) e a escolha do seu objeto sexual. Para Quinet (2013, p. 131) “falar de escolha sexual implica fazer o sujeito responsável por seu gozo. O sujeito do desejo é o sujeito do direito à sua forma de gozar”. Strauss (2015, p. 76) em “A escolha do sexo: o que dizem disso?”, define a escolha do sexo como “a escolha do não-todo em ato, que deixa seu lugar ao Outro do sexo enfim reconhecido. Um Outro sem o qual nós não seríamos nada”.

Como já pude demonstrar nos capítulos anteriores, o trabalho realizado no Ambulatório de Endocrinologia Pediátrica foi um provocador da reflexão sobre o que leva o sujeito a se posicionar sexualmente. A título de observação preliminar, é preciso retomar como se deu minha entrada neste setor quando de minha Residência em Psicologia Clínica Institucional HUPE/UERJ. Minha entrada neste serviço ocorreu no ano seguinte à implantação de uma nova proposta de inserção dos psicólogos residentes no Ambulatório de pediatria. A essa altura, os médicos *staffs* já sabiam que a orientação do nosso preceptor, Vinícius Darriba, era psicanalítica e assim não endereçavam uma demanda muito clara. Era evidente que eles tinham afinidade com a abordagem comportamental e a incidência do saber se dava no molde universitário, por isso precisavam de psicólogos que aplicassem testes os mais variados (qualidade de vida, satisfação, dificuldades relacionadas às diversas síndromes), mas também era claro que sabiam que não responderíamos a tal demanda. Meu trabalho parecia um tanto sem sentido nesse contexto e pouquíssimas vezes recebia um chamado. Este, quando ocorria, ligava-se ao fato de a criança não estar aderindo ao tratamento ou porque seus

país eram “complicados demais”, em sua maioria eram demandas assistenciais, nas quais pouco podia intervir.

A dificuldade do trabalho psicológico em hospital geral se dá, em certo sentido, pela dificuldade que o próprio psicólogo encontra em precisar seu trabalho, seja por encontrar impasses de natureza epistemológica, teórica e ética, que fazem com que responda de maneiras pouco produtivas às demandas que lhe chegam, seja pela própria situação hospitalar, a qual não reproduz a diade encontrada nos atendimentos que acontecem em consultórios e que são caracterizados pela manutenção de um cenário reservado e, praticamente, constante (ALBERTI, 2008).

É curioso que o que considero como uma “abertura” no Ambulatório se deu justamente com uma intervenção junto a uma paciente que eles consideravam que “nada tinha a se fazer”. Louise (caso apresentado no capítulo anterior) tinha vinte anos quando a conheci e era considerada o “pesadelo” do Ambulatório. Segundo os médicos, ela era mal-humorada, reclamona, não aceitava sua doença, era “uma chata”. Ninguém gostava de atendê-la. Sugeri que talvez fosse interessante que ela pudesse falar com uma psicóloga. Eles me disseram: “boa sorte”! Diante do que Louise me disse ainda naquela primeira entrevista, os médicos se interessaram e fui convidada a “passar o caso”³⁹ na reunião do final de turno. Apresentei o caso e eles admirados disseram: “não sabíamos de nada disso”. Acredito que foi nesse espaço que pude começar a construir um trabalho. Foi possibilitada a abertura de uma nova via, atravessada pelo desejo de fazer incidir uma escuta psicanalítica naquele espaço. Afinal, “é preciso que o psicanalista que trabalha numa instituição faça a oferta da psicanálise para criar uma demanda específica. Sem oferta não há demanda” (ALBERTI, 2000, p. 44).

Dessa maneira, na semana seguinte quando uma adolescente de quinze anos com “insuficiência ovariana” chegou ao Ambulatório dizendo que tomava os hormônios prescritos e eles (os médicos) tinham certeza que ela não tomava, pois “se tomasse já teria peitos”, solicitaram que eu pudesse “conversar com ela para saber o que estava acontecendo”. A princípio ela reproduz comigo o mesmo discurso, até que para e me pergunta: “para que eu vou menstruar e ter um peito se eu nunca vou poder engravidar? Eles [os médicos] já me deram a pior notícia da minha vida, por que querem me obrigar a ter peitos? O que eu irei fazer com eles”?

A partir de algumas observações decorrentes da minha experiência neste Ambulatório, no qual deparei-me com os distúrbios de diferenciação do sexo (DDS), os intersexos, a presente pesquisa foi sendo construída. Logo no meu primeiro caso clínico compondo a

³⁹ Passar o caso é uma expressão utilizada no hospital para quando um médico, ou alguém da equipe multidisciplinar apresenta um resumo do caso clínico.

equipe multidisciplinar a situação era a seguinte: tratava-se de um bebê portador de Síndrome de Klinefelter (47, XXY), diagnosticado como sendo de sexo indeterminado e que apresentava genitália ambígua. Esse caso me impôs questões bastante relevantes, que apontavam para um *nachträglich*, um *a posteriori*, que seria reportado à clínica com adolescentes: os pais juntamente com a equipe multidisciplinar escolheriam um “sexo de criação” e não seria feita nenhuma intervenção cirúrgica, nem endocrinológica até o momento, na puberdade, em que o próprio sujeito pudesse escolher. No âmago do trabalho em equipe surgiram as seguintes questões: como se dá a escolha do sujeito no sexo? É realmente na adolescência que é feita essa escolha? Há escolha do sexo na adolescência? Adolescente escolhe sexo?

A prática nos Ambulatórios em que trabalhamos não parte de uma intervenção imediata que, em outros contextos, ainda se verifica, ou seja, operando-se o recém nascido segundo a máxima de que “é mais fácil cavar um buraco do que erigir um poste” (MACHADO, 2005, p. 68). Ao contrário, partimos da posição investigativa, principalmente devido à possibilidade de não adaptação ao sexo escolhido *a priori*. Assim a clínica da intersexualidade, se impõe como uma questão para a medicina, cabendo à família designar o “sexo de criação”, acompanhada da equipe multidisciplinar e do processo de investigação do sexo. As questões daí decorrentes não são poucas, em particular, como evitar um erro de designação sexual e um potencial dano ao sujeito?

A demanda para a Psicologia é que possamos verificar, se é que isso é possível, “a melhor escolha até que o sujeito tenha condições de decidir o sexo a que deseja pertencer”, fazendo uma “assunção psicológica”. Já nos casos que chegam no momento da adolescência, a intervenção cirúrgica e endócrina é feita no sentido do sexo ao qual o adolescente declara pertencer, o que requer uma escuta atenta à singularidade de sua história subjetiva. Com Pollo (2012, p. 29) podemos afirmar que “a permanência do discurso analítico dependerá não só do acolhimento a ser dado aos sujeitos, como também do encontro dos psicanalistas com as principais questões de sua época”.

De tal maneira que a tese maior de *A ciência e a verdade*, de que o discurso da ciência foraclui o sujeito, neste Ambulatório, a princípio, parecia não ser confirmada. A ideia de que os pais escolheriam um “sexo de criação” e na adolescência o sujeito poderia escolher seu sexo parece levar em conta o desejo do Outro e ao mesmo tempo, a escolha do sujeito adolescente, ou seja, o discurso da ciência parece incluí-lo. Elia (2000, p. 20) introduz duas questões que consideramos bastante relevantes: “pode a ciência suportar a inclusão do sujeito,

por ela mesma suposto, na cena discursiva que constitui o seu campo operatório? Ou tal inclusão implica o corte discursivo que funda a psicanálise”?

A certeza da equipe médica de que, adolescentes, os sujeitos nos diriam o sexo a que desejariam pertencer, era muitas vezes desbancada no real da clínica. A cada bebê com genitália ambígua que recebíamos, juntamente com suas famílias, para o “diagnóstico de definição do sexo” sobre o qual deveríamos dar nossa contribuição como psicólogas, nos deparávamos com a falta de respostas prontas e definitivas. A medicina também não tem respostas pois a cada pergunta: “é menino ou menina”?, era impossível responder com base na anatomia, desconstruindo o óbvio ululante. Nem mesmo para a medicina a anatomia é o destino.

Duas adolescentes criadas com genitália ambígua, que chegaram posteriormente ao Ambulatório, somente confirmaram a impossibilidade de responder prontamente às demandas de diagnóstico de definição do sexo. Suas diferentes respostas diante daquilo que as acometera, além de ratificar a singularidade do caso-a-caso, trouxeram novos indícios clínicos que nos permitiram avançar em nossos questionamentos. Como nos aponta Alberti (2014, p. 87):

O objeto da psicanálise é diferente do objeto da medicina e 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 se levamos em conta essa diferença e, a partir daí, a respeitamos.

Partindo de nossa experiência com adolescentes sem nenhuma questão de ambiguidade genital e que, no entanto, diziam não estarem totalmente satisfeitos com o seu gênero, ou seja, sendo cisgênero em alguns momentos e transgêneros em outros, bem como de orientação sexual bi, hétero ou homossexual em curtos períodos de tempos, estávamos advertidas de que não é sem consequências deixar para que o adolescente intersexual escolha o sexo que ele acha que lhe convenha, uma vez que a adolescência é a presentificação do ser-para-o-sexo, subversão freudiana da filosofia. Do ponto de vista da psicanálise, o sujeito adolescente realiza o trabalho de desligamento da autoridade dos pais e se coloca a questão sobre sua escolha na partilha dos sexos.

3.1 Sexuação – Identidade de Gênero

Freud (1925, p. 296, grifo nosso) deixou escapar no texto “Algumas consequências psíquicas da diferença anatômica” ao lado de reafirmar que no que toca à relação entre complexo de Édipo e complexo de castração, surge um contraste fundamental entre os dois sexos, alerta que tal contradição só poderia ser esclarecida se ponderarmos que “*o complexo de castração sempre age no sentido de seu conteúdo, inibindo e limitando a masculinidade e promovendo a feminilidade*”. Não é uma frase bastante enigmática? e ao mesmo tempo, não estaria ela cheia de consequências para pensarmos a relação entre castração e sexuação? e não é a adolescência, ou puberdade, desde os primórdios da cultura humana, o palco em que isso se apresenta de forma mais pregnante?

Prates (2001, p. 95) no livro *Feminilidade e Experiência Psicanalítica*, no qual proporciona uma arqueologia da questão da feminilidade que resiste a se inscrever sob a forma de um saber, lança uma interessante interrogação: “como se deve entender, num outro plano que não o das estruturas clínicas, a ‘tomada de decisão’ em relação ao sexo”? Para responder tal pergunta, retoma a questão do uso realizado 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”. 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 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, 2001, p. 96).

Em seu artigo “Nova economia sexual”, Soler (2015, p. 60) retoma duas frases de Lacan: “eles têm a escolha” e “eles, os seres sexuados, se autorizam de si mesmos”, trabalhando-as como duas teses distintas. Quanto à primeira, afirma: “não há escolha que não caminhe entre muros de coerções reais. No que tange o sexo, onde estão os muros”? A autora aponta que “*um* real – pois o real não é Um –” arranja uma alternativa “a estrutura não engaja somente algo do impossível e do necessário, mas também algo da ordem alternativa”. De tal maneira que “posso escolher, com a ressalva que não tenho a escolha de não escolher, e cada opção incluindo uma perda, também não tenho escolha com relação à perda” (SOLER, 2015,

p. 61). Portanto, o sujeito tem uma alternativa entre duas identidades de gozo: toda e não-toda fálica, determinada por duas lógicas diferentes, a partir do que Lacan identificou como fórmulas da sexuação.

Lacan dizia em 1972:

Desde o nascimento, existe uma diferença inata e muito natural entre o menino e a menina [...] Essa pequena diferença 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 [...]. Esses indivíduos se distinguem 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, 1971-1972, p. 15-16)

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”, e cada um escolhe a maneira de sexuar-se.

A sexuação, conforme Lacan (1972), se dá na referência de um lado à norma – fálica, como todos sabem – e ao que se excetua dessa norma, o que Lacan escreve como sendo da ordem do “não-todo fálico”. Trata-se da lógica do não-todo, paraconsistente, e por ser não toda, impossível de dizer justamente. “Entre os dois, os sujeitos têm escolha”, Soler afirma:

A anatomia não faz destino para o sujeito, e não é porque alguém nasceu macho e que se diz que é homem, que ele se coloca à esquerda no todo fálico; é justamente o contrário, pois é porque alguém se coloca ali, e se ele se situa ali, que pode ser homem. E o mesmo para o outro lado (SOLER, 2015, p. 61).

Retomando a frase de Lacan “não há ato que tenha peso para afirmar no sujeito a certeza que ele é de um sexo”, Soler explicita a disjunção entre identidade homem/mulher e o ato sexual hétero. Questionando-se sobre de onde vem o gozo do ato sexual, afirma: “ele é acontecimento de corpo” (SOLER, 2015, p. 64). Ele é “como o trauma: isso irrompe, contingente e singular” (SOLER, 2015, p. 64), aportando uma “uma nova economia sexual” (SOLER, 2015, p. 64). 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” (SOLER, 2015, p. 64), deixa de ser dissimulado pelos discursos tradicionais, uma vez que aquele “desfaz esses discursos e fragmenta os semblantes” (SOLER, 2015, p. 64), deixando o hiato aparecer a céu aberto. “É que o capitalismo que foraclui os problemas do amor, diz Lacan, não faz nenhuma oferta a seu sujeito” (SOLER, 2015, p. 65), elidindo a angústia de

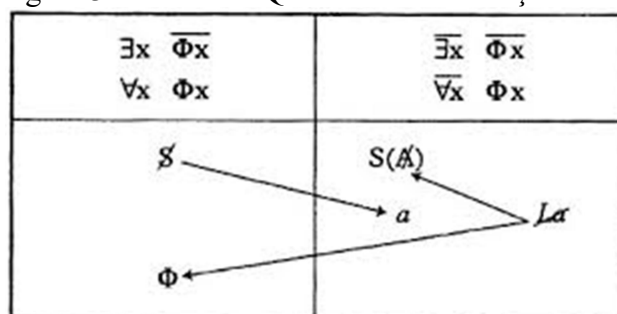
castração. “A melhor maneira, de fato, de evitar a angústia de castração é se ocupar de outra coisa que não dos negócios de amor” (SOLER, 2007, p. 133).

Quando Lacan (1971-72) 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. Partindo do real como impossível - paradigma do que questiona o que pode sair da linguagem - articulará as questões do sexo pela via lógica do real da 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), identifica, em última análise, o homem e a mulher por seu modo de gozo. “A posição sexuada de todo sujeito tem essencialmente raízes no real” (MIRANDA; ALBERTI, 2012).

Lacan (1965) em, *O Seminário, livro 12: os problemas cruciais da psicanálise*, afirmara que “o sexo, em sua essência de diferença radical, permanece intocado e se recusa ao saber”, ao que pode ser referido pelo significante. Foi no ano de 1973 em seu *O Seminário, livro 20: mais, ainda*, que ele escreveu pela primeira vez as fórmulas quânticas da sexuação formalizando logicamente os dois andares. Na parte de cima, com suas quatro fórmulas proposicionais, 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, 1965, p. 107). Já na parte de baixo, no que chama “impropriamente a humanidade”, reparte-a em “identificações sexuais”. Sobre sua fórmula ele afirma: “ela não me parece exemplar senão, como de hábito, para produzir mal-entendido” (LACAN, 1965, p. 106). E “quem quer que seja falante se inscreve de um lado ou de outro” (LACAN, 1965, p. 107).

Figura 3 - Fórmulas Quânticas da Sexuação Lacan, 1973



As fórmulas da parte superior do quadro tratam propriamente das inscrições do lado homem e do lado mulher, organizadas a partir dos seguintes quantificadores, sem desconsiderar a advertência lacaniana de que “esse é um referencial que não se sustenta nem por um instante, que de modo algum ensina ou pode ser ensinado, se não o juntarmos à inscrição quantificadora dos quatro termos” (LACAN, 1971-72, p. 194):

3.1.1 Lado homem

$\exists x \ \overline{\phi x} \rightarrow$ Existe um “x” para o qual a função ϕx não opera, ou seja, “há pelo menos um que diz que não”. É absolutamente necessário afirmar que existe um para quem a castração não se sustenta. É necessário que haja um para quem nada deixe a desejar.

$\forall x \ \phi x \rightarrow$ Não há um que não seja submetido a função fálica. Isto quer dizer que todo homem está submetido à ordem fálica. Todos os homens estão em poder da castração. Não existe desejo, libido senão masculino. O que faz que entre: $\exists x \ \overline{\phi x}$ (existe um que é) e $\forall x \ \phi x$ (não há um que não seja), exista a contradição. “Não há universal que não deva se conter numa existência que a negue”.

3.1.2 Lado mulher

$\overline{\exists x \ \overline{\phi x}} \rightarrow$ Não existe um “x” que negue a função fálica. A dupla negação pode ser lida da seguinte forma: *não é verdade que* seja a função fálica que domine a relação sexual. Aqui é do impossível que se trata, no final das contas, do real. Não existe x que se determine como sujeito no enunciado do dizer que não à função fálica. É por não haver exceção que não há o todo.

$\overline{\forall x \ \phi x} \rightarrow$ Não-todo “x” está submetido à função fálica. A mulher é não-toda inscrita na função fálica. A função do não-todo como essencial a um certo tipo de relação com a função fálica, na medida em que esta fundaria a relação sexual. O não-todas é uma expressão da contingência. A mulher se distingue por não ser unificante.

Isso faz dessas quatro inscrições um conjunto. Sem esse conjunto, é impossível nos orientarmos corretamente no que vem a ser a prática da análise, no que ela lida com esse algo que é correntemente definido como sendo o homem, por um lado, e por outro, o correspondente geralmente qualificado de mulher, que o deixa sozinho (LACAN, 1971-1972, p. 195).

Quinet (2013) faz uma leitura das fórmulas da sexuação e retoma duas lógicas distintas propostas por Lacan:

1ª) **Lógica fálica do Um** → que constitui um universo a partir da exceção, formando, portanto, um conjunto fechado, uma totalidade, um todo. Articula assim o Um com o todo do batalhão fálico dos homens. Eis a lógica da razão fálica.

2ª) **Lógica da Heteridade** → Lacan propõe para pensar o sexo feminino. É uma lógica distinta da lógica do Um e do todo. O *não todo* do lado feminino caracteriza o *Heteros* – outro em grego. A lógica do não todo é a lógica da Heteridade.

Ao tratar das fórmulas da sexuação em “A maldição do sexo”, Soler (2013, p. 121) afirma que elas atualizam e justificam o que constatamos diariamente

Que a regência das normas do Outro se interrompe, se for possível dizê-lo assim, na beira do leito, pois, em se tratando de corpos sexuados, a ordem que o discurso instaura se mostra inapta para corrigir a desnaturação do ser falante, o qual não tem outra suplência a oferecer nessa ocasião, a não ser o semblante fálico.

Ao enfatizar o “caráter binário do sexo” como uma necessidade totalmente lógica, Soler propõe duas alternativas heterogêneas e todas as duas podem ser ditas reais:

- 1) **Macho-fêmea** → a do ser vivo e sexuado → depende da natureza e das regularidades que ela faz surgir.
- 2) **Homem-mulher** → a do falasser → porque ela procede das determinações lógicas da linguagem.

A sexualidade do sujeito se inscreve, desde sempre, no Édipo porque ele tem relação com o desejo, “fenômeno central do período sexual da primeira infância” (FREUD, 1924). No ano anterior, Freud (1923, p. 41) trabalhara a ideia do complexo de Édipo completo, apontando-o como duplo, um positivo e um negativo, dependente da bissexualidade original da criança, “isto é, o menino tem não só uma atitude ambivalente para com o pai e uma terna escolha objetal pela mãe, mas ao mesmo tempo comporta-se como uma menina, exibe a terna atitude feminina com o pai e, correspondendo a isso, aquela ciumenta e hostil em relação à mãe”.

Lembre-mo-nos da carta dirigida por Freud a Fliess (1899, p. 46): “Bissexualidade! [...] Estou-me acostumando a encarar todo ato sexual como um acontecimento entre quatro

peessoas”. É interessante notar que 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” (ALBERTI, 2013, p. 184-85). Ao postular uma disposição bissexual inerente a todo sujeito, Freud (1920b, p. 148) afasta a hipótese de “um terceiro sexo criado pela natureza num momento de capricho”.

Para Quinet (2015, p. 22) com o desenvolvimento do conceito de complexo de Édipo completo, “Freud reintroduz a bissexualidade nesse processo de constituição do sujeito sexuado a partir da relação subjetiva e desejante deste com o Outro parental”. Já para Soler (2013, p. 120) “ao forjar o mito de Édipo, com suas diferentes modalidades de desejo e de gozo, tornar-se homem, ou mulher era, para Freud, uma questão de identificação freudiana”. Soler aponta que Freud, embora lance mão do tripé pulsão-identificação-escolha de objeto em toda sua obra, para Freud a fase edipiana “é o que permite corrigir a dispersão polimorfa das pulsões por meio de identificações unificadoras, embora ao preço de alguns sacrifícios e fracassos”. Assim, “a identificação é o nome que ele [Freud] dá ao processo pelo qual o simbólico garante suas apreensões do real”. As identificações geradas pelo Édipo dão consistência ao discurso do Outro, que amarra às normas, aos modelos, às obrigações, os interditos com a sexualidade anatômica (PRATES; MIRANDA, 2006).

Pollo (2010, p. 134) ao tratar sobre o conceito de “bissexualidade” e a noção de “disposição perversa polimorfa” na teoria freudiana afirma:

Os dois conceitos são, a nosso ver, intimamente relacionados, já que o segundo é consequência lógica e necessária do primeiro. Pois, se a “bissexualidade” significa a possibilidade de escolha, dada a todo ser falante, entre um devir masculino ou um devir feminino, a “disposição perversa polimorfa” diz respeito ao tempo pré-escolha, o tempo das irregularidades ou desvios que caracterizam o gozo sexual da primeira infância.

Desdobrando um pouco mais suas elucubrações, Freud (1923, p. 41) afirma que “essa interferência da bissexualidade torna muito difícil compreender as primitivas identificações e escolhas objetais, e ainda mais difícil descrevê-las de modo inteligível”. Apresenta como hipótese, que a ambivalência na relação com os pais deva se referir totalmente à bissexualidade e não à identificação como tinha desenvolvido anteriormente.

Na dissolução do complexo de Édipo, as quatro tendências nele existentes se agruparão de forma tal que delas resultará uma identificação com o pai e uma identificação com a mãe, a identificação com o pai mantendo o objeto materno do complexo positivo e ao mesmo tempo substituindo o objeto paterno do complexo

contrário; as coisas sucederão de forma análoga na identificação com a mãe. O peso maior ou menor das duas disposições sexuais será refletido na diferente intensidade das duas identificações (FREUD, 1923, p. 42).

Ora, as identificações implicam a referência de cada sujeito ao significante. Seria essa a referência de Soler à sexuação propriamente dita, diferenciada da identificação que ela atribui a Freud? Não poderíamos também encontrar em Freud uma referência ao que escapa à identificação no contexto da sexuação?

No ano seguinte, no texto intitulado “A dissolução do complexo de Édipo” Freud (1924, p. 208) retoma tal assunto e afirma que “o Eu da criança se afasta do complexo de Édipo” e descreve como isso se sucede:

Os investimentos objetivos são abandonados e substituídos pela identificação. A autoridade do pai, ou dos pais, introjetada no Eu, forma ali o âmago do supereu, que toma ao pai a severidade, perpetua a sua proibição do incesto e assim garante o Eu contra o retorno do investimento libidinal de objeto. *As tendências libidinais próprias do complexo de Édipo são dessexualizadas e sublimadas em parte, o que provavelmente ocorre em toda transformação em identificação, e em parte inibidas na meta e mudadas em impulsos ternos*” (FREUD, 1924, p. 208-9, grifo nosso)

Em 1921, em “Psicologia das massas e análise do eu”, Freud (1924, p. 60) dedicara um capítulo inteiro ao conceito de identificação, definido como “a mais antiga manifestação de uma ligação afetiva a uma outra pessoa” que “desempenha um determinado papel na pré-história do complexo de Édipo”, no entanto, o tema da identificação comporta uma série de desdobramentos que desenvolveremos em momento mais apropriado. Como nos alerta Carneiro Ribeiro (2013, p. 329): “talvez um estudo mais cuidadoso dos textos de Freud e de Lacan pudesse orientar uma reflexão mais profunda e menos rancorosa sobre as questões importantes que cercam as identificações sexuais, seus modelos enclausuradores, sua lógica entrópica”.

3.2 Adolescência e disforia de gênero

Nossas pesquisas inicialmente tratavam de aprofundar a temática do despertar da sexualidade na adolescência e foi o campo conhecido como o dos “transtornos de identidade de gênero”, termo banido do DSM-V (2014) que neste aparece como “disforia de gênero”, que trouxe uma série de novas observações. Como vimos, muitos adolescentes diziam estar

“experimentando” e não terem certeza se eram homens ou mulheres. Esses adolescentes poderiam apressadamente receber o diagnóstico médico de “disforia de gênero”, tão em voga nos últimos tempos. Para a psicanálise, no entanto, tal distúrbio, diz respeito ao núcleo de toda neurose: que posição tomar na escolha forçada da sexuação? Sabemos que a anatomia não identifica os sujeitos como homem ou mulher, por isso 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 (1971-1972, 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”.

Hawkins (2016) observa que desde quando o *Standards of Care* (SOC) [Padrões de cuidado] para pessoas transexuais foi estabelecido, pela Associação Mundial Profissional para a Saúde do Transgênero (WPATH), em 1980, se verificou uma relativa persistência na disforia da identidade de gênero em adultos. No entanto, para crianças que apresentam tal disforia, esta não é necessariamente fixa: “somente de 6 a 23 por cento dos meninos e 12 a 27 por cento das meninas que apresentam a disforia da identidade de gênero, persistem com ela na idade adulta” (Cf. Meyer III, 2009).

Uma pesquisa médica desenvolvida na Holanda (2016)⁴⁰ afirma que as mudanças da puberdade resultam em um aumento da disforia de gênero. A pesquisa se propôs a acompanhar crianças entre 8 e 10 anos que diziam não se identificar com o sexo ao qual pertenciam. Durante o ápice da puberdade, quase 90% dos adolescentes estavam seguros que desejavam mudar de sexo, no entanto com a saída da puberdade apenas 30% foram considerados “persistentes” e um total de 70% “desistentes”.

Trouxemos algumas frases extraídas da escuta da clínica com adolescentes que parecem bastante instigantes para compor o debate que propomos:

- 1) “sou um homem num corpo de uma mulher, mas um homem que gosta de homem, um homem *gay*. Sou uma mulher que é o *macho alfa* da casa”, disse uma adolescente explicando claramente a diferença entre sua posição sexuada e sua escolha de objeto.
- 2) “sou muito extrovertido, mas quando fico perto de uma mulher me atrapalho todo. As mulheres são minha criptonita”, disse um adolescente depois de passar toda sua primeira entrevista num embaraço com a presença da analista.
- 3) “quando eu dei meu primeiro beijo *gay* foi uma loucura... O que eu estou chamando de loucura? Eu tive uma ereção. Fiquei de *pau duro*. Foi horrível!

⁴⁰ Pesquisa publicada em revista médica. Anotação feita em aula “Adolescência e transexualidade”, Dr. Gil Guerra. Rio de Janeiro, 2016.

Tive que mandar o menino embora e esperar ele [o pênis] baixar. Isso é normal?”, questiona um adolescente ao contar surpreso sua tumescência.

- 4) “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.
- 5) “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.

Presentificação do ser-para-o-sexo, subversão freudiana da filosofia, a adolescência é um tempo lógico de trabalho, quando a sexualidade se mostra como um desencontro entre os sexos, marcando que não há relação sexual. Podemos extrair algumas consequências dessas frases ditas por sujeitos implicados pelo real do encontro com o Outro sexo, acometidos pelo *Despertar da primavera* (WEDEKIND, 1891) que interrompe “o sono de um Édipo adormecido” (ALBERTI, 2009, p. 20).

Alenka Zupančič (2016), teórica psicanalítica e filósofa, afirma que “não há identidade sexual; a sexualidade é a própria coisa que perturbará toda a identidade”. Por sua vez, segundo a revisão de Louis Goren, da Universidade de Amsterdam, publicada na revista científica de maior circulação entre os médicos: *The New England Journal of Medicine* a “identidade de gênero é a característica segundo a qual cada pessoa se identifica como homem ou mulher. A incongruência entre identidade de gênero e fenótipo físico recebe o nome de distúrbio de identidade de gênero; viver esse estado é fonte de sofrimento crônico” (*Apud*, VARELLA, 2011)⁴¹. As manifestações dos distúrbios de identidade de gênero vão desde viver como membro do sexo oposto, à adaptação física por meio de hormônios e de intervenções cirúrgicas. Vejamos como o atual DSM-V (2014) descreve:

Designação de gênero refere-se à designação inicial como homem ou mulher. Geralmente isso ocorre ao nascimento e, por conseguinte, cria o “gênero de nascimento”. *Atípicas com o gênero* refere-se a características somáticas ou comportamentais não típicas (estatisticamente falando) de indivíduos com a mesma designação de gênero em determinada sociedade em determinado momento histórico [...].

Disforia de gênero, como termo descritivo geral, refere-se ao descontentamento afetivo/cognitivo de um indivíduo com o gênero designado, embora seja definida mais especificamente quando utilizada como categoria diagnóstica. *Transgênero* refere-se ao amplo espectro de indivíduos que, de forma transitória ou persistente, se identificam com um gênero diferente do de nascimento. *Transsexual* indica um indivíduo que busca ou passa por uma transição social de masculino para feminino ou de feminino para masculino, o que, em muitos casos (mas não em todos), envolve

⁴¹ In: <https://drauziovarella.com.br/sexualidade/transexuais/>. Consultado em: 02/06/16.

também uma transição somática por tratamento hormonal e cirurgia genital (cirurgia de redesignação sexual).

Constatamos que o diagnóstico de distúrbio de identidade de gênero foi banido do DSM-V e substituído por disforia de gênero. Além disso, a diferenciação entre transgênero e transexual, presente no Manual, aponta para uma divisão de gênero, enquanto papel social, e sexo, enquanto biológico, no entanto, segundo Anne Fausto-Sterling (2016)⁴², famosa professora de biologia e *Women's Studies* da Universidade de Brown, a divisão absoluta entre gênero e sexo está ultrapassada. Cada vez mais, tende-se a pensar o conceito sexo/gênero como duas coisas inseparáveis, faces da mesma moeda.

Para Judith Butler (1993), filósofa pós-estruturalista estadunidense, uma das principais teóricas da questão contemporânea do feminismo e da teoria *queer*⁴³, 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*. Lacan (1971-72, p. 28) se questiona: “onde é que isso habita, o gozo? Do que ele precisa? De um corpo. Para gozar, é preciso um corpo”. 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 nos indagamos se a questão das “novas identidades de gênero” não está relacionada à conceituação da identificação no discurso psicanalítico, enquanto que a questão “sexo” – no discurso médico sempre entendido a partir do biológico – está relacionada à sexualidade, na teoria psicanalítica que, como vimos, 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

⁴² In: <http://azmina.com.br/2016/05/nao-e-so-o-genero-que-e-socialmente-construido-o-sexo-biologico-tambem/>. Consultado em: 08/10/16.

⁴³ “A teoria *queer*, oficialmente *queer theory* (em inglês), é uma teoria sobre o gênero que afirma que a orientação sexual e a identidade sexual ou de gênero dos indivíduos são o resultado de um construto social e que, portanto, não existem papéis sexuais essencial ou biologicamente inscritos na natureza humana, antes formas socialmente variáveis de desempenhar um ou vários papéis sexuais”. In: https://pt.wikipedia.org/wiki/Teoria_queer Consultado em: 27/05/16.

sua vez, aproxima o sujeito do campo pulsional, cuja bipolaridade já era suposta por Lacan de forma intrínseca, quando dizia que “a pulsão como representante da sexualidade no inconsciente, nunca é senão pulsão 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, 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, 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, levando alguns analistas a sugerirem que há uma “nova clínica para a psicanálise”. O que dizer e o que escutar na clínica com adolescentes hoje? Sigamos não procurando sentido, e sim, validando os furos. Os adolescentes continuam nos ensinando.

3.3 Intersexualidade e Escolha do Sexo

Se na atualidade, impelidos pelo discurso da ciência, os sujeitos lançam-se nas séries de novas tentativas de modificar o real enigmático do sexo, no caso da intersexualidade, dá-se o inverso: tentativas de “normalizar”, tamponar o furo que tal real aponta. O que a psicanálise tem a dizer sobre isso? 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. Aqui cabe a advertência de Lacan (1960, p. 739) de que “o fato de que tudo o que é analisável é sexual não implica que tudo que é sexual seja acessível à análise” e de que “o analista está tão exposto quanto qualquer outro a um preconceito relativo ao sexo, a despeito do que lhe revela o inconsciente” (LACAN, 1960, p. 740). Nominé (2006, p. 128) aponta que “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 favor”.

No campo da disforia de gênero (DSM-V, 2014), o sujeito apresenta um descontentamento e queixa-se de ter nascido num “corpo trocado”, sinalizando um “erro da

natureza” no registro do sexo, o que corrobora também com o empuxo das teorias de gênero à comprovação de que os corpos presentificam gêneros a partir de uma estrutura de repetição que contém nela mesma a possibilidade de transgressão (BUTLER, 2003). Por outro lado, no campo da intersexualidade, ao partir de uma indefinição do sexo/gênero, quando a biologia falha em definir e não se pode nomear, recai sobre a medicina uma investigação do “verdadeiro sexo” (FOUCAULT, 1978): como evitar um erro de designação sexual e um potencial dano ao sujeito?

Antes de retomarmos sucintamente a questão da intersexualidade abriremos um parêntese. Mantivemos o termo intersexualidade – que originalmente substituiu o termo hermafroditismo, estigmatizante na linguagem corrente –, porque os sujeitos assim se nomeiam. Do ponto de vista médico, esse termo não é possível tendo em vista comportar uma equivocidade da ideia de um sexo intermediário ou de um terceiro sexo. Daí o atual termo “distúrbio de diferenciação do sexo (DDS)”. Enquanto psicanalistas, nos norteamos a partir da fala dos sujeitos com os quais lidamos e estes se nomeiam “intersexuais”. Isso posto, para a medicina, quando o desenvolvimento do sexo cromossômico, gonadal ou anatômico é atípico no bebê ou na criança, estamos diante de distúrbios ou desordens da diferenciação do sexo (DDS), sendo esta uma condição biológica. Longe de se restringirem aos casos de hermafroditismo, englobam um grande número de anomalias como: insensibilidade aos andrógenos, síndrome de Turner, síndrome de Klinefelter, hiperplasia adrenal congênita... sendo necessário um diagnóstico de definição do sexo: *sexo genético, sexo gonadal, sexo hormonal, sexo genital interno, sexo genital externo, sexo social, sexo psicológico e sexo de criação*.

Sabemos que o campo psicanalítico é diferente do campo médico, cada um tem seu recorte do real. Para a psicanálise, na medida em que nela “o ab-senso designa o sexo” (LACAN, 1972, p. 451), e que o “sexo biológico e sexualidade pouca coisa têm em comum, salvo o fato de que a sexualidade pode sexualizar o biológico, mas não o contrário”, uma vez que “a linguagem determina a sexualidade do sujeito” (ALBERTI, 2009, p. 125), o fato daquelas atipias médicas não deveria ser indicativo de uma desordem. No entanto, para ambos os discursos há um real no caso, a impossibilidade de definir biologicamente o sexo, e é com isso que as equipes de saúde se deparam. Lacan (1970-71, p. 27) define como real “aquilo que faz furo nesse semblante articulado que é o científico”. É menino ou menina? Questão respondida com base na anatomia, mas que nestes casos não encontramos resposta. Logo, a “ambiguidade genital”, assim chamada no discurso médico, é um real que explode o

imaginário dos ideais de uma sexualidade biológica. Seria possível identificar as diferenças entre os modos de tratar a questão quer estejamos no discurso médico ou no psicanalítico?

Do ponto de vista médico, não há possibilidade de um sujeito ter os dois sexos, mesmo em caso de genitália ambígua, tampouco de não ter sexo. “O caminho a ser percorrido para chegar a um desenvolvimento sexual normal, quer masculino ou feminino, é bastante longo e sujeito a erros em vários momentos”⁴⁴. Nos casos de “desordens da diferenciação do sexo”, os chamados intersexuais, o que temos é o sexo indefinido. O sexo é tomado como algo a ser investigado dentro de uma bipotencialidade: masculino ou feminino. Por parte da psicanálise também, “não há possibilidade de um terceiro sexo como quer a teoria *Queer*, essas posições não dizem respeito ao gênero, mas à posição sexuada de um sujeito, posição de gozo” (MIRANDA, 2015). Em “A escolha do sexo com Freud e Lacan”, Quinet (2013, p. 140) aponta que “a sexualidade do ser falante é sempre da ordem do *Heteros*, para além da diferença anatômica dos sexos. A *Heteridade* comanda a sexualidade e coloca em circulação o “*heterotismo*”. São sempre necessários dois sexos para que o sexo exista”.

Disso emerge uma nova questão. 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, os autores Novato Silva, Ivani; César Mota, Joaquim Antônio; Samesima Tatsuo, Edson; Piçarro, Clécio; Ribeiro Valadares, Eugênia; de Carvalho Fernández, Ana Cristina; Reis de Paula, Ana Amélia O.; de Freitas Marques, Daniela; Oliveira, Fátima (2011, p. 77), 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?.

Partindo de uma situação clínica de um caso de intersexualidade, propõem dois aspectos:

- 1) Quanto mais complexa a situação mais necessária é a participação de profissionais de formações diferentes, com olhares diversos, para escolher junto com a família a alternativa a ser buscada.
- 2) Que uma das funções da ética é perguntar sempre, buscar no usual algo insólito, questionar o estabelecido. Procurar o insólito, inquietar-se ante o

⁴⁴ Investigação diagnóstica das desordens da diferenciação sexual. In: *Endocrinologia Clínica*, 2012. pp. 179-191

cotidiano e não considerar nada do ser humano como determinado pela natureza constituem o cerne da reflexão ética – que só é ética se for plural.

Os autores não se furtam de construir um texto atravessado por diferentes pontos de vista, médico, jurídico, psicológico, feminista... e permeá-lo por interrogações que consideremos cruciais:

Motivo de discussão é, portanto, a consideração de que o correto seria deixar que a própria criança decidisse, quando fosse capaz, o que seria melhor para ela. Mas como deixar uma criança chegar à adolescência sem nome e sem um lugar definido entre as outras crianças?

[...] Ante tantas incertezas, como responder às indagações que surgem ao se discutir o problema da genitália ambígua? O que é ser homem? O que é ser mulher? Até que ponto os pais têm o direito de decidir o sexo de seu filho? O médico deve intervir com a cirurgia, ou qualquer outro procedimento, definindo o sexo? Deve-se deixar essa decisão para mais tarde, quando o próprio paciente poderá fazer sua escolha? Que outros problemas de ordem psicossocial poderiam ser ocasionados pela indefinição do sexo?

Fausto-Sterling (1993, p. 2), em seu artigo “Os cinco sexos: porque macho e fêmea não são o bastante”, afirmava: “biologicamente falando, existem muitos graus entre fêmea e macho; e, dependendo de como determinamos as coisas, poderíamos argumentar que nesse espectro existem ao menos cinco sexos. E talvez até mais”. Para a autora, “o sexo é um *continuum* vasto e infinitamente maleável que desafia as limitações, mesmo que consideremos cinco categorias”. Após receber duras críticas, Fausto-Sterling (2000, p. 7) publica “Dualismo em duelo”⁴⁵ e apresenta uma outra visão:

O sexo de um corpo é simplesmente complexo demais. Não existe o isso ou aquilo. Antes, existem nuances de diferença, [...] rotular alguém homem ou mulher é uma decisão social. Podemos utilizar o conhecimento científico para nos ajudar a tomar a decisão, mas só nossas crenças sobre o gênero – e não a ciência – podem definir nosso sexo. Além disso, nossas crenças sobre o gênero também afetam o tipo de conhecimento que os cientistas produzem sobre o sexo.

Na Alemanha⁴⁶ os intersexuais já recebem tratamento especial, ou seja, há a possibilidade de um terceiro registro que não se configura na bipartição masculino-feminino, podendo o bebê ser registrado como sendo de “sexo indefinido”. O artigo publicado pelo site

⁴⁵ Capítulo 1 de *Sexing the Body: Gender Politics and the Construction of Sexuality*. Nova Iorque, Basic Books, 2000.

⁴⁶ Fonte: <http://noticias.terra.com.br/mundo/europa/alemanha-e-o-primeiro-pais-europeu-a-reconhecer-terceiro-genero,8ac268fadb402410VgnCLD2000000dc6eb0aRCRD.html>, 2013.

*BBC Brasil*⁴⁷ considerou a lei uma vitória: “A Alemanha passa a ser o primeiro país europeu a oficializar o terceiro gênero. Essa mudança é uma opção para pais de bebês hermafroditas, que nascem fisicamente com ambos os sexos”. O site da emissora de rádio alemã *Deutsche Welle* também saudou a legislação: “Os órgãos públicos alemães passarão a reconhecer legalmente que o sexo de uma pessoa pode ser outro além do masculino ou feminino”, mas questionou alguns pontos que não teriam sido esclarecidos: “Como será, por exemplo, o futuro passaporte? Em alguns países, a falta de uma definição clara do sexo pode levar a um problema na imigração. Também a questão de se futuramente os intersexuais poderão se casar ou somente firmar uma união civil ainda precisa ser esclarecida”. Hailey Kass, tradutora e pesquisadora das áreas de linguística e gênero, em texto publicado pelo site revista *O Viés*⁴⁸, afirma que a nova lei “parece ser só aplicável para pessoas intersexo”. “Pessoas não intersexo não poderiam ser designadas fora do binário para no futuro escolherem? Por que só as pessoas intersexo”? Ela menciona outra passagem da nota da organização europeia: “Em vez de permitir que o registro de sexo fique aberto para todos (as), e não apenas para crianças intersexuais, novamente regras especiais são criadas, o que produz exclusão. As condições de vida da maioria das pessoas intersexo não irão melhorar como resultado disso”.

No Brasil, embora não haja políticas públicas que atenda os intersexuais, cada vez mais pratica-se a não intervenção precoce que surgiu em resposta a demanda da *Intersex Society of North America* (ISNA)⁴⁹, na qual muitos intersexuais, agora adultos, diziam sentir-se mutilados, pois não se adequavam ao sexo escolhido *a priori*. No site da Sociedade, eles afirmam lutar pelo fim “da vergonha, do sigilo e de cirurgias genitais indesejáveis para as pessoas nascidas com uma anatomia que alguém resolveu não é padrão para o sexo masculino ou feminino”. Listam cinco coisas que aprenderam ao ouvir pessoas e famílias que lidam com intersexuais:

- 1) Intersexualidade é principalmente um problema de estigma e trauma, não de gênero;
- 2) A aflição dos pais não deve ser tratada por cirurgia na criança;
- 3) Profissional de saúde mental é essencial;
- 4) Ser honesto e completamente franco na abordagem ao paciente é praticar uma boa medicina;
- 5) Todas as crianças devem ser registradas como menino ou menina, sem cirurgia precoce.

⁴⁷ Fonte: http://www.bbc.com/portuguese/noticias/2013/08/130820_alemanha_terceirosexo_dg, 2013.

⁴⁸ Fonte: <http://www.revistaovies.com/artigos/2013/11/o-%E2%80%99Cterceiro-genero%E2%80%99D-e-porque-essa-discussao-nao-tem-nada-a-ver-com-politicas-identitarias/>, 2013.

⁴⁹ Fonte: <http://www.isna.org/>, 2015.

A respeito da equipe multiprofissional no atendimento a pacientes com ambiguidade genital, vale destacar o Art. 4º da Resolução 1.664 (Conselho Federal de Medicina, 2003):

Para a definição final e adoção do sexo dos pacientes com anomalias de diferenciação, faz-se obrigatória a existência de uma equipe multidisciplinar que assegure conhecimentos nas seguintes áreas: clínica geral e/ou pediátrica, endocrinologia, endocrinologia-pediátrica, cirurgia, genética, psiquiatria, psiquiatria infantil.

Não há nenhuma referência à psicologia nessa definição de equipe multidisciplinar que apenas inclui saberes médicos, há um engano aqui sobre o que é multidisciplinaridade.

Atendendo pacientes num Ambulatório de Endocrinopediatria surgem algumas questões:

- 1) Uma menina de dois anos parece muito virilizada, tem uma clitoromegalia⁵⁰, seu cariótipo 46, XX. Portadora de hiperplasia adrenal congênita, doença que viriliza muito o bebê ainda no útero. A mãe afirma: “quero que cortem isso da minha filha para que ela seja uma menina normal”.
- 2) Um bebê nasceu com genitália ambígua, sua mãe, uma adolescente, não pode suportar ficar com a criança e a entregou para uma tia que já tinha três filhas moças. Esta tia adota o bebê e dá a ele o nome bíblico de Isaque, mesmo antes do início das investigações de definição do sexo, pois para ela o bebê é o seu filho homem que ela tanto esperou que chegasse.
- 3) Um menino de quatro anos vindo com a mãe do interior do Piauí, possui um micropênis e na investigação clínica do caso, desvela-se ser um hermafrodita verdadeiro⁵¹, sexo cromossômico 46, XX. A mãe, que chegou ao Ambulatório dizendo ter perdido todos os exames anteriores, não consegue pensar na possibilidade que o filho seja uma menina e diz: “meu filho é um menino! Não tem esse negócio de XX não”. Ensinando-nos que o único cromossomo do sujeito é o significativo. Aqui cabe ressaltar que o corpo é central no discurso analítico, mas não é o corpo orgânico. Elia (2004, p. 46) em seu livro, *O conceito de sujeito*, comenta sobre o mal-entendido cometido por muitos que dizem que a psicanálise desconsidera a vida biológica:

A psicanálise não desconsidera que tenhamos um organismo e que este é regido por leis naturais e biológicas (o que seria louco), nem afirma que as vicissitudes deste organismo não afetam o sujeito (o que seria impróprio). Ela evidencia e formaliza, como aliás é de sua vocação fazer, o que todo mundo sabe pela experiência, mas disso não tira, em geral, nenhuma consequência: que a experiência que temos de nosso organismo, de suas exigências, proezas, debilidades ou doenças, nós só a temos através do campo da significação, do sentido, ou seja, pelo fato de que, por sermos falantes, somos marcados pela linguagem, pelo significativo, mesmo no mais

⁵⁰ Tanto o clitóris quanto o pênis são mensurados por uma faixa de normalidade. Quando o tamanho não corresponde a essa faixa, têm-se os desvios que podem ser inferiores ou superiores. Ex: clitóris no desvio superior = clitoromegalia. Pênis no desvio inferior = micropênis.

⁵¹ Coexistência de tecido ovariano (com folículos) e testicular (com túbulos ± espermatozoides) no mesmo indivíduo, na mesma gônada (ovotestis) ou em gônadas distintas. In: GILBAN, D. Material de aula.

extremo nível de intimidade que possamos estabelecer com nossos órgãos e com nosso corpo.

- 4) Um sujeito criado como menina, aos treze anos é vítima de uma tentativa de estupro perpetrada por três adolescentes que a trancaram num galpão abandonado. Desvela-se uma genitália ambígua 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.

Esses dados, incluindo os eventuais dados biológicos, fazem parte do contexto da aplicação da psicanálise, no caso a caso. O fato de haver algo biológico em jogo não exclui a particularidade do espaço de constituição do sujeito como ser-para-o-sexo.

Além disso, numa clínica como esta que aqui apresentamos, não há somente um sujeito que se dirige ao analista com suas angústias; para cada caso há a angústia do próprio sujeito, de sua família e até mesmo aquela da equipe multidisciplinar em que estamos trabalhando. Quanto ao acompanhamento com os pais, suas preocupações legítimas levantam questões fundamentais: o que é gênero? O que é sexo de criação? Como é isso de escolher o sexo do meu filho? Como ele vai escolher no futuro? Ele tem dois sexos? Não tem nenhum?

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 pré-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 diante do 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 testemunha de que não se quer nem saber das questões que estão em jogo, não se quer nem saber que não há respostas prontas e definitivas. Diante da clínica com que lidamos, não há respostas prontas, muito menos definitivas, e o ato médico precisa se deparar com isso. Quando não o faz, aparece o sintoma do que não vai bem na ciência e na técnica. 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. A questão é ética. E a ética da psicanálise, ética do bem dizer a relação de cada sujeito com seu desejo e seu gozo, parte do princípio de que cabe a cada um posicionar-se.

A ambiguidade é um real a ser tratado pelo simbólico. A abordagem psicanalítica da

sexualidade restitui toda a complexidade a essas perguntas que os pais nos fazem. Elas contêm, com efeito, uma demanda, a de que enfrentemos a angústia da incerteza para não cair nas tentações autoritárias de respostas únicas.

Ao contrário do médico que é sempre interpelado como aquele que tem um saber sobre seu paciente e que, por isso, se vê na obrigação de responder de um lugar do saber sobre este, o psicanalista pode manter em suspenso uma resposta. Na realidade, sua função é justamente a de não responder, de modo que o sujeito que a ele se dirige com suas angústias e suas questões, possa construir uma resposta própria. De certa forma pode parecer uma posição mais confortável do que a do médico, mas sabemos que não é bem assim, pois o mundo em que vivemos está o tempo todo exigindo soluções. Não responder é também um exercício, e não é um dos mais simples... ele implica, antes de mais nada dar lugar à fala do sujeito.

A Psicanálise mesmo quando exercida em um hospital, apreende a sexualidade humana fora dos marcos do biologismo, e a diferença sexual, fora do registro da complementaridade dos sexos. Ainda que para a ciência o sujeito seja “somente uma variável passível de mensuração quando, por exemplo, interfere num experimento científico. Não é esse o sujeito da psicanálise. O sujeito da psicanálise é o sujeito da fala, sempre cindido, sempre da paixão (do *pathos*, ele sofre)” (ALBERTI, 2000, p. 55). Contudo, que o sentimento subjetivo da identidade sexuada pode ser separado tanto dos dados orgânicos quanto culturais, é ponto comum em nossa equipe multidisciplinar. Tal qual Freud (1929, p. 126) afirma em seu texto “O mal-estar na civilização”: “algo da natureza da própria função sexual nos nega satisfação completa e nos incita a outros caminhos”. Porém, no que tange aos trilhamentos que levam à escolha do sexo pelo sujeito, há uma disjunção entre os dois discursos, quais sejam, médico e psicanalítico.

Na adolescência há uma demanda do Outro para que o sujeito se posicione sexualmente, e é o que o leva a isso. Na clínica que desenvolvemos percebemos o quanto o sujeito tem que responder à demanda do Outro. Poderíamos dizer que seriam necessários três tempos distintos para o adolescente: responder à demanda do Outro, distinguir e escolher.

Quinet (2015, p. 80) aponta que “a encruzilhada é, por definição, o lugar da escolha. É o lugar em que cada um de nós se depara com uma decisão a ser tomada. É o lugar-de-cisão. [...] É um lugar do retorno da história, lugar do retorno do recalcado”. Poderíamos articular essa encruzilhada com a adolescência? Acreditamos que sim, pois sendo a adolescência uma escolha do sujeito, “é na interseção entre alienação e separação que o adolescente também precisa situar-se quanto a sua sexualidade” (ALBERTI, 2004, p. 25-26). Para Soler (1997, p. 132), o “Outro implicado na separação não é o Outro implicado na alienação. É um outro

aspecto do Outro a que falta alguma coisa”. É porque o Outro falta – e comete faltas – que um sujeito pode fazer escolhas. Quinet (2015, p. 61) aponta que “há uma determinação inconsciente – aquilo que se depositou no herói das gerações anteriores, marcando e travando seus passos. O que os gregos chamam de destino, deuses e oráculo, são figuras do Outro, o lugar do inconsciente, que vaticinam os atos do sujeito”. O sujeito poderá fazer novas escolhas somente quando puder se responsabilizar pela sua forma de gozar (ALBERTI, 2004).

a verdadeira escolha do sujeito é a de poder escolher o seu destino (determinações inconscientes tanto necessárias quanto impossíveis de dizer). É ao não se contrapor a seu destino, ao comungar com ele, que o sujeito faz a opção que lhe é mais particular. [...] *Escolher o próprio destino é não fugir dele*, ao contrário, escolher apostar nele, independente de qual ele seja (ALBERTI, 2004, p. 39-40, grifo nosso).

O tema da intersexualidade coloca muitas questões no que se refere ao corpo sexuado, à bipartição sexual, ao binarismo. Dentro de um modelo que prevê categorias sexuais dicotômicas,

Ao interpelar essas dicotomias, os debates em torno da intersexualidade escrutinam os limites ético-teóricos que circunscrevem o campo da bioética e dos direitos sexuais enquanto direitos humanos. Além disso, concorrem para a revisão de outras categorias binárias como sexo *versus* gênero, natureza *versus* cultura, verdadeiro *versus* artificial e humano *versus* não humano (MACHADO, 2008).

3.4 Escolha de objeto – orientação sexual

Pode parecer paradoxal, à primeira vista, relacionarmos o tema freudiano da escolha de objeto [*Objektwahl*] à questão da orientação sexual do sujeito. O conceito de escolha de objeto se refere, em geral, à escolha de objetos de amor. O termo “escolha” não deve ser considerado em seu sentido racional, de uma opção consciente, mas sim como o que há de irreversível, na eleição feita pelo sujeito, do seu tipo de objeto de amor. A escolha pode se referir a uma pessoa específica que é eleita como objeto de amor, ou a tipos de escolha. Há ainda a referência ao próprio sujeito, ou mais precisamente, ao eu como instância psíquica, que pode ser tomado como objeto, como no caso dos investimentos narcísicos

(LAPLANCHE; PONTALIS, 1967). Já o conceito de orientação sexual foi extraído do discurso médico e segundo a *American Psychological Association*, refere-se à atração física, romântica e / ou emocional duradoura de um indivíduo por outra pessoa. Assim, o sujeito seria homossexual quanto atraído por alguém com o mesmo gênero que o seu (*gays* e *lésbicas*), heterossexual quando atraído por pessoa de gênero oposto ao seu, bissexual quando atraído por ambos os gênero e assexual quando não sente nenhuma atração por nenhum gênero. O termo, orientação sexual, surgiu em substituição à “escolha sexual” ou “opção sexual”, que eram largamente utilizados, no intuito de enfatizar que não se trata de uma escolha feita pelo sujeito. Do ponto de vista não apenas médico, mas de diversas outras áreas o sujeito não escolhe a sua orientação sexual. A orientação sexual do sujeito não está diretamente relacionada a sua identidade de gênero.

Um adolescente, de família humilde, que, após um trabalho de análise, decidiu “se assumir” para sua família, disse: “não aguentava mais, contei para minha mãe que sou *gay*. Que gosto de meninos”. Em suas palavras, a reação da mãe foi de decepção, “podia ver as lágrimas em seus olhos”, mas depois ela listou uma série de promessas que ele deveria fazer-lhe. Tal lista incluía entre outras coisas a promessa de que jamais se vestiria de mulher. “Eu ri. Só porque me sinto atraído por meninos eu teria que ser uma mulher”?, ele questiona.

Freud (1905) afirma que o caminho foi preparado desde a mais tenra infância no que se refere ao encontro com o objeto. Assim, na mais primitiva satisfação sexual (vinculada à nutrição) a pulsão sexual tinha um objeto, o seio materno, ao perdê-lo, o sujeito forma para si uma representação da pessoa a quem pertence o órgão que lhe dispensava satisfação, de tal maneira que “a amamentação no seio materno torna-se modelar para todos os relacionamentos amorosos. O encontro do objeto é, na verdade, *um reencontro*” (FREUD, 1905, p. 210, grifo nosso).

A escolha objetual segundo Freud é guiada pelos indícios infantis (renovados na puberdade), da inclinação sexual da criança pelos pais e por outras pessoas que cuidam dela, desviada dessas pessoas pela barreira do incesto - erigida durante a latência – e orienta-se para outras pessoas que se assemelham a elas.

Nos “Três Ensaio”, Freud apontara que a “escolha de um objeto” característica da fase puberal do desenvolvimento, já fora feita durante a infância e que “a totalidade das correntes sexuais passou a ser dirigida para uma única pessoa em relação à qual elas buscam alcançar seus objetivos”. Ainda segundo ele, essa seria a maior aproximação possível, na infância, da forma final assumida pela vida sexual após a puberdade. Como única diferença entre elas, distinguira que “na infância a combinação das pulsões parciais e sua subordinação

sob a primazia dos genitais só foram efetuadas muito incompletamente ou não foram de forma alguma”, de tal maneira que “o estabelecimento dessa primazia a serviço da reprodução é a última fase através da qual passa a organização da sexualidade”.

É no texto “A organização genital infantil: um acréscimo à teoria da sexualidade” que Freud (1923), como o título do texto sugere, retoma sua teoria da sexualidade infantil e lhe faz uma interpolação. Neste texto, Freud alega que não está satisfeito com a seguinte afirmação: “no primeiro período da infância, a primazia dos órgãos genitais só foi efetuada muito incompletamente ou não foi de modo algum. A aproximação da vida sexual da criança a do adulto vai muito além e não se limita unicamente ao surgimento da escolha de um objeto”. De tal maneira que, “a característica principal dessa ‘organização genital infantil’ é sua *diferença* da organização genital final do adulto”, sendo esta diferença a primazia do falo.

Retomemos a questão da escolha de objeto. Freud (1923) descreve as transformações sofridas durante desenvolvimento sexual da infância, ressaltando, no entanto, que apenas o faz “no ponto que afeta a criança do sexo masculino”. Logo:

1ª antítese	sujeito – objeto	introduzida com a escolha de objeto	Fase oral
2ª antítese	ativo – passivo	manejo das fezes	Fase sádico-anal
3ª antítese	genital masculino – castrado	não existe feminino, apenas masculino	Fase fálica
4ª antítese	masculino – feminino	papel da reprodução – puberdade, finalização do desenvolvimento	Fase genital

De tal maneira que, “a masculinidade combina os fatores de sujeito, atividade e posse do pênis. A feminilidade encampa os de objeto e passividade. A vagina é agora valorizada como lugar de abrigo para o pênis, torna-se herdeira do ventre materno” (FREUD, 1923, p. 149). Onde podemos concluir que: a primeira mudança surge com a escolha de objeto. Se não há escolha de objeto, não há antítese, não há polaridades. Em 1925, Freud afirma: “ao lado da organização da libido ocorre o processo da escolha do objeto que desempenha um grande papel na vida psíquica” (FREUD, 1923, p. 116).

Quinet (2006, p. 36), seguindo na esteira de Freud, aponta que:

A escolha de objeto em Freud traz a marca do conflito. Essa escolha é efetuada em dois tempos. Num primeiro tempo o objeto é sempre incestuoso, é o objeto que se perde - essa perda é uma escolha forçada para se entrar na sexualidade. Num segundo tempo, é a escolha do objeto “definitivo” que é sempre substitutivo e por isso mesmo sempre insatisfatório, pois é marcado pela nostalgia

do primeiro. Esse “definitivo” é paradoxal, pois ele entra, segundo Freud, na série infinita de objetos substitutivos.

Nas palavras de Freud (1910, p. 345) em “Um tipo especial de escolha de objeto feita pelo homem”: “algo insubstituível que atua no inconsciente manifesta-se frequentemente pela decomposição numa série infinita; infinita porque todo substituto deixa de proporcionar a satisfação desejada”.

Neste mesmo texto, Freud afirma que os tipos de escolha de objeto feitas pelo homem se distinguem por uma série de “condições amorosas”:

- 1ª) Condição de “um terceiro prejudicado” → o interesse nunca toma por objeto uma mulher que esteja livre, mas apenas uma mulher sobre a qual outro homem possa ter direitos (FREUD, 1910, p. 336) → satisfaz impulsos competitivos e hostis.
- 2ª) Condição de “amor à prostituta” → a mulher casta e insuspeita nunca exerce o fascínio que a transforma em objeto do desejo, mas apenas a mulher de alguma má fama, sobre cuja fidelidade e constância paira certa dúvida (FREUD, 1910, p. 337) → ligada à ativação do ciúme.

As outras escolhas de objeto apontadas por Freud não se referem às “condições amorosas”, mas à atitude do amante para com o objeto de sua escolha:

- 3ª) O valor da mulher é definido pela sua integridade sexual → tais mulheres, consideradas íntegras sexualmente, são tratadas como objetos sexuais valiosíssimos, o que pode ser reduzido por qualquer aproximação de facilidade. As relações amorosas com tais mulheres são conduzidas mediante um elevado dispêndio psíquico, até a consumição de quaisquer outros interesses; elas são as únicas pessoas que podem ser amadas, e a autoexigência de fidelidade é sempre renovada pelo amante, por mais que possa não ser cumprida na realidade.
- 4ª) Tendência de salvar a mulher amada → O homem está convencido de que a amada necessita dele, que sem ele perderia todo amparo moral e rapidamente desceria a um nível lamentável. Então ele a salva, ao não abandoná-la (FREUD, 1910, p. 338).

Já em “Introdução ao Narcisismo”, Freud (1914, p. 22, grifo nosso) aponta uma terceira via de acesso ao estudo do narcisismo: “a vida amorosa dos seres humanos, *em sua variada diferenciação no homem e na mulher*”. Na escolha de objeto feita pela criança (e pelo adolescente) ela toma seus objetos sexuais de suas vivências de satisfação. “As primeiras satisfações sexuais autoeróticas são experimentadas em conexão com funções vitais de

autoconservação”. Assim, temos a primeira fonte de escolha de objeto: as pessoas encarregadas da nutrição, cuidado e proteção da criança, ou seja, a mãe ou quem a substitui. Freud chamou essa escolha de “tipo de apoio”⁵². Já no segundo tipo de escolha, o sujeito não escolhe seu posterior objeto de amor segundo o modelo da mãe, mas conforme o de sua própria pessoa. Busca a si mesma como objeto amoroso, evidenciando o tipo de escolha de objeto que Freud denominou de “narcísico”.

Freud pontua que o ser humano tem originalmente dois objetos sexuais: ele próprio e a mulher que o cria e que para cada pessoa ficam abertos ambos os caminhos da escolha de objeto, sendo que um ou outro pode ter a preferência. Freud (1914, p. 24) então afirma: “a comparação entre homem e mulher mostra que há diferenças fundamentais, embora não universais, naturalmente, quanto ao seu tipo de escolha de objeto”.

De tal maneira que, o amor objetual completo, segundo o tipo “de apoio”, é de fato característico do homem.

Exibe a notória superestimação sexual, que provavelmente deriva do narcisismo original da criança, e corresponde assim a uma transposição do mesmo para o objeto sexual. Essa superestimação sexual permite que surja o enamoramento, esse peculiar estado que lembra a obsessão neurótica, remontando assim a um empobrecimento libidinal do Eu em favor do objeto.

Para falar da escolha de objeto narcísica, Freud diz que ela se dá no tipo “mais frequente e provavelmente mais puro e genuíno de mulher”.

Com a puberdade, a maturação dos órgãos sexuais femininos até então latentes parece trazer um aumento do narcisismo original, que não é propício à constituição de um regular amor objetual com superestimação sexual. Em particular quando se torna bela, produz-se na mulher uma autossuficiência que para ela compensa a pouca liberdade que a sociedade lhe impõe na escolha de objeto. A rigor, tais mulheres amam apenas a si mesmas com intensidade semelhante à que são amadas pelo homem. Sua necessidade não reside tanto em amar quanto em serem amadas, e o homem que lhes agrada é o que preenche tal condição (FREUD, 1914, P. 25).

Freud (1914, p. 25) aponta ainda *que muitas mulheres amam segundo o modelo masculino e exibem a superestimação sexual própria desse tipo*. Também para as mulheres que permaneceram narcísicas e frias em relação ao homem há um caminho que conduz ao completo amor objetual. “No filho que dão à luz, uma parte do seu próprio corpo lhes surge à frente como um outro objeto, ao qual podem então dar, a partir do narcisismo, o pleno amor objetual”. E há mulheres que não precisam aguardar o filho para dar o passo no desenvolvimento do narcisismo ao amor objetual.

⁵² Tradução adotada pela *Companhia das Letras* em substituição ao já conhecido “Tipo anaclítico”, 2011.

Antes da puberdade elas se sentiam masculinas e por algum tempo se desenvolveram masculinamente; depois que essa inclinação foi interrompida pela maturação da feminilidade, resta-lhes a capacidade de ansiar por um ideal masculino, que na verdade é a continuação da natureza de menino que um dia tiveram.

Freud elabora um breve sumário dos caminhos para a escolha de objeto.

Uma pessoa ama:

1) Conforme o tipo narcísico:

- a) o que ela mesma é (a si mesma);
- b) o que ela mesma foi;
- c) o que ela mesma gostaria de ser;
- d) a pessoa que foi parte dela mesma

2) Conforme o tipo de apoio:

- a) a mulher nutriz;
- b) o homem protetor e a série de substitutos que deles derivaram.

Assim, o amor não é apenas o nome que damos para uma escolha afetiva de objeto, ele é a base dos processos de formação de identidade subjetiva. Na clínica com adolescentes fica evidente o quanto o sujeito pode buscar na satisfação do amor a não satisfação do sexo. “Onde acha que quer amor ele na realidade tapa o fato de ser desejante, trocando o exercício de sua possibilidade de desejar pela demanda de amor” (ALBERTI, 2004, p. 43).

Em “História de uma neurose infantil [O homem dos lobos]”, Freud (1918 [1914], p. 31) descreve como se deu a escolha de objeto do sujeito. Relata que na infância a irmã era tomada como “uma incômoda rival na estima dos pais, cuja superioridade, demonstrada impiedosamente, ele sentia como algo opressivo”. A partir dos quatorze anos a relação entre eles começou a melhorar, chegando a se tratarem como “excelentes amigos”. Entretanto, “na tempestuosa excitação sexual de sua puberdade”, ele ousou buscar uma maior intimidade física junto a ela e “ao ser rejeitado de maneira hábil e decidida, voltou-se para uma menina camponesa que servia na casa e tinha o mesmo nome de sua irmã” (FREUD, 1918 [1914], p. 32). Para Freud, agindo dessa maneira o sujeito deu “um passo decisivo para sua escolha heterossexual de objeto”.

Na escolha sexual, o sujeito toma o outro como objeto:

Ele verá seu objeto sexual conforme sua própria história, seus gostos e preferências que terão se afinado ao longo de suas experiências desde aquelas que, como já dito, amalgamaram-no como desejante, como sujeito do desejo, e que ocorreram por conta do atravessamento do Édipo na infância (ALBERTI, 2013, p. 182).

Ao tratar sobre os determinantes da escolha objetal da mulher, Freud (1933, p. 290) aponta que quando essa escolha pode se mostrar livremente, “se dá conforme o ideal narcísico do homem que a menina havia desejado se tornar”. No entanto, se a mulher permaneceu no Édipo, “ela escolhe conforme o tipo do pai”. Apontando assim para dois tipos de escolha diferenciados.

Freud (1923), ao tratar da identificação do menino com a mãe após a puberdade, afirma que nela fica clara sua amplitude, uma vez que: “ela muda o Eu num ponto extremamente importante, no caráter sexual, segundo o modelo do que até então fora o objeto”. Para Freud, (1923, p. 26) “o caráter do eu é um precipitado [*Niederschläge*] dos investimentos objetais abandonados, que contém a história dessas escolhas de objeto”, sendo o Isso albergue de “um precipitado de incontáveis existências de Eu” (FREUD, 1923, p. 35). Freud afirma: “o resultado mais comum da fase sexual dominada pelo complexo de Édipo é um precipitado no Eu” (FREUD, 1923, p. 42).

Em “A dissecação da personalidade psíquica”, Freud (1933 p. 200-201) postula que “identificação e escolha de objeto são, em larga medida, independentes uma da outra; mas é possível alguém se identificar com a mesma pessoa que tomou por objeto sexual, mudar seu Eu segundo ela”.

O termo “invertido”, utilizado por Freud (1905) para descrever a escolha de objeto homossexual, longe de remeter a um preconceito é apenas uma entidade nosológica utilizada em sua época. Freud utiliza o termo “escolha de objeto” para designar uma escolha homo ou heterossexual, e propõe, como vimos, o conceito de bissexualidade estrutural para todo ser humano. Freud divide o comportamento dos invertidos em:

invertidos absolutos (seu objeto sexual só pode ser do mesmo sexo);
invertidos anfigenos (seu objeto tanto pode pertencer ao mesmo sexo quanto ao outro);
invertidos ocasionais (em certas condições externas, dentre as quais se destacam a inacessibilidade do objeto sexual normal e a imitação⁵³, eles podem tomar como objeto sexual uma pessoa do mesmo sexo).

Freud (1905, p. 130) afirma:

Esse caráter pode conservar-se por toda a vida, ou ser temporariamente suspenso, ou ainda constituir um episódio no caminho para o desenvolvimento normal; e pode até

⁵³ No original: *Nachahmung*.

exteriorizar-se pela primeira vez em época posterior da vida, após um longo período de atividade sexual

Ressalta ainda como casos particularmente interessantes, quando a libido se altera no sentido da inversão, depois de se ter uma experiência penosa com o objeto sexual normal. De tal maneira que Freud aqui apresenta uma maior flexibilidade no que tange a *escolha definitiva de objeto*, uma vez que afirma que uma decepção amorosa poderia mudar a escolha de objeto, alterando o investimento objetal da libido.

Tentando dar conta da concepção da inversão, Freud se propõe a analisar dois elementos separados: o caráter inato e a degeneração. Conclui que nem a hipótese de que a inversão é inata, nem a conjectura alternativa de que é adquirida explicam sua natureza. Neste momento, Freud (1905, p. 134) recorre ao conceito de bissexualidade:

A ciência, porém, conhece casos em que os caracteres sexuais parecem confusos e é portanto difícil determinar o sexo, antes de mais nada no campo anatômico. A genitália dessas pessoas combina caracteres masculinos e femininos (hermafroditismo). Em casos raros, os dois tipos de aparelho sexual coexistem plenamente desenvolvidos (hermafroditismo verdadeiro), porém com muito mais frequência acham-se ambos atrofiados.

Freud postula, como vimos, que há uma disposição bissexual e que o sujeito lida também com perturbações que afetam a pulsão sexual em seu desenvolvimento. Ao tratar da escolha de objeto sexual dos invertidos, em uma nota de rodapé, de 1915, Freud (1905, p. 137) assevera: “todos os seres humanos são capazes de fazer uma escolha de objeto homossexual e de fato a consumaram no inconsciente”.

Trabalhando o tema da inversão, Freud chega a algumas conclusões importantes:

- de modo algum se pode chamar de uniforme a meta dos invertidos;
- há entre a pulsão sexual e o objeto sexual apenas uma solda.

Assim, “é provável que, de início, a pulsão sexual seja independente de seu objeto, e tampouco deve ela sua origem aos encantos deste” (FREUD, 1905, p. 140).

Freud também divide as fases evolutivas da organização sexual em dois tempos especificamente relacionados à “escolha de objeto”. O primeiro tempo, que seria entre dois e cinco anos, caracterizar-se-ia pela natureza infantil de seus fins sexuais. O segundo tempo, na puberdade, determinaria a *constituição definitiva da vida sexual*. Os dois tempos seriam separados pelo período de latência, em que haveria uma inibição da investigação sexual infantil iniciada no período anterior. Assim, “a escolha de objeto da época da puberdade tem que renunciar aos objetos infantis e recomeçar como uma corrente sensual”.

Em seu texto “Sobre a psicogênese de um caso de homossexualidade feminina”, Freud (1920b, p. 147) aponta que “a bibliografia sobre a homossexualidade não costuma separar nitidamente a questão da escolha de objeto, por um lado, e a questão das características e da atitude sexual, por outro lado, como se a decisão quanto a um desses pontos estivesse ligada necessariamente ao outro” (). Seguindo em suas elaborações, Freud afirma que lidamos com três séries de características, “que, até certo grau, variam independentemente uma da outra, e que nos diferentes indivíduos se acham em permutações várias” (FREUD, 1920b, p.148).

- 1) Características sexuais somáticas (hermafroditismo físico);
- 2) Característica sexual psíquica (atitude masculina-feminina);
- 3) Tipo de escolha do objeto

Freud pontua que esta bibliografia é tendenciosa por destacar apenas a escolha de objeto e por recusar dois fatos fundamentais descobertos pela pesquisa psicanalítica:

- 1º) Os homens homossexuais experimentaram uma fixação particularmente forte na mãe;
- 2º) Todos os indivíduos normais deixam transparecer, ao lado de sua heterossexualidade manifesta, uma considerável medida de homossexualidade latente ou inconsciente.

E conclui: “levando-se em conta esses achados, cai por terra, certamente, a hipótese de um ‘terceiro sexo’ criado pela natureza num momento de capricho”. Para Freud (1920b, p. 148, grifo nosso), a psicanálise “deve contentar-se em *desvendar os mecanismos psíquicos que levaram à decisão na escolha do objeto*, e em seguir os caminhos que vão deles às disposições pulsionais”.

Como vimos, Lacan (1964, p. 863) afirma que “a pulsão como representante da sexualidade no inconsciente, nunca é senão pulsão parcial. É nisso que está a carência essencial, isto é, a daquilo que pudesse representar no sujeito o modo, em seu ser, do que nele é macho ou fêmea”. O objeto da pulsão, como já foi demonstrado anteriormente, é o que há de mais variável numa pulsão, sendo escolhido tão somente por prestar-se mais proficientemente à satisfação, na contingência de uma dada situação singular. 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, 1964, p. 863). Elia (1995, p. 48) seguindo o arcabouço teórico de Freud e Lacan aponta que

Se vário e múltiplo, o objeto é, contudo, imperioso: há de haver algum, a pulsão se impõe ao objeto, o toma (o verbo em alemão é *besetzen*, que significa *ocupar*) para produzir uma satisfação (sua finalidade) que é, por esse motivo, indefectível: a pulsão *sempre* se satisfaz. Mas essa satisfação não pode, pelo mesmo motivo pelo qual é indefectível, ser absoluta: havendo necessariamente um objeto não *necessário*

em sua especificidade, havendo, pois, compulsoriamente, um objeto necessariamente *contingente*, a satisfação pulsional não pode ser toda, o que só ocorreria se existisse objeto específico, adequado, previamente determinado.

A pulsão genital, suposta pelos pós-freudianos como aquela que coroaria o desenvolvimento pulsional infantil para além de seus interesses parciais, não existe. O que nos leva a concluir que as pulsões parciais em si próprias ignoram a diferença sexual (SOLER, 1998).

3.5 Caso Mila: “você só pode ser hétero ou homo se experimentar as duas coisas”

Para exemplificar de algum modo as questões clínicas que nos levaram à pesquisa, apresentaremos, em seguida, o que é possível dizer, até o momento, sobre o caso da adolescente que chamamos Mila. Na medida em que, conforme as bases da teoria psicanalítica, a sexualidade do sujeito se inscreve desde sempre no Édipo porque ela tem relação com o desejo, e que ela 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.

Escolhemos o presente caso para finalizar esta dissertação, pois como nele não há nenhuma questão de indefinição biológica do sexo, deixa ainda mais claro que a anatomia não faz o destino para o sujeito, quer ele seja homem ou mulher.

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”, não ia à escola, dizia querer ficar sozinha com a mãe, dizia que desejava morrer. Isso, apesar de descrever a neta como uma menina que sempre foi muito inteligente, destacando-se em classe e em concursos escolares. Foi apenas na segunda entrevista que a mãe de Mila acompanhou sua filha. Descreveu sua filha como “uma mãezona”, sempre disposta a ajudar e a ouvir a todos, mas que se 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”, 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). Dois dados importantes nesse caso são: 1) os três irmãos maternos de Mila são *gays* e 2) dentre eles, o mais novo, além de morar com Mila e com a mãe, também é pai de santo do centro de candomblé cujo terreiro fica na sala da casa onde vivem.

Mila, tentando descrever o que ela chama de “crises de pânico”, diz que quando sai na rua de repente todas as pessoas parecem “bate-bolas assassinos”, tudo fica “enevado” – o que ela associaria com o medo que tinha, quando criança, de bate-bolas por causa das *máscaras* que 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”... Tinha apenas dois amigos. Foi a única que passou para cursar o ensino médio numa escola modelo. Esta tinha uma particularidade: à medida que o nome 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-se, em sua linha do tempo (fotos, histórias e experiências que contam a vida do sujeito no *Facebook*), uma menina extrovertida, cheia de amigos, simpática... Com isso conseguia muitas “curtidas”. Quando realmente chegou à escola, sustentou aquela situação por algum tempo, 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 de uma primeira entrevista, Mila não retorna por duas semanas. Quando regressa, diz que teve “crises de pânico” ainda mais sérias, “crises horríveis”. Nesses momentos precisa de um “rosto familiar” que tem que ser o da mãe. “Sempre foi assim: quando fico doente é dela que eu preciso. Preciso ver o rosto dela. Se começo a melhorar, ela vem com as patadas dela”. O conflito entre mãe e filha, no entanto, é bem evidente desde o início. Sua mãe a apelidou de “Mila, coração de gelo” justamente porque ela olha para a mãe e diz: “eu não gosto de você”. Quando Mila aborda o assunto em entrevista sozinha, diz não gostar da mãe por não confiar nela e que não a tem 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?

Os pais viviam separados, e ele, sempre muito alcoolizado, 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”? 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 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 cabelão”. 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 fala sobre Ana, sua namorada: é uma menina “muito sofrida” que acabou de “sair de um câncer”. A mãe de Ana, quando descobriu que a filha era lésbica, a colocou para fora de casa e quando pequena ela 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 bilhetinho 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. Segundo Mila, nas palavras da diretora, o mundo fora daquela escola seria bem diferente e perigoso.

Ainda assim Mila estava irredutível e opta 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 subjuga o namorado, “ele é meio bobo, meio covarde”. Ele gostaria de estudar artes, mas ela acha que isso não dá futuro e o impede. Ele tem uma banda, mas ela acha que os ensaios os estão afastando, ele deixa o grupo. Ele não consegue se entender com os pais, ela acha que ele tem que se posicionar.

Novamente 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 estou estudando Psicologia”. Segundo Mila, foi a partir das consultas e por tê-la aceitado como ela era que se “inspirou” a querer fazer o mesmo, ser psicóloga. 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”.

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 o homossexualismo é transmitido 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. Como observa Alberti, 2004, o coronel aposentado da marinha Fitts, atribui ao filho uma homossexualidade que, na realidade, é dele mesmo, e com a qual tem que se haver.

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 [*\$*], esse sujeito é também da pulsão e nela, já dizia Freud, o objeto é o que há de mais variável (FREUD, 1915). 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 dos bate-bolas, 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. Mas 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 tornou mais claro para Mila, a partir de seu próprio trabalho em 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) 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 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.

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 (LACAN, 1967), 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 quê 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, p. 188) 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 dúvida, uma aposta feminina

Em psicanálise, trata-se de passar de uma lógica da identidade a uma lógica da posição de gozo e isso independe da anatomia, inscreve-se no campo da escolha, logo da responsabilidade. Do que Mila não se furtou.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É importante não avançar depressa demais e ver onde continuam a permanecer os furos.

Jacques Lacan, 1971

Para concluir lembramos que a presente dissertação tratou-se de um estudo teórico-clínico que interrogou a teoria a partir da clínica, dos dados que dela se pode obter, ou seja, do que a fala de cada sujeito pode trazer de novo para a teoria sobre a sexualidade na adolescência. Os casos foram estudados à luz da clínica psicanalítica cuja metodologia é a transferência. Foi com as falas dos sujeitos que foram atendidos, que se verificou em que a teoria que vige na atualidade está conforme a esta mesma atualidade e em que a teoria necessita de modificações e acréscimos trazidos a partir daquilo que os sujeitos disseram. Prática, teoria e clínica, propomos, no momento de concluir, tomá-los como suscetíveis de uma amarração borromeana.

A clínica com sujeitos adolescentes com todos os questionamentos que dela emergiram, serviu ora como esteio para nossa pesquisa, ora como fonte de retificação. É o saber da clínica a enriquecer a teoria e foi isso o que objetivou essa pesquisa em sua visada a mais afinada: contribuir com a teoria psicanalítica a partir da clínica para, com o incremento daquela, pudesse melhor atender às futuras demandas clínicas assim como ao trabalho das equipes multidisciplinares no hospital.

O Programa de Pós-graduação em Psicanálise (PGPSA/UERJ), desde a acolhida ao nosso anteprojeto, bem como no decorrer desses dois anos de mestrado, sempre nos ofereceu os melhores recursos para o desenvolvimento de nossa pesquisa. Acreditamos que esse bom encontro foi relevante no tange à nossa produção técnica com a apresentação de onze trabalhos orais em eventos científicos, boa parte desses trabalhos apresentados e as discussões que eles geraram compõem o texto desta dissertação; nossa produção bibliográfica com a publicação de um artigo na *Revista Marraio* e outros três que foram submetidos e aguardam avaliação; organização do evento em comemoração aos 20 anos do livro *Esse sujeito adolescente* (ALBERTI, 1996), “Ainda adolescente, Esse sujeito?”⁵⁴, que suscitou debates

⁵⁴ Evento realizado em parceria com o Programa de Pós-graduação em Psicanálise em 13 de abril de 2016. FERREIRA DA SILVA, Heloene & AMERICANO, Bruna (Orgs.)

que contribuíram para o avanço de nossa pesquisa; e organização da mesa “Inter, Trans e Cis: (pre)fixos e sexualidades no século XXI” no Simpósio do PGPSA/UERJ em comemoração aos 50 anos dos Escritos de Lacan, que gerou discussões que procuramos responder no presente texto. Posto isso, apresentamos no exame de qualificação, com banca examinadora composta pelos professores: Dra. Sonia Alberti (orientadora), Dr. Antonio Quinet (examinador externo) e Dr. Vinícius Darriba (examinador interno), extenso material bibliográfico e clínico. Foi proposto pela banca que nossa pesquisa desse continuidade no doutorado. Para isso, construímos um Projeto que ora está submetido ao Comitê de Ética a partir de sua inscrição na Plataforma Brasil (apêndice).

O Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE/UERJ), centro de excelência de ensino, desde nossa Residência, foi onde privilegiadamente essa pesquisa se desenvolveu. Agradecemos à equipe médica que nos recebeu com grande disponibilidade quando de nosso retorno para o desenvolvimento de novas questões, enquanto pesquisa de mestrado, e, que nos apoiou irrestritamente oferecendo os subsídios, quando em nossa qualificação fomos indicadas para dar continuidade ao trabalho numa pesquisa de doutorado.

Em nossa pesquisa constatamos que para Freud a adolescência está fundamentada na puberdade e além das transformações corporais dela decorrente, implica um desligamento da autoridade dos pais. 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). Ao mesmo tempo, no que tange a psicanálise, impôs-se a pergunta: “por que só uma não criança, uma ‘pós-criança’, ou alguém após a infância, poderia deduzir a castração do Outro”? (ELIA, 1995, p.77).

Nosso trabalho buscou responder tal questão, para isso seguimos as pistas encontradas na clínica com adolescentes, uma vez que, na adolescência, o encontro com o sexo “é o encontro com as questões sobre a assunção de um posicionamento na partilha dos sexos” (ALBERTI, 2004, p. 8). Tal indagação, logo se desdobrou em novos questionamentos advindos da clínica: qual é a relação entre adolescência e castração? O que os adolescentes nos ensinam sobre as novas sexualidades que encenam destinos que não o anatômico?

No primeiro capítulo, partindo de nossa fundamentação teórica de que a sexualidade é infantil e se constitui na relação com o Outro, retomamos Freud e verificamos que desde os seus *Três Ensaio*s ele propusera ampliar duplamente o conceito de sexualidade vigente na época, ou seja, afastá-la de sua ligação estreita com os genitais e incluir todos os impulsos englobados pelo polivalente termo amor. A partir da formulação freudiana de um início bifásico da sexualidade, “instauração em dois tempos do desenvolvimento sexual, fato digno

de nota e pleno de consequências” (FREUD, 1923b, p. 169): na infância e no início da adolescência, entrecortados pelo período de latência, investigamos quais seriam as diferenças entre elas. Donde pudemos 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. “Para dizer cruamente a verdade que se inscreve a partir dos enunciados de Freud sobre a sexualidade, não existe relação sexual” (LACAN, 1972-73, p. 233).

O segundo capítulo serviu para que atestássemos que se a puberdade se inscreve na ordem do necessário, a adolescência, se inscreve na contingência. Constatamos, a partir de um trabalho desenvolvido juntamente com a medicina, que, do ponto de vista médico, a puberdade corresponde à fase final da diferenciação sexual do indivíduo, induzida pela produção de hormônios sexuais que levam a transformações no seu corpo, sendo este um processo absolutamente necessário do ponto de vista biológico para a aquisição da fertilidade e consolidação do crescimento. Nos casos nos quais não ocorre a puberdade biológica, são realizadas *mimésis* de puberdade, pois sem ela o sujeito passaria de um corpo biológico infantil para um envelhecimento precoce, o que acarretaria danos físicos, psicológicos e sociais.

Em nossa prática desenvolvida num Ambulatório de Endocrinologia Pediátrica, a partir do encontro com Louise, uma adolescente portadora de síndrome de Turner, nos foi endereçada a seguinte pergunta pela própria adolescente: “você acha que uma mulher com Turner é uma mulher normal”? Tal indagação, nos colocada de imediato, trazia em seu bojo a ideia, médica, do desenvolvimento normal da mulher e, ao mesmo tempo, o horror do sujeito diante do fato de que não estaria conforme tal desenvolvimento. Embora tivesse passado por uma *mimésis* de puberdade, o “golpe de real” (RASSIAL, 1997) da puberdade, não foi suficiente para fazer Louise aceder à posição sexuada, inscrevendo a adolescência no campo da contingência. Chegamos à conclusão que somente é possível confirmar nossa hipótese inicial, de que a adolescência implica o encontro com o real do Outro sexo, distinta do discurso médico que prevê um tempo cronológico, se aventamos que é preciso uma escolha do adolescente pelo trabalho e a importância de levar em conta o Outro, que haja uma demanda do Outro para que o sujeito se posicione e é o que o leva a isso. No caso Louise, do ponto de vista médico, não havia nada mais a ser feito, e foi a partir de um trabalho analítico que o sujeito pode subjetivar o corpo entregue à medicina. Foi-lhe necessário fazer uma “travessia das aparências” (ALBERTI, 2009), desfiando sua história, para que pudesse “elevar

a impotência (aquela que explica a fantasia) à impossibilidade lógica (aquela que encarna o real)” (LACAN, 1972-73, p. 235).

No terceiro capítulo, após termos apresentado o modo como Freud (1905) frequentemente evitou o significado presumido dos conceitos de masculino e feminino que ele pensava estar “entre os mais confusos da ciência”, nos foi possível avançar no campo do que levaria o sujeito a um posicionamento sexual. Masculino e feminino, para Freud, não são somente uma referência para o desenvolvimento do menino e da menina, eles se referem ao modo como cada sujeito lida com esse reconhecimento da diferença. A anatomia é dada, o que não é dado é o modo como cada sujeito vê sua anatomia. Em consequência: a bipolaridade sexual é psíquica e não anatomo-fisiológica e o sujeito se situará num dos lados das fórmulas da sexuação, propostas por Lacan, e não necessariamente sempre do mesmo lado.

Na atualidade, a proliferação de sexualidades é acompanhada de perto pela proliferação de nomeações ou seria, na medida em que se nomeiam as sexualidades que os sujeitos se identificam? Pergunta a ser respondida. As teorias de gênero avizinham-se dos movimentos LGBT, da Universidade, dos grandes veículos midiáticos com vigor semelhante ao dessas áreas e injetaram, por sua natureza questionatória, uma inequívoca complexidade no que seria a bipartição sexual, tornando mais complexas e escorregadias as categorizações e rótulos. O discurso médico, por sua vez, classifica como disforia de gênero as sexualidades que não se enquadrem no modelo dicotômico de sexualidades binárias.

Não é necessário exercer psicanálise para observar que alguns adolescentes estão “experimentando” novas identidades e não têm certeza se são homens ou mulheres. Constatamos que sem sair de seu âmbito próprio, a clínica de cada sujeito, a psicanálise não poderia 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.

Em nossa pesquisa foi revelador perceber que os corpos intersexuais são emblemáticos em razão de nos questionarem, impondo uma tarefa que julgamos ser necessariamente investigativa, e que desafia, necessariamente também, a comum referência da bipolaridade sexual. Seria possível definir o sexo de acordo com uma futura identidade de gênero a ser confirmada na adolescência?, o que outrora, na equipe médica era certeza, introduzimos como questão pelo próprio viés da clínica que desbancava todo conhecimento pré-concebido. O encontro com os intersexos, dentro de um modelo que prevê categorias sexuais dicotômicas, nos imergiu numa clínica que prescinde do imaginário do corpo e dos referenciais simbólicos, homem e mulher, para a designação sexual do sujeito no momento do nascimento. O modo

como pudemos nos servir do legado de Lacan na abordagem da teoria pelo viés do real fez, contudo um diferencial. Nos casos clínicos, a clínica permitiu verificar o que isso contribuiria para que o discurso analítico “não fique estagnado em seu atoleiro atual” (LACAN, 1971-72, p. 224).

Promovemos, desse modo, uma balança no modo como abordamos nossa questão. Partimos da curiosa afirmação freudiana de que, ao lado de reafirmar que no que toca à relação entre complexo de Édipo e complexo de castração, surge um contraste fundamental entre os dois sexos, alerta que tal contradição só poderia ser esclarecida se ponderarmos que “*o complexo de castração sempre age no sentido de seu conteúdo, inibindo e limitando a masculinidade e promovendo a feminilidade*” (FREUD, 1923, p. 296, grifo nosso).

Com surpresa descobrimos que ainda em 1958, Lacan afirmara que o complexo de castração inconsciente tem a função de um nó. Mais de dez anos depois em *O Seminário, livro 19: ... ou pior*, ele irá propor articular as questões do sexo pela via do real da castração. 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. O impossível a simbolizar do sexo equivale a A Mulher, o *héteros* (QUINET, 2015). O sexo da mulher é um buraco, remetendo o sujeito a seus próprios impossíveis, ao que ele não entende, ao que percebe, mas não consegue significar (ALBERTI, 2009). Não tem como chegar na cara da Medusa, diria Freud. A relação sexual não existe porque não há proporção na relação que homens e mulheres estabelecem com a castração. A castração reparte homens e mulheres segundo a forma de argumento de seus gozos em relação à função fálica, ou seja, no todo fálico ou não-todo fálico. Verificamos que a lógica da sexuação derruba, em definitivo, toda e qualquer referência natural no que tange à sexuação do ser falante. 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 significativa dentro de um campo cultural de hierarquia do gênero e heterossexualidade compulsória”. O gênero está na superfície, pode-se dizer que se trata de um “corpogênero” (KNUDSEN, 2013). Que o corpo seja uma superfície, já se lê claramente também em Freud (1923). Mas que essa superfície faça dele o Outro do gozo, é algo ainda a se explorar. Não exploramos como gostaríamos as teorias de gênero e, sobretudo, os questionamentos bastante originais de Butler, que nos permitiriam apoiar o distanciamento que há entre gênero e sexuação.

Sexo, gênero, identificação, sexuação, bissexualidade, corpo, pulsão, escolha de objeto, identificação, fantasia, Eu, sujeito... são alguns dos aportes dos quais poderíamos nos

servir para pensar a questão das novas possibilidades de se dizer e se engajar no mundo que encenam destinos que não são os anatômicos e que a clínica com adolescentes nos permite observar. Contudo, reiteramos que “a psicanálise só pode acontecer sob transferência e esta é sempre do sujeito, na qual ele mesmo reconstrói sua história e desvela o seu desejo, o que equivale dizer que a psicanálise não comporta significações preestabelecidas” (ALBERTI, 2009, p. 164).

À guisa de conclusão, o discurso de uma adolescente. O caso Mila relança as questões trabalhadas na dissertação 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 razão de sua função e abstinência, permite com que um sujeito construa sua própria resposta, seja ela qual for.

Constatamos que 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. O sujeito adolescente em análise vive as escansões tão bem presentificadas pelo caso, 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.

Nosso percurso, ao mesmo tempo em que nos esclareceu, abriu as portas para novas indagações. Algumas das interrogações nos deixaram o caminho que desenvolveremos em nossa tese: a lógica do binarismo sexual está incrustada na anatomia genital dos seres humanos? Ao prescindir da anatomia, quais são os fatores implicados na sexuação de um corpo? Dito de outra maneira, como o sujeito constitui sua identidade de gênero a partir de uma indefinição anatômica dos órgãos sexuais? Se a inteligibilidade de sexo/gênero pautada na bipolaridade, quer da anatomia, pênis ou vagina, quer do gênero, masculino ou feminino, é interrompida, o que nos resta?

Dessas perguntas, que ficarão, por ora, sem resposta, pode-se dizer apenas que indicam que esse real biológico que falha pode ser nossa chance de apontar algo que não é da ordem da contingência, mas impossível.

REFERÊNCIAS

Os livros são objetos transcendentos
Mas podemos amá-los do amor tátil
Caetano Veloso, 1997

ALBERTI, S. *La vacillation du partenaire chez l'adolescent*. Conférence à Toulouse, Juin, 1998, Inédito.

_____. O surto esquizofrênico na adolescência. In: ALBERTI, S. (Org). *Autismo e Esquizofrenia na Clínica da Esquize*. Rio de Janeiro: Marca D'Água Livraria e Editora Ltda, 1999.

_____. Psicanálise: A última flor da medicina. In: ALBERTI, S.; ELIA, L. (orgs). *Clínica e Pesquisa em Psicanálise*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2000.

_____. O adolescente, o discurso do mestre e o discurso do analista. *Revista Marraio. Da infância à adolescência*, Rio de Janeiro, v. 1, 2001.

_____. O Adolescente e seu Pathos. 2002.. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010365642002000200011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: março 2015.

_____. A perversão, o desejo e a pulsão. 2005. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151861482005000200008>. Acesso em: maio 2015.

_____. O lugar da sexualidade para a psicanálise. In: ALBERTI, S. (Org.). *A sexualidade na aurora do século XXI*. Rio de Janeiro, Cia de Freud Editora: CAPES: 2008.

_____. O hospital, o sujeito, a Psicanálise: questões desenvolvidas a partir de uma experiência de dezoito anos no NESA/UERJ. 2008. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151608582008000100011>. Acesso em: fev. 2014.

_____. *Esse sujeito adolescente*. 3. ed. Rio de Janeiro: Contra capa, 2009.

_____. Da bissexualidade ao impossível. In: QUINET, A.; COUTINHO JORGE, M. (Orgs.). *As homossexualidades na Psicanálise: na história de sua despatologização*. São Paulo: Segmento Forma, 2013.

American Psychiatric Association. (2014). Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. DSM-5. Disponível em: <<http://c026204.cdn.sapo.io/1/c026204/cldfile/1426522730/6d77c9965e17b15/b37dfc58aad8cd477904b9bb2ba8a75b/obaudoeeducador/2015/DSM%20V.pdf>>. Acesso em: nov. 2016.

BRUNS, R. F. Cariótipo, Disponível em: <<http://www.fetalmed.net/item/cariotipo.html>>. Acesso em: ago. 2014.

CARNEIRO RIBEIRO, M. Prefácio. In: ADOLESCÊNCIA, *o despertar*. Kalímeros. Editora: Contra Capa, 1996.

_____. *Um certo tipo de mulher*. Rio de Janeiro: 7 letras, 2011.

_____. A lógica da homossexualidade feminina. In: QUINET, A.; COUTINHO JORGE, M. (Orgs.). *As homossexualidades na Psicanálise: na história de sua despatologização*. São Paulo: Segmento Forma, 2013.

CECCARELLI, P. Psicanálise, sexo e gênero: algumas reflexões. 2010. Disponível em: <http://ceccarelli.psc.br/pt/?page_id=1483>. Acesso em: novembro de 2016.

COSTA MOURA, F. Função ética do erotismo e adolescência. In: ALBERTI, S. (Org.). *A sexualidade na aurora do século XXI*. Rio de Janeiro, Cia de Freud Editora: CAPES: 2008.

COTTET, S. *Ensaio de clínica psicanalítica*. Rio de Janeiro, Contra Capa, 2011.

DARRIBA, V. As injunções extracientíficas da divulgação científica. 2013. Disponível em: <<http://livrozilla.com/doc/1690005/asinjun%C3%A7%C3%B5esextracient%C3%ADficas-da-divulga%C3%A7%C3%A3o>>. Acesso em: set.2015.

DUMARESQ, L. Ensaio de epistemologia transgênera. 2014. Disponível em: <<http://transliteracao.com.br/leiladumaresq/2014/11/ensaio-de-epistemologia-transgenera/>>. Acesso em: out. 2016.

ELIA, L. *Corpo e Sexualidade em Freud e Lacan*. Rio de Janeiro: Uapê, 1995.

_____. *O conceito de Sujeito*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2004.

FAUSTO-STERLING, A. *Os cinco sexos: porque macho e fêmea não são o bastante*. 1993. Disponível em: <<http://docslide.com.br/documents/anne-fausto-sterling-os-cinco-sexos.html>>. Acesso em: set. 2016.

_____. Dualismo em duelo. *Sexing the Body: Gender Politics and the Construction of Sexuality*. Nova Iorque: Basic Books, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cpa/n17-18/n17a02>>. Acesso em: set. 2016.

FOUCAULT, M. *Herculine Barbin: o diário de um hermafrodita*. (Prefácio). Livraria Francisco Alves Editora: Rio de Janeiro, 1978.

FREUD, S. [1895 (1950)]. Projeto para uma psicologia científica. In: _____. Obras Completas. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. II

_____. [1905] Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In: _____. Obras Completas. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. VII.

FREUD, S. [1908] Teorias sexuais infantis. In: _____. *Obras Completas*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. VIII.

_____. [1909 (1908)] Romances familiares. In: _____. *Obras Completas*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. IX.

_____. [1910] Cinco lições sobre a psicanálise. In: _____. *Obras Completas*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. IX.

_____. [1910] Um tipo especial de escolha de objeto feita pelo homem. In: _____. *Obras Completas*. São Paulo: Companhia das Letras, 2013, v. 10.

_____. [1913 (1912-1913)] Totem e Tabu. In: _____. *Obras Completas*. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. IX.

_____. [1918 (1914)] História de uma neurose infantil [O homem dos lobos], Freud. In: _____. *Obras Completas*. São Paulo: Companhia das Letras, 2011, v. 14.

_____. [1914] Introdução ao Narcisismo. In: _____. *Obras Completas*. São Paulo: Companhia das Letras, 2011, v. 12.

_____. [1915] Os instintos e seus destinos. In: _____. *Obras Completas*. São Paulo: Companhia das Letras, 2011, v. 12.

_____. [1916] Alguns tipos de caráter encontrados na prática psicanalítica. In: _____. *Obras Completas*. São Paulo: Companhia das Letras, 2011, v. 12.

_____. [1919] Batem numa criança, contribuição ao conhecimento da gênese das perversões sexuais. In: _____. *Obras Completas*. São Paulo: Companhia das Letras, 2011, v. 14.

_____. [1920a] Sobre a psicogênese de um caso de homossexualidade feminina. In: _____. *Obras Completas*. São Paulo: Companhia das Letras, 2011, v. 15.

_____. [1920b] Além do princípio do prazer. In: _____. *Obras Completas*. São Paulo: Companhia das Letras, 2011, v. 14.

_____. [1921] Psicologia das massas e análise do Eu. In: _____. *Obras Completas*. São Paulo: Companhia das Letras, 2011, v. 15.

_____. [1923a] O Eu e o Id. In: _____. *Obras Completas*. São Paulo: Companhia das Letras, 2011, v. 16.

_____. [1923b] A organização genital infantil, um acréscimo à teoria da sexualidade. In: _____. *Obras Completas*. São Paulo: Companhia das Letras, 2011, v. 16.

_____. [1923c] Psicanálise e teoria da libido [dois verbetes para um dicionário de sexologia]. In: _____. *Obras Completas*. São Paulo: Companhia das Letras, 2011, v. 15.

FREUD, S. [1924a] Neurose e Psicose. In: _____. *Obras Completas*. São Paulo: Companhia das Letras, 2011, v. 16.

_____. [1924b] O problema econômico do masoquismo. In: _____. *Obras Completas*. São Paulo: Companhia das Letras, 2011, v. 16.

FREUD, S. [1924c] A Dissolução do Complexo de Édipo. In: _____. *Obras Completas*. São Paulo: Companhia das Letras, 2011, v. 16.

_____. [1925a] “Autobiografia”. In: _____. *Obras Completas*. São Paulo: Companhia das Letras, 2011, v. 16.

_____. [1925b] As resistências à psicanálise. In: _____. *Obras Completas*. São Paulo: Companhia das Letras, 2011, v. 16.

_____. [1925c] Algumas consequências psíquicas da diferença anatômica entre os sexos. In: _____. *Obras Completas*. São Paulo: Companhia das Letras, 2011, v. 16.

_____. [1926] Inibição, Sintoma e Angústia. In: _____. *Obras Completas*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XX.

_____. [1929] O mal-estar na civilização. In: _____. *Obras Completas*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XX.

_____. [1931a] Sobre a sexualidade feminina. In: _____. *Obras Completas*. São Paulo: Companhia das Letras, 2010, v. 18.

_____. [1931b] Tipos Libidinais. In: _____. *Obras Completas*. São Paulo: Companhia das Letras, 2010, v. 18.

_____. [1933a] Novas conferências introdutórias à psicanálise 33 A Feminilidade. In: _____. *Obras Completas*. São Paulo: Companhia das Letras, 2010, v. 18.

_____. [1933b] Novas conferências introdutórias à psicanálise 32 Angústia e Instintos. In: _____. *Obras Completas*. São Paulo: Companhia das Letras, 2010, v. 18.

_____. [1933c] Novas conferências introdutórias à psicanálise 31 A dissecação da personalidade psíquica. In: _____. *Obras Completas*. São Paulo: Companhia das Letras, 2011, v. 18.

_____. [1937] Análise terminável e interminável. In: _____. *Obras Completas*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XXIII.

_____. [1939 (1934-1938)] Moisés e o Monoteísmo. In: _____. *Obras Completas*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XXIII.

_____. [1940(1938)] Esboço de Psicanálise. In: _____. *Obras Completas*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XXIII.

FUCKS, B. *Freud e a judeidade: a vocação do exílio*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2000.

GALLANO, C. O que dizem gays e lésbicas? In: _____. *As realidades sexuais e o inconsciente*. Escola de Psicanálise dos Fóruns do Campo Lacaniano no Brasil, 2006.

HAWKINS, A. It's More Than Just Bathrooms – Ethical Considerations for Prepubescent Transgender Children. *Voices in Bioethics: An Online Journal*. Columbia University in the City of New York. 2016. Disponível em: <<http://www.voicesinbioethics.net/newswire/2016/10/11/its-more-than-just-bathrooms-ethical-considerations-for-prepubescent-transgender-children>> Acesso em: janeiro de 2017.

JORGE, MAC. Discurso Médico e Discurso Psicanalítico. Apresentação da Edição Brasileira. In: CLAVREUL, J. *A Ordem Médica*. São Paulo: Brasiliense, 1983.

_____. *Fundamentos da Psicanálise de Freud a Lacan. Vol. 2: a clínica da fantasia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2010.

KNUDSEN, S. Psicanálise, gênero e singularidade. *Revista Faac.*, v. 2, n. 2, 2013. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/11449/125085>>. Acesso em: dezembro de 2016.

LACADÉE, P. *O despertar e o exílio, ensinamentos psicanalíticos da mais delicada das transições, a adolescência*. Contra Capa Livraria, Rio de Janeiro, 2011.

_____. A clínica da língua e do ato nos adolescentes. 2012. Disponível em: <http://www8.tjmg.jus.br/presidencia/programanovosrumos/pai_pj/revista/edicao02/7.pdf>. Acesso: fev. 2015.

LACAN, J. [1938] *Complexos Familiares na formação do indivíduo: ensaio de análise de uma função em psicologia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed, 2008.

_____. [1945] O tempo lógico e a asserção da certeza antecipada. In: _____. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

_____. [1953] Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise. In: _____. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

_____. [1956-1957] *O Seminário, livro 4: a relação de objeto*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1995.

_____. [1957-1958] *O Seminário, livro 5: as formações do inconsciente*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1999.

_____. [1958] A direção do tratamento e os princípios de seu poder. In: _____. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998.

_____. [1958] A significação do falo. In: _____. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

_____. [1960] Diretrizes para um congresso sobre sexualidade feminina. In: _____. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998.

LACAN, J. [1959-1960] *O Seminário, livro 7: A ética da psicanálise*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 1986.

_____. [1960-61] *Le Séminaire, Livre 8: Le transfert*. Paris: Seuil, 1992.

_____. [1960] A subversão do desejo e a dialética do desejo no inconsciente freudiano. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

LACAN, J. [1961-1962] *O Seminário, livro 9: identificação*. Centro de Estudos Freudianos do Recife, 2006.

_____. [1962-1963] *O Seminário, livro 10: a angústia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2005.

_____. [1964] *O Seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 1995.

_____. [1964-65] *O Seminário, livro 12: problemas cruciais para a psicanálise*. Centro de Estudos Freudianos do Recife, 2006.

_____. [1966] O lugar da psicanálise na medicina. *Opção Lacaniana – Revista Brasileira Internacional de Psicanálise*, São Paulo, n. 32, 2001.

_____. [1966] A ciência e a verdade. In: _____. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998. pp. 869-892.

_____. [1967] Alocução sobre as psicoses da criança. In: _____. *Outros Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

_____. [1969-1970] *O Seminário, livro 17: o avesso da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2009.

_____. [1971] *O Seminário, livro 18: de um discurso que não fosse semblante*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2009.

_____. [1971-72] *O Seminário, livro 19: ... ou pior*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2012.

_____. [1972] O aturdido. In: _____. *Outros Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2003.

_____. [1972] *O Seminário, livro 20: mais ainda*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1995.

_____. ([1973] A terceira. *Cadernos Lacan*, v. 2, mar. 2002.

_____. [1974] Prefácio. In: _____. *Shakespeare, Duras, Wedekind, Joyce*. Lisboa: Assírio & Alvim, 1989.

_____. (1975-1976) *O Seminário, livro 23: o sinthoma*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2007.

LAURENT, E. *A batalha do autismo*. Cidade: editora. 2014.

MAYER III, W. J. World Professional Association for Transgender Health's standards of care requirements of hormone therapy for adults with gender identity disorder. *International Journal of Transgenderism*, v. 11, n. 2, 2009. Acesso em: jan. 2017.

MIRANDA, E. Transexualidade e Sexuação. *Stylus: revista de psicanálise*, Rio de Janeiro, n. 30, 2015.

MIRANDA, E.; ALBERTI, S. A função do feminino para a noção de estrutura em psicanálise. 2012. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-48382012000200008> Acesso em: jul. 2015.

MOCARZEL, P. *Da maternidade na adolescência à sexualidade feminina*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro, UERJ, 2004.

MOURA, M. D. "Prefácio". In: CARDOSO, A. R.; SILVEIRA, D. B. (Org.), *Que lugar? O psicanalista no hospital*. Rio de Janeiro: Parthenon Centro de Arte e Cultura, 2014.

NOMINÉ, B. Adolescência ou a queda do anjo. *Revista Marraio. Da infância à adolescência*. Formações Clínicas do Campo Lacaniano n.1. Rio de Janeiro, 2001.

_____. A diferença dos sexos e o inconsciente. *Heteridade 6 As realidades sexuais e o inconsciente*. Internacional dos Fóruns do Campo Lacaniano. Escola de Psicanálise dos Fóruns do Campo Lacaniano. Encontro internacional, Paris, 2006.

PIZA, L. & ALBERTI, A. O masoquismo erógeno como posição subjetiva original e suas implicações na vida sexual infantil. *Revista Affectio Societatis*, v. 10, n. 18, junho de 2013.

POLLO, V. Nem menina, nem mulher: a mais mentirosa das generosidades. *Revista Marraio. Da infância à adolescência*, Rio de Janeiro, v. 1, 2001.

_____. *Mulheres histéricas*. Rio de Janeiro. Contra Capa Livraria, 2003.

_____. A perversão e a teoria Queer. *Tempo Psicanalítico Laço Social e perversão*, Rio de Janeiro, v. 42, n. 1, 2010.

_____. *O medo que temos do corpo*. Rio de Janeiro, Sete Letras Ed., 2012.

_____. Desdobramentos freudianos da noção de bissexualidade. In: _____. *As homossexualidades na Psicanálise: na história de sua despatologização*. São Paulo: Segmento Forma, 2013.

POLLO, V.; FERREIRA DA SILVA, H. "Quem sabe eu ainda sou uma garotinha?!" Notas sobre a adolescência das meninas, seus sintomas e a relação mãe/filha. *Revista Affectio Societatis*, Medellín, v. 12, n. 23, p. 101-115, 2015.

PRATES, A. *Feminilidade e Experiência Psicanalítica*. São Paulo, FAESP, 2001.

PRATES, A. *Da fantasia de infância ao infantil na fantasia*. São Paulo: ANNABLUME Editora, 2012.

PRATES, A.; MIRANDA, E. Alteridade feminina no campo do sexo. In: _____. *As realidades sexuais e o inconsciente*. Volume preparatório do Encontro Internacional, 2006.

QUINET, A. *Teoria e Clínica da Psicose*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006a.

_____. A escolha do sexo. In: *Heteridade 6 As realidades sexuais e o inconsciente*. Internacional dos Fóruns do Campo Lacaniano. Escola de Psicanálise dos Fóruns do Campo Lacaniano. Encontro internacional, Paris, 2006b.

QUINET, A. O sujeito: uma neo-latusa. In: ALBERT, S. (Org.). *A sexualidade na aurora do século XXI*. Rio de Janeiro, Cia de Freud Editora: CAPES: 2008.

_____. Homossexualidades em Freud. In: QUINET, A.; COUTINHO JORGE, M. A. C. (Orgs.) *As homossexualidades na Psicanálise: na história de sua despatologização*. São Paulo: Segmento Forma, 2013

_____. A escolha do sexo com Freud e Lacan. In: QUINET, A.; COUTINHO JORGE, M. A. C. (Orgs.) *As homossexualidades na Psicanálise: na história de sua despatologização*. São Paulo: Segmento Forma, 2013.

_____. *Édipo ao pé da letra. Fragmentos de tragédia e psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar, 2015.

RASSIAL, J. *A passagem adolescente: da família ao laço social*. Porto Alegre: Artes e Ofícios, 1997.

SAUSSURE, F. *Curso de linguística geral*. São Paulo, Cultrix, 1996.

SILVA, N.; MOTA, J. et al. Os dilemas da definição sexual: como proceder com a criança nascida com graves alterações genitais? *Revista Bioética*. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/609/625, 2011>. Acesso em: out. 2016.

SOLER, C. *Estudios sobre la psicosis*. Buenos Aires: Ediciones Manantial, 1989.

_____. O sujeito e o Outro I. In: *Para Ler o Seminário II de Lacan*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1997.

_____. *A psicanálise na civilização*. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 1998.

_____. *O que Lacan dizia das mulheres*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2005.

_____. *Seminário de leitura de texto ano 2006-2007: Seminário A angústia, de Jacques Lacan*. São Paulo: Escuta, 2012.

_____. A maldição sobre o sexo. In: _____. *As homossexualidades na Psicanálise: na história de sua despatologização*. São Paulo: Segmento Forma, 2013.

SOLER, C. Nova economia sexual. *Stylus: revista de psicanálise*, n. 30. Rio de Janeiro: Associação Fóruns do Campo Lacaniano, 2015.

STRAUSS, M. A escolha do sexo: o que dizem disso? *Stylus: revista de psicanálise*, n. 30. Rio de Janeiro: Associação Fóruns do Campo Lacaniano, 2015.

TUBERT, S. *A morte e o imaginário na adolescência*. Rio de Janeiro: Cia das Letras, 1999.

VICENTINI, A. Algumas formas de mal-estar no/do XXI: fantasias teóricas sobre o sujeito e a sexualidade. In: ALBERTI, S. (Org.). *A sexualidade na aurora do século XXI*. Rio de Janeiro, Cia de Freud Editora: CAPES: 2008.

VILAR, L. (Org). Investigação diagnóstica das desordens da diferenciação do sexo. *Endocrinologia Clínica*, 2012.

ZUPANČIČ, A. (2016). Sexo, ontologia e subjetividade. In: *Lavra Palavra*. Entrevista a Randall Terada. Disponível em: <<https://lavrpalavra.com/2016/03/01/sexo-ontologia-e-subjetividade/>>. Acesso em: set. 2016.

APÊNDICE - Projeto de pesquisa de doutorado submetido à Plataforma Brasil

Equipe de Pesquisa:

Heloene Ferreira da Silva (Contato público – Pesquisador principal)

Sonia Alberti (Contato científico – Equipe do Projeto)

Daniel Gilban (Equipe do Projeto)

Atila Rondon (Equipe do Projeto)

Eloisio Alexandro da Silva (Equipe do Projeto)

Paulo Collette-Solberg (Equipe do Projeto)

Isabel Madeira Rey (Equipe do Projeto)

Raquel Boy (Equipe do Projeto)

Ana Paula Bordallo (Equipe do Projeto)

SOBRE A INTERSEXUALIDADE NA PRÁTICA, TEORIA E CLÍNICA: ENTRE PSICANÁLISE E MEDICINA

“O real existe antes que pensemos nele”.

Lacan, 1971

RESUMO

O presente projeto de pesquisa debruça-se sobre a intersexualidade na prática, teoria e clínica, propondo uma abordagem dessa temática sob a ótica da medicina e da psicanálise. Mantivemos o termo intersexualidade – que originalmente substituiu o termo hermafroditismo, estigmatizante na linguagem corrente –, porque os sujeitos assim se nomeiam. Do ponto de vista médico, esse termo não é possível tendo em vista comportar uma equivocidade da ideia de um sexo intermediário ou de um terceiro sexo. Daí o atual termo “distúrbio de diferenciação do sexo (DDS)”. Enquanto psicanalistas, nos norteamos a partir da fala dos sujeitos com os quais lidamos e estes se nomeiam “intersexuais”. Os corpos intersexuais são emblemáticos em razão de questionarem o sistema binário de sexo e de gênero, de questionarem a bipolaridade em diferentes esferas sociais, assim como os critérios

utilizados para que alguém possa ser considerado homem ou mulher. Qual é a implicação de uma designação sexual, no momento do nascimento? Esta é a pergunta da qual partimos, diante do fato de nossa inserção nos Ambulatórios de Endocrinologia Pediátrica e de Urologia do HUPE/UERJ, diante da clínica de sujeitos que nascem com uma anatomia que não seja tipicamente de um dos dois sexos e que, no entanto, precisa ser designada até por uma razão jurídica. Partindo dessa prática, a primeira questão que se coloca é sobre a importância ou não da “intervenção precoce” nos casos de genitália ambígua. Haveria uma possibilidade de não adaptação ao sexo escolhido *a priori*? como evitar um erro de designação sexual e um potencial dano ao sujeito? Eis a contribuição que nos parece podermos oferecer nessa clínica da intersexualidade enquanto psicanalistas: escutar os sujeitos, fazê-los falar, para com eles construir opções, mesmo se esses sujeitos ainda imprescindam da fala dos pais, dos médicos, dos outros aos quais se referem enquanto sujeitos em formação – como é o caso das crianças pequenas. O Projeto tem por objetivo identificar as implicações de uma identidade de gênero a partir da posição subjetiva num contexto social, familiar, médico, jurídico... O estudo não é nem experimental, nem observacional, mas de interação terapêutica que pode ser associado a uma pesquisa-ação na qual analista e paciente trabalharão, em conjunto, as questões que forem surgindo a partir das falas em cada caso. Interessa também à psicanálise o que os profissionais de saúde dizem de sua prática porque também são sujeitos, não nos esqueçamos disso. O campo da intersexualidade impõe questões complexas e angustiantes para toda a equipe envolvida. Consideremos sujeitos envolvidos nessa problemática: o paciente, os familiares e os profissionais da saúde, da educação e da justiça. Há um modo de conceber e fazer pesquisa em psicanálise que lhe próprio, dessa maneira os casos serão estudados à luz da clínica psicanalítica cuja metodologia é a transferência que não só não comporta um aprofundamento estatístico, como é, num certo sentido, contrário a ele. Trata-se de um estudo teórico-clínico que interroga a teoria a partir da clínica, dos dados que dela se pode obter, ou seja, do que a fala de cada sujeito pode trazer de novo para a teoria. Assim, é com as falas dos sujeitos que foram atendidos que se verificará em quê a teoria que vige na atualidade está conforme a esta mesma atualidade e em quê a teoria necessita de modificações e acréscimos trazidos a partir do que os sujeitos dizem. Essa é também a ética da psicanálise: melhor dizer o que se depreende de cada sujeito para fazer valer a fala deste.

INTRODUÇÃO

Jacques Lacan, psicanalista francês, promove um retorno a Sigmund Freud, fundador da psicanálise, numa época em que os pós-freudianos decidiram que apenas médicos estavam habilitados a exercer a psicanálise. Contra Freud, porque em 1926, ele escreveu um texto em defesa da análise leiga, não só necessariamente não feita por médicos, como ainda acrescentou que, deixando a psicanálise nas mãos dos médicos ela correria o risco de se tornar uma medicina, o que ela não é.

Em seu texto “Psicanálise: a última flor da medicina”, Alberti (2000, p. 39) define o hospital como “um campo de entrecruzamentos discursivos em que pretendemos verificar o lugar daquele que, em princípio, seria seu maior interessado: o paciente”. Aponta que a relação do médico com o hospital é necessária no sentido de ser constituinte e que o psicanalista, por sua vez, tendo uma relação contingente com o hospital, deverá estudar a melhor forma de sua intervenção: a de lembrar os médicos de sua origem hipocrática segundo a qual, na contramão das demandas de objetivação da prática médica, o mais interessado é o seu paciente.

Ao nascer, o sujeito recebe uma designação sexual que o inscreve numa bipartição, masculino ou feminino. Para a medicina, quando o desenvolvimento do sexo cromossômico, gonadal ou anatômico é atípico no bebê ou na criança, estamos diante de distúrbios de diferenciação do sexo (DDS). É menino ou menina? Questão normalmente respondida com base na anatomia, mas nesses casos uma resposta assim é impossível (GILBAN, 2016). A prática nos Ambulatórios em que trabalhamos não parte de uma intervenção imediata que, em outros contextos, ainda se verifica, ou seja, operando-se o recém nascido segundo a máxima de que “é mais fácil cavar um buraco do que erigir um poste” (MACHADO, 2005, p. 68). Ao contrário, partimos da posição investigativa, principalmente devido à possibilidade de não adaptação ao sexo escolhido *a priori*. Assim a clínica da intersexualidade, se impõe como uma questão para a medicina, cabendo à família designar o “sexo de criação”, acompanhada da equipe multidisciplinar e do processo de investigação do sexo. As questões daí decorrentes não são poucas, em particular, como evitar um erro de designação sexual e um potencial dano ao sujeito?

Por parte da psicanálise “sexo biológico e sexualidade pouca coisa têm em comum, salvo o fato de que a sexualidade pode sexualizar o biológico, mas não o contrário” (ALBERTI, 2009, p. 125). A anatomia é dada, o que não é dado é o modo como cada sujeito

vê sua anatomia. Para a psicanálise não é a anatomia que dita a opção sexual, esta é dada pelo modo como cada um se posiciona. Freud, numa nota de rodapé acrescentada em 1915 aos “Três ensaios sobre a sexualidade” (1905), evitou o significado presumido dos conceitos de masculino e feminino que ele pensava estarem “entre os mais confusos da ciência”.

É inegável que na clínica sobre a qual nos debruçamos as questões de gênero nos confrontam a todo momento e fazem revisar nossos conceitos. Segundo Fausto-Sterling (2016), a divisão absoluta entre gênero e sexo está ultrapassada. Cada vez mais, tende-se a pensar o conceito sexo/gênero como duas coisas inseparáveis, faces da mesma moeda. Este também será um ponto de investigação.

Os corpos intersexuais são emblemáticos em razão de nos questionarem, impondo uma tarefa que julgamos ser necessariamente investigativa, e que desafia, necessariamente também, a comum referência da bipolaridade sexual. Seguindo a ética da psicanálise, a de bem dizer a relação do sujeito com o desejo e com seu gozo, partimos do que ele fala, do que se fala sobre ele, do que se constrói na fala. Eis a contribuição que nos parece podermos oferecer nessa clínica da intersexualidade: escutar os sujeitos, fazê-los falar, para com eles construir suas opções.

HIPÓTESE

Toda designação sexual no momento do nascimento tem suas implicações para o sujeito. No caso da intersexualidade essas implicações são bem mais complexas, já porque não permitem um lastreamento na anatomia que, normalmente, é tomada como lastro. Atualmente sabemos que todo sujeito tem o direito de questionar sua designação sexual de nascimento. De acordo com a literatura psicanalítica, que sustenta que cada sujeito responderá às questões de sua própria identidade de uma forma absolutamente singular, tentaremos verificar como isso acontece na clínica da intersexualidade. Haveria, nela, um possível padrão de respostas semelhante àquele dado pela anatomia quando esta é indubitável?

Uma das hipóteses de trabalho da equipe no HUPE afirma que é possível designar o sexo conforme a futura identidade de gênero. Razão da importância de verificar se é possível isolar a identidade de gênero de um sujeito de todo contexto que cada caso implica, desde a

influência familiar, social, de história de vida etc... Outros membros da equipe supõem ser impossível encontrar uma resposta definitiva para essa questão. Para psicanálise, como dito, se há uma resposta possível ela só é dada na clínica sob transferência quando o sujeito constrói, na própria fala, sua posição. Daí nossa questão sobre a interação da psicanálise com a medicina numa clínica da intersexualidade. De que maneira articular as diferentes abordagens de ambos esses saberes e de que modo o paciente poderá lucrar com essa eventual articulação?

Tendo em vista o fato de esse projeto se inscrever no Programa de Pós-graduação em Psicanálise do Instituto de Psicologia da UERJ, a hipótese com a qual trabalharemos é a de que a psicanálise pode sim contribuir com a clínica médica no contexto das questões que se levantam diante da intersexualidade e que tal contribuição permitirá enriquecer o atendimento dos pacientes tanto no Ambulatório de Endocrinologia Pediátrica quanto no de Urologia do HUPE. Ao mesmo tempo, permitirá contribuir com o trabalho científico realizado em ambos esses ambulatorios, colaborando em pesquisas e nas produções científicas. Em consequência,

H1. O sujeito responderá de forma absolutamente singular de sua designação sexual, a ser construída a partir da clínica sob transferência, o que será necessário afinar para contribuir com a clínica médica;

H0. Há um padrão de respostas dos sujeitos cuja verificação prescinde da clínica sob transferência sendo, portanto, acessível a qualquer profissional da saúde.

OBJETIVO PRIMÁRIO

Identificar as possíveis contribuições da psicanálise para o discurso médico, nas implicações de uma identidade de gênero a partir das posições subjetivas num contexto biológico, social, familiar e jurídico, com vistas à possível criação de um Núcleo Interdisciplinar de Gênero e Sexualidade no HUPE/UERJ.

OBJETIVOS SECUNDÁRIOS

- 1) Sustentar uma clínica sob transferência nos Ambulatórios de Endocrinologia Pediátrica e de Urologia no HUPE/UERJ;
- 2) Contribuir para um trabalho multidisciplinar no Hospital;
- 3) Realizar um levantamento dos fatores que, no discurso médico, estão implicados na constituição de identidade de gênero;
- 4) Especificar os diferentes campos, conforme os discursos, entre gênero, sexo, identidade e sexualidade;
- 5) Verificar de que modo a presença ativa de um psicanalista na equipe pode ampliar o campo de pesquisa dentro dos Ambulatórios de DDS e sustentar a relação médico paciente num contexto no qual primam as preocupações acadêmicas, e
- 6) Associar medicina e psicanálise na elaboração científica visando a publicação de artigos em coautoria.

METODOLOGIA PROPOSTA

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.

Donde não há pesquisa psicanalítica fora do campo da clínica, o que nos permite afirmar que em psicanálise não há “pesquisa de campo” (*idem*). 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*.

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.

As usuais abordagens tanto da medicina quanto da psicanálise vêm sofrendo, há alguns anos, um grande questionamento no campo do saber estabelecido sobre gênero, sexo, identidade e sexualidade. As maiores contribuições desses questionamentos vieram da própria prática clínica, ou seja, do acompanhamento de sujeitos que, por motivos nem sempre biológicos, vêm derrubando o que hoje poderíamos identificar como da ordem de uma crença na bipolaridade sexual. Partindo da aposta que sustenta 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, propomos as seguintes etapas de trabalho:

1) Estudo bibliográfico de textos da Psicanálise e da Medicina, assim como daqueles que tratem da epistemologia de ambos esses campos, visando estabelecer entre eles as intersecções possíveis no que concerne à questão de gênero, sexo, identidade e sexualidade, tanto em nível teórico quanto clínico;

2) Interconsultas com a genética, endocrinologia pediátrica, urologia, pediatria, bem como com assistência social especializada, visando o melhor atendimento dos pacientes, seus familiares, profissionais de saúde, educação e justiça implicados no caso;

3) Reuniões quinzenais multidisciplinares para a discussão e construção de casos clínicos, em que lançar-se-á mão de referências bibliográficas que nos permitam avançar nas questões clínicas;

4) Desenvolvimento de uma clínica psicanalítica junto aos pacientes da Endocrinologia Pediátrica e da Urologia *que estiverem de acordo com essa intervenção*. A visada desse desenvolvimento é de fazer jus ao que há de mais precioso na pesquisa psicanalítica, como acima referido, ou seja, o sujeito que se presentifica nas falas sob transferência – o eixo paradigmático da metodologia de pesquisa em psicanálise. Sua contrapartida, necessária, é a abstenção do analista sem a qual a transferência é apenas mais um método sugestivo que não permite, de forma alguma, fazer emergir a singularidade

inconsciente que aqui elevamos a norte da pesquisa. Nos casos de bebês far-se-á um estudo de caso a caso, para verificar na fala da família e nas interconsultas, as orientações para a possível identidade sexual. No caso de crianças e adolescentes, suas próprias falas serão acrescentadas. Não serão feitos inventários, as entrevistas serão livres respeitando a singularidade e, caso for de escolha do sujeito, o tratamento psicanalítico será proposto e continuado.

A elaboração para a construção dos casos clínicos identificarão, em cada caso, as questões que interessam ao tema de pesquisa. Não há um roteiro prévio, ele é dado pelo material que será levantado. Na redação desses casos, não será possível qualquer identificação nominal dos sujeitos cujas falas serão documentadas. Utilizaremos nomes fictícios, mudaremos locais de nascimento, profissões, constelações familiares... e seguiremos as orientações do Comitê de Ética.

CRITÉRIO DE INCLUSÃO

Serão incluídos na pesquisa todos os pacientes portadores de distúrbios do desenvolvimento sexual e seus familiares, que frequentem regularmente os Ambulatórios de Endocrinologia Pediátrica e Urologia do HUPE, desde que estejam em pleno consentimento, para o que assinarão um termo, conforme as orientações do Comitê de Ética. Serão incluídos também membros das equipes multidisciplinares do HUPE e eventuais outras pessoas que forem de referência importante para aqueles pacientes.

CRITÉRIO DE EXCLUSÃO

Não farão parte da pesquisa, pacientes que já estejam em acompanhamento psicológico regular, uma vez por semana ou quinzenal. Não farão parte da pesquisa os pacientes que não derem seu consentimento por escrito.

RISCOS

O maior risco dessa pesquisa para um sujeito que a ela se submeter ocorreria no caso de ele já estar em atendimento psicológico continuado. Várias abordagens psicológicas para um mesmo sujeito podem intervir na transferência que o sujeito possa vir a ter com um determinado psicólogo.

- Para controlar tal risco, verificaremos primeiro se o paciente tem transferência com um psicólogo antes de propor um trabalho conosco.

2. A eventual interrupção de uma transferência produtiva em função do fim da pesquisa que poderia implicar o fim do vínculo institucional com o paciente.

- Para controlar tal risco, quando estiver próximo ao término do prazo de pesquisa serão feitos encaminhamentos tanto internos quanto externos a outros profissionais. Se a pesquisadora estiver vinculada a uma instituição nesse momento futuro, certamente ofertará aos pacientes que estiverem em um trabalho transferencial a continuidade do tratamento. Uma outra proposta é a permanência da pesquisadora na instituição, mesmo depois de terminada a pesquisa o que seria possível caso se construa, durante a vigência da pesquisa, uma proposta conjunta de um Núcleo Interdisciplinar de Gênero e Sexualidade no HUPE, o que já vem sendo aventado como possibilidade.

3. Possível ausência de compatibilidade de abordagens conforme os diferentes psicólogos e diferentes médicos e especialidades.

- Para controlar tal risco, serão realizadas reuniões mensais com a equipe multidisciplinar, para um entendimento mútuo.

BENEFÍCIOS

- Contribuir com uma abordagem psicanalítica na equipe multidisciplinar;
- Os pacientes, após terem assinado o termo de consentimento livre e esclarecido, receberão um acompanhamento psicológico regular;
- Dispor de um espaço onde possam construir suas histórias, falar sobre suas angústias;

- Maior coesão da equipe multidisciplinar na abordagem de uma questão cujas pesquisas ainda são muito incipientes
- Promover a produção acadêmico-científica entre os membros das equipes multidisciplinares do HUPE que já vêm desenvolvendo trabalhos de ponta.

METODOLOGIA DE ANÁLISE DE DADOS

Os casos serão estudados à luz da clínica psicanalítica cuja metodologia, como dito, é a transferência que não só não comporta um aprofundamento estatístico, como é, num certo sentido, contrário a ele. Trata-se de um estudo teórico-clínico que interroga a teoria a partir da clínica, dos dados que dela se pode obter, ou seja, do que a fala de cada sujeito pode trazer de novo para a teoria. Assim, é com as falas dos sujeitos que foram atendidos que se verificará em que a teoria que vige na atualidade está conforme a esta mesma atualidade e em que a teoria necessita de modificações e acréscimos trazidos a partir do que os sujeitos dizem.

O campo de pesquisa em psicanálise é o inconsciente e o sujeito da psicanálise é o sujeito do inconsciente. A clínica psicanalítica é a forma possível de acesso ao inconsciente, ela necessariamente se dá sob transferência, superfície moebiana que presentifica o sujeito.

Essa é também a ética que sustenta nossa clínica na articulação com a ciência: melhor dizer o que se depreende de cada sujeito para fazer valer a fala deste, em sua singularidade. Consequentemente, é impossível uma pesquisa psicanalítica lastrear-se em resultados estatísticos que sempre visarão comparações, reduções e padrões. Sem resultados estatísticos, uma análise de dados também fica totalmente prejudicada se a concebermos do ponto de vista da matemática dos números. A análise que propomos é a da teoria à luz da clínica. É o saber da clínica a enriquecer a teoria e é isso o que objetiva essa pesquisa em sua visada a mais afinada: contribuir com a teoria psicanalítica a partir da clínica para, com o incremento daquela, poder melhor atender às futuras demandas clínicas assim como ao trabalho das equipes multidisciplinares no hospital.

DESFECHO PRIMÁRIO

A prática clínica de atendimento psicanalítico aos pacientes com genitália ambígua tem por finalidade escutar a angústia de suas famílias, deles próprios (na eventualidade de nossa clientela comportar também não-bebês), da equipe, de modo a auxiliar o serviço médico – tanto cirúrgico quanto endocrinológico – na tentativa de resolução das problemáticas que os pacientes apresentarem. Entender-se-á que um atendimento terá funcionado quando se puder observar que houve um aplacamento da angústia, seja pela fala, seja pelo ato médico com a colaboração do atendimento psicanalítico. Conforme o objetivo primário dessa pesquisa, “identificar as possíveis contribuições da psicanálise para o discurso médico, nas implicações de uma identidade de gênero a partir das posições subjetivas num contexto biológico, social, familiar e jurídico”, que têm como correlato a angústia frente ao inexplicável, a verificação principal do sucesso do atendimento se dará quando já não houver a angústia originalmente detectada em cada caso.

DESFECHO SECUNDÁRIO

Ao mesmo tempo, desenvolvendo a clínica a partir da escuta de cada sujeito nela implicado, colaborar com a possibilidade de identificar a identidade de gênero de um sujeito intersexual poderá facilitar a tarefa de cada um dos serviços médicos que colaboram com a pesquisa, visando uma orientação para um trabalho em equipe.

TAMANHO DA AMOSTRA NO BRASIL

O distúrbio de diferenciação do sexo, do ponto de vista da medicina, é uma doença rara. No que se refere ao quantitativo de doenças raras, acompanhadas em ambulatório público, é difícil precisá-lo de antemão. No entanto, tendo em vista o alto grau de produtividade de ambos os serviços médicos que colaboram com a pesquisa – a Urologia e a Endocrinologia Pediátrica do HUPE/UERJ – projeta-se, inicialmente, uma população de cem pacientes a serem escutados pelo tempo que durar essa pesquisa e cujas origens se distribuem em todo território nacional.

DATA DO PRIMEIRO RECRUTAMENTO

Março de 2017.

PAÍSES DE RECRUTAMENTO

Brasil

CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO DA PESQUISA

A pesquisa terá a duração de quatro anos.

Em articulação com as etapas metodológicas, o cronograma se apresenta da seguinte maneira:

Atividade/Ano	03/2017 – 02/2018	03/2018 – 02/2019	03/2019 – 02/2020	03/2020 – 02/2021	abril de 2021
Estudo bibliográfico	x	x	x	x	
Interconsultas	x	x	x	x	
Reuniões Multidisciplinares	x	x	x	x	
Acompanhamento de pacientes	x	x	x	x	
Acompanhamento de familiares	x	x	x	x	
Apresentação de trabalhos em eventos	x	x	x	x	
Relatórios Anuais	x	x	x		
Estágio docente	x	x	x	x	
Qualificação do Doutorado			x		
Organização de um evento multidisciplinar			x		
Defesa da Tese					x
Publicação de resultados		x	x	x	
Proposta de construção do NIGS*			x	x	

**ORÇAM
ENTO**

FINANCEIRO

Inicialme

* Núcleo Interdisciplinar de Gênero e Sexualidade

nte se utilizará

os próprios recursos dos serviços de Endocrinologia Pediátrica e de Urologia do HUPE/UERJ já que, para o trabalho com os pacientes, necessitaremos apenas de uma sala de atendimento que está à nossa disposição, assim como a sala de reuniões multidisciplinares. Caso a pesquisa colabore sobremaneira para a eventual concretização do Núcleo Interdisciplinar de Gênero e Sexualidade, a proposta se associará à criação desse Núcleo que exigirá novos recursos financeiros a serem solicitados futuramente.

OUTRAS INFORMAÇÕES

A pesquisa se dará conforme as orientações do Programa de Pós-graduação em Psicanálise do Instituto de Psicologia da UERJ e sob supervisão da orientadora de doutorado, Professora Sonia Alberti, membro fundador daquele Programa. Já que a pesquisa visa uma colaboração com os serviços médicos do HUPE/UERJ, certamente será necessário debater os casos clínicos com as equipes desses serviços e não faltará ocasião em que se levará em conta os dados dos prontuários de cada caso podendo, inclusive, a pesquisadora acrescentar neles observações a partir daqueles debates. A colaboração do dito Programa de Pós-graduação será altamente desejável e se encontra, no momento, em constituição. O Coordenador do Programa, Professor Vinícius Anciães Darriba está a par do Projeto e vem dando todos os subsídios necessários para sua efetivação do lado do Programa. A colaboração de ambos os Ambulatórios também é imprescindível, razão de este projeto já ter sido apresentado a eles, estando em discussão com os profissionais a eles vinculados.

DESENHO

O estudo não é nem experimental nem observacional, mas de interação terapêutica que pode ser associado a uma pesquisa-ação na qual analista e paciente trabalharão, em conjunto, as questões que forem surgindo a partir da fala de cada paciente. Duas regras fundamentais para esse atendimento, identificadas por Sigmund Freud (1914) em “Recomendações aos médicos que exercem psicanálise”: a atenção flutuante por parte do analista, e a associação livre por parte do paciente, familiar, membro da equipe. Nenhuma outra regra será levada em conta pela simples razão de que não há pesquisa psicanalítica que extrapole, em regras, aquelas duas.

A pesquisa-ação se dará junto às equipes multidisciplinares dos Ambulatórios de Endocrinologia Pediátrica e de Urologia do HUPE/UERJ, contando com a participação ativa dos membros das equipes de ambos os Ambulatórios.

BIBLIOGRAFIA

ALBERTI, S. Psicanálise: A última flor da medicina. In: Alberti S, Elia L (orgs). *Clínica e Pesquisa em Psicanálise*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2000. pp. 37-55.

----- O lugar da sexualidade para a psicanálise. In: *A sexualidade na aurora do século XXI*. Sonia Alberti (org.). Rio de Janeiro, Cia de Freud Editora: CAPES: 2008.

----- *Esse sujeito adolescente*. Rio de Janeiro, Rios Ambiciosos, 3ª Ed., 2009.

BACHELARD, G. (1934). *Le nouvel esprit scientifique*. Paris: Les Presses universitaires de France, 10e édition, 1968, 181 pp. Première édition, 1934. Collection: Nouvelle encyclopédie philosophique.

ELIA, L. Psicanálise: Pesquisa e Clínica. In: Alberti S, Elia L (orgs). *Clínica e Pesquisa em Psicanálise*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2000. pp. 37-55.

----- *O conceito de Sujeito*. Jorge Zahar Editor, Rio de Janeiro, 2004.

FAUSTO-STERLING, A. Os cinco sexos: porque macho e fêmea não são o bastante. In: <http://docslide.com.br/documents/anne-fausto-sterling-os-cinco-sexos.html>, 1993.

----- Dualismo em duelo. In: *Sexing the Body: Gender Politics and the Construction of Sexuality*. Nova Iorque, Basic Books, 2000.

FREUD, S. (1905) Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In: Edição Standart Brasileira das Obras Completas. Rio de Janeiro: Imago. 1996, vol. VII. pp. 117-231.

----- (1909 [1908]) Romances familiares. In: *Obras Psicológicas Completas*. Op. cit., vol. IX.

----- (1923) 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, 2011. pp. 168-175.

----- (1923) Psicanálise e teoria da libido [dois verbetes para um dicionário de sexologia]. In: *Obras completas, volume 15: Psicologia das massas e análise do Eu e outros textos (1920-1923)*. São Paulo, Companhia das Letras, 2011. pp. 273-308.

----- (1924) 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, 2011. pp. 203-213.

----- (1925) "Autobiografia". In: *Obras completas, volume 16: O eu e o id, "autobiografia" e outros textos (1923-1925)*. São Paulo, Companhia das Letras, 2011. pp. 75-167.

----- (1925) As resistências à psicanálise. In: *Obras completas, volume 16: O eu e o id, "autobiografia" e outros textos (1923-1925)*. São Paulo, Companhia das Letras, 2011. pp. 252-266.

----- (1925) 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, 2011. pp. 252-266.

----- (1931) Sobre a sexualidade feminina. 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, 2011. pp. 371-398.

----- (1933/) 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, 2010. pp. 263-293.

----- (1937) Análise terminável e interminável. In: *Obras Psicológicas Completas*. Op. cit., vol. XXIII. pp. 239-288.

----- (1939 [1934-1938]) Moisés e o Monoteísmo. In: *Obras Psicológicas Completas*. Op. cit., vol. XXIII. pp. 13-164.

----- (1940[1938]) Esboço de Psicanálise. In: *Obras Psicológicas Completas*. Op. cit., vol. XXIII. pp. 165-237.

GILBAN, D. Anotação feita em aula no Hospital Universitário Pedro Ernesto. Maio, 2016.

LACAN, J. (1958) A direção do tratamento e os princípios de seu poder. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998. pp. 591-652.

----- (1958) A significação do falo. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998. pp. 692-703.

----- (1960) Diretrizes para um congresso sobre sexualidade feminina. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998. pp. 734-748.

----- (1959-1960) *O Seminário, livro 7: A ética da psicanálise*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 1986.

----- (1960) A subversão do desejo e a dialética do desejo no inconsciente freudiano. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998. pp. 807-842.

----- (1962-1963) *O Seminário, livro 10: a angústia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2005.

----- (1964) *O Seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 1995.

----- (1966) *O lugar da psicanálise na medicina*. Opção Lacaniana – Revista Brasileira Internacional de Psicanálise, São Paulo, n. 32, 2001.

----- (1966) A ciência e a verdade. In: *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998. pp. 869-892.

----- (1971-1972) *O saber do psicanalista*. Publicação interna da Associação Freudiana Internacional. 2000.

----- (1971) *O Seminário, livro 18: de um discurso que não fosse semblante*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2009.

----- (1972) O aturdido. In: *Outros Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2003. pp. 448-497.

----- (1972) *O Seminário, livro 20: mais ainda*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1995.

MACHADO, P. “Quimeras” da ciência: a perspectiva de profissionais de saúde em casos de intersexo. In: *Revista brasileira de ciências sociais*. 2005, Vol. 20, no. 59. pp. 67-80.

PRATES, A. *Feminilidade e Experiência Psicanalítica*. São Paulo, FAESP, 2001.

QUINET, A. A escolha do sexo com Freud e Lacan. In: *As homossexualidades na Psicanálise: na história de sua despatologização*. São Paulo: Segmento Forma, 2013. pp. 89-105.

----- *Édipo ao pé da letra. Fragmentos de tragédia e psicanálise*. In: Rio de Janeiro: Zahar, 2015.

SOLER, C. A maldição sobre o sexo. In: *As homossexualidades na Psicanálise: na história de sua despatologização*. São Paulo: Segmento Forma, 2013. pp. 119-130.

----- Nova economia sexual. In: *Stylus: revista de psicanálise*, n. 30. Rio de Janeiro: Associação Fóruns do Campo Lacaniano, 2015. pp. 59-68.

ZUPANCIC, A. *Sexo, ontologia e subjetividade*. In: <https://lavrpalavra.com/2016/03/01/sexo-ontologia-e-subjetividade/>, 2016.